

19  
1ej



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA**

---

**U. N. A. M.  
ODONTOLOGIA**

**Importancia de la Propedéutica Clínica  
en Cirugía Oral**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:  
**CIRUJANO DENTISTA**

**P r e s e n t a n :**  
**Bueno Flores J. Teresa**  
**Muñoz Reyes Rosa Ma.**  
**Tablón Cervantes Martha**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE.

	pág.
INTRODUCCION .....	1
PROYECTO DE TESIS .....	3
CAPITULO I.	
Método de Exploración General .....	13
- Interrogatorio-(anamnesis)	
- Inspección	
- Palpación	
- Percusión	
- Auscultación	
- Percusión Auscultativa	
CAPITULO II.	
Ficha de Identificación .....	19
CAPITULO III.	
Antecedentes Heredofamiliares .....	23
CAPITULO IV.	
Antecedentes Personales Patológicos ....	25
CAPITULO V.	
Antecedentes Personales no Patológicos ..	26
CAPITULO VI.	
Padecimiento Actual .....	27
CAPITULO VII.	
Signos Vitales .....	28
CAPITULO VIII.	
Examen de Cabeza, Cara y Cuello .....	37

<b>CAPITULO IX.</b>		
	Examen de Aparato Respiratorio .....	46
<b>CAPITULO X.</b>		
	Examen de Aparato Cardiovascular .....	52
<b>CAPITULO XI.</b>		
	Examen de Aparato Gastrointestinal .....	58
<b>CAPITULO XII.</b>		
	Examen de Aparato Genitourinario .....	65
<b>CAPITULO XIII.</b>		
	Sistema Musculoesquelético .....	72
<b>CAPITULO XIV.</b>		
	Sistema Linfático .....	81
<b>CAPITULO XV.</b>		
	Sistema Nervioso .....	90
<b>CAPITULO XVI.</b>		
	Examen Mental .....	98
<b>CAPITULO XVII.</b>		
	Exámenes de Laboratorio	
	Citología Exfoliativa Bucal	
	Biopsia Tisular .....	106
<b>CAPITULO XVIII.</b>		
	Exámenes de Gabinete .....	120
	- Radiología	
	- Modelos de Estudio	
<b>CAPITULO XIX.</b>		
	Examen Intraoral .....	128
<b>CAPITULO XX.</b>		
	Diagnóstico .....	161

<b>CAPITULO XXI.</b>	
Pronóstico .....	165
<b>CAPITULO XXII.</b>	
Tratamiento .....	166
RESULTADOS .....	172
CONCLUSION GENERAL .....	173
PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES .....	175
BIBLIOGRAFIA .....	176

## INTRODUCCION.

Al elegir el tema "Importancia de la Propedéutica Clínica en Cirugía Oral", intentamos abordar éste desde un punto de vista del aprendizaje, para confirmar y reafirmar conocimientos durante nuestra formación profesional.

En éste mencionamos algunas de las múltiples enfermedades bucales y generales, teniendo como resultado una comunicación entre el médico y el dentista; logrando con esto una mejor calidad en el trato del paciente cuando llega al consultorio dental.

El odontólogo debe tener un interés fundamental en el posible diagnóstico de una enfermedad general, a través de una propedéutica clínica cuidadosa y de un estudio del paciente, basados en estudios completos de las regiones expuestas, y de la cavidad bucal para tener mayor control del paciente en Cirugía Oral.

Es necesario que el odontólogo conozca cada una de las técnicas de evaluación eficaz porque puede haber una relación directa entre el tratamiento quirúrgico y reacciones físicas menores, enfermedades graves y muertes, complicaciones que se previenen en gran medida haciendo una evaluación correcta antes del tratamiento.

Las técnicas de evaluación que describimos en éste trabajo se pueden considerar que es para todos los odontólogos de la práctica general. Estos odontólogos pueden establecer una buena propedéutica en la cual van adquirir experiencia y en -

reafirmar sus conocimientos para llegar a realizar una evaluación completa del paciente.

Es necesario que el odontólogo llegue a una conclusión provisional y traiga un plan terapéutico después de haber realizado los métodos de exploración completa y antes de consultar con el médico, en lugar de acudir a éste a la primera mención de un posible problema de salud, porque así obtiene experiencia en la evaluación y estará preparado para comentar el caso con conocimiento de causa.

PROYECTO DE TESIS.

1.- TITULO DEL PROYECTO.

IMPORTANCIA DE LA PROPEDEUTICA CLINICA EN CIRUGIA ORAL.

2.- AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO.

PROPEDEUTICA.

3.- PERSONAS QUE PARTICIPAN.

ASESOR:

DRA. C.D. Ma. ELENA GARCIA ARREDONDO.

ALUMNAS:

BUENO FLORES J. TERESA.

MUÑOZ REYES ROSA Ma.

TABLON CERVANTES MARTHA.

4.- FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

En la actualidad el Cirujano Dentista, carece de la habilidad e interés para realizar una propedéutica adecuada en la práctica general.

Como parte de la odontología la propedéutica ha tenido en los últimos tiempos adelantos considerables, y es precisamente la habilidad y la ciencia con que se maneje éste, lo que establecerá la diferencia entre un clínico consumado y un odontólogo mediocre.

El profesionista debe tener muy en cuenta el fenómeno Bio-psico-social, ya que para el odontólogo, la propedéutica es una ayuda importante para introducirse en éste, integrando



la relación del cuerpo-mente-sociedad, conociendo y comprendiendo de esta manera la influencia que éste ejerce sobre el paciente y sobre el mismo médico.

#### 5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la importancia clínica odontológica de la propedéutica en la cirugía oral¿.

##### a) - SEÑALAR LOS LIMITES TEORICOS DEL PROBLEMA MEDIANTE SU CONCEPTUALIZACION.

La propedéutica en la odontología ha experimentado nuevos adelantos que con toda propiedad pudiéramos llamarlos clásicos, en los cuales se han agregado día a día estudios más completos, complicados y costosos, manejados por técnicos especializados en su uso, pero el Cirujano Dentista no tiene que manejar ni ejecutar estos procedimientos de examen, pero sí debe conocerlos para solicitarlos cuando el caso lo requiera y saber interpretar los resultados de acuerdo con el examen clínico que haya llevado a cabo en el paciente.

##### b) - FIJAR LOS LIMITES TEMPORALES DE LA INVESTIGACION.

Se realizará en 8 meses a partir de la autorización, ya que se cuenta con la mayoría de la Bibliografía para la investigación.

##### c) - ESTABLECER LOS LIMITES ESPECIALES DE LA INVESTIGACION.

La investigación será llevada a cabo, mediante el Método Científico en base a toda la información actualizada, de acuerdo con la Bibliografía citada.

d) - ESTABLECER O DEFINIR LAS UNIDADES DE OBSERVACION.

Serán todos los medios propedéuticos con que el Cirujano Dentista cuenta para llegar a un diagnóstico adecuado dentro de la práctica general y en especial en Cirugía Oral.

e) - SITUAR EL PROBLEMA SOCIAL EN EN CONTEXTO SOCIO-ECONOMICO.

En México, actualmente la mayoría de los problemas de salud tienen origen en la pobreza, ignorancia y la insalubridad que privan en muchas zonas.

Gran parte de la población vive en condiciones insalubres y en estado de franca subalimentación, que la hace vulnerable a las enfermedades infecciosas y parasitarias principalmente, mientras persistan condiciones de vida insalubre seguirá existiendo el problema de la salud.

Es por eso que la práctica odontológica tiene por objeto evitar las enfermedades y restituir la salud del paciente -- cuando la enfermedad se presenta, lo primero supone un estado de salud y lo segundo un estado de enfermedad.

De acuerdo con el estado socio-económico de donde proviene el paciente éste consultará al odontólogo ya sea por sensaciones desagradables o bien desacostumbradas (síntomas) que alteran su bienestar o productividad.

Por consiguiente una buena propedéutica nos expondrá el estado Bio-psico-social del paciente.

6.- OBJETIVOS.

1. Describir la aplicación correcta de la propedéutica dentro de la práctica odontológica.

2. Definir los elementos y funciones del expediente clínico para cumplir su papel de integrador de las actividades de atención odontológica y de base para la investigación clínica.

3. Realizar los métodos generales de exploración con habilidad y destreza.

4. Elaborar una Historia Clínica completa en la práctica general y sus componentes más importantes en Cirugía Oral.

#### 7.- HIPOTESIS DEL TRABAJO.

La importancia de la Propedéutica Clínica en Cirugía Oral nos llevará a una relación de confianza y respeto mutuo, entre paciente y odontólogo, obteniendo de esta forma una mayor cantidad de datos, Bio-psico-social, recibiendo de esta manera una mejor atención y el odontólogo obtendrá una satisfacción a nivel profesional.

#### 8.- MATERIALES Y METODOS.

Los materiales que se utilizarán para nuestro proyecto consistirán en Bibliografía, y la elaboración será conforme al Método Científico.

Primer paso.

Procederemos a la búsqueda de nuestra fuente de información, que será la recopilación de bibliografía que se relacione de alguna manera con el tema a investigar.

Segundo paso.

Consistirá en la recopilación de datos, los cuales serán obtenidos de un análisis de nuestra bibliografía.

Tercer paso.

De los análisis obtenidos, nuevamente se hará una selección de los datos obtenidos, los de mayor importancia para nuestro tema.

Cuarto paso.

Se realizará una síntesis global de los análisis seleccionados, para así llegar a un resumen de cada uno de los capítulos que forman nuestro anteproyecto de tesis.

Quinto paso.

Una vez integrados los capítulos, llegaremos a la elaboración de las conclusiones.

#### 9.- BIBLIOGRAFIA.

APARATO RESPIRATORIO.  
ISMAEL COSIO VILLEGAS.  
ALEJANDRO CELIS SALAZAR.  
MIGUEL COSIO PASCAL.  
EDITOR. FRANCISCO MENDEZ OTEO.  
NOVENA EDICION.  
1980.

CARDIOLOGIA CLINICA.  
MAURICE SOKOLON Mc ICROX.  
EDITORIAL. MANUAL MODERNO.  
PRIMERA EDICION.  
1979.

CIRUGIA BUCAL.  
GUILLERMO A. RIES CENTENO.  
EDITORIAL, EL ATENEO.  
OCTAVA EDICION.

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA.  
FONDO DE CULTURA ECONOMICA.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO,  
DE CIENCIAS MEDICAS.  
EDITORIAL. SALVAT.

FISIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA BASICA,  
GUYTON ARTHUR C.  
EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1979.

FUNDAMENTOS DE DIAGNOSTICO.  
DR. LUIS MARTIN ABREU.  
EDITORIAL. FRANCISCO MENDEZ O.  
SEGUNDA EDICION.  
1976.

GASTROENTEROLOGIA CLINICA.  
DR. HOWARD M. SPIRO.  
EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1980.

GUIA DE LABORATORIO PARA EL  
DIAGNOSTICO CLINICO.  
R.H. EASTHAM.  
EDITORIAL. MEDICA PANAMERICANA.  
PRIMERA EDICION.  
1978.

GUIA PARA LA RADIOLOGIA DENTAL.  
RITA A. MASON.  
EDITORIAL. EL MANUAL MODERNO.  
1979.

INTERPRETACION RADIOGRAFICA INTRABUCAL.  
ROBERT P. LANGIAIS.  
EDITORIAL. EL MANUAL MODERNO.  
1981.

LA CLINICA Y EL LABORATORIO.  
ALFONSO BALCELLS GORINA.  
EDITORIAL. MARIN.

MANUAL DE NEUROLOGIA CLINICA.  
AURELIO REYES CASTELLANOS.  
TALLERES GRAFICOS VICTORIA.  
1979.

MANUAL DE PSICOLOGIA.  
PHILIP SOLOMON. VERMAND PALCH.  
EDITORIAL. EL MANUAL MODERNO.  
SEGUNDA EDICION.

MEDICINA BUCAL.  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.  
DR. LESTER W. BURKET.  
EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
SEXTA EDICION.

NEUROLOGIA CLINICA.  
JOSE NAVA SEGURA.  
IMPRESIONES MODERNAS.  
TERCERA EDICION.  
1978.

NEUROANATOMIA CORRELATIVA.  
JOSEPH G. CHUSID.  
EDITORIAL. EL MANUAL MODERNO.  
TERCERA EDICION.  
1978.

NEUROLOGIA FUNCIONAL.  
SINDROMES NEUROLOGICOS.  
JOSE NAVA SEGURA.  
IMPRESIONES MODERNAS.  
SEXTA EDICION.  
1974.

OCLUSION.  
ASPECTOS CLINICOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS.  
JOSE ABJEAN.  
JEAN MARIE KORBENDAU.  
EDITORIAL. PANAMERICANA.

OCLUSION.  
DR. FIGURB P. RANFJORD.  
MAJOR M. ASH. JR.  
EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1972.

PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.  
MANUEL ORTEGA CARDONA.  
EDITORIAL. FRANCISCO MENDEZ O.  
DUODECIMA EDICION.  
1978.

PROPEDEUTICA MEDICA.  
DR. JOHN. A. PRIOR.  
DR. Jack. S. SILBERSTEIN.  
EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
TERCERA EDICION.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.  
MITCHELL DAVID F.  
EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1973.

RADIOLOGIA DENTAL.  
RICHARD C. O'BRIEN.  
EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.

SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATIVA.  
JUAN SUROS FORNS, BATLLO.  
SEXTA EDICION.  
EDITORIAL. SALVAR.  
1978.

SIGNOS Y SINTOMAS.  
 FISILOGIA APLICADA E INTERPRETACION CLINICA.  
 MAC. BRYDE BLACKLOW.  
 EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
 QUINTA EDICION.  
 1973.

TEXTO DE PATOLOGIA.  
 PELAYO CARNEA.  
 JAVIER ARIAS STILLA.  
 EDITORIAL. PRENSA MEDICA MEXICANA.  
 SEGUNDA EDICION.  
 1974.

THOMA.  
 PATOLOGIA ORAL.  
 ROBERT J. GORLIN.  
 HENRY M. GOLDMAN.  
 EDITORIAL. SALVAT.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.  
 GUSTAVO C. KRUGER.  
 EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
 CUARTA EDICION.  
 1979.

TRATADO DE FISILOGIA MEDICA.  
 ARTHUR C. GUYTON.  
 EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
 CUARTA EDICION.  
 1971.

TRATADO DE MEDICINA INTERNA.  
 BEESON Mac DERMOTT.  
 EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
 TOMO I Y II.

UROLOGIA. E INTRODUCCION A LA SEXOLOGIA.  
 JAIME WOOLRICH DOMINGUEZ.  
 ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.  
 SEGUNDA EDICION.  
 1980.

## 10.- INDICE.

### INTRODUCCION.

#### CAPITULO I.

Métodos de Exploración general.

- a) Interrogatorio. (Anamnesis).
- b) Inspección.
- c) Palpación.
- d) Percusión.

e) Auscultación.

f) Percusión Auscultativa.

CAPITULO II.

Ficha de Identificación.

CAPITULO III.

Antecedentes Heredofamiliares.

CAPITULO IV.

Antecedentes Personales Patológicos.

CAPITULO V.

Antecedentes Personales no Patológicos.

CAPITULO VI.

Padecimiento Actual.

CAPITULO VII.

Signos Vitales.

CAPITULO VIII.

Examen de Cabeza, Cara y Cuello.

CAPITULO IX.

Examen del Aparato Respiratorio.

CAPITULO X.

Examen del Aparato Cardiovascular.

CAPITULO XI.

Examen del Aparato Gastrointestinal.

CAPITULO XII.

Examen del Aparato Geniçourinario.

CAPITULO XIII.

Sistema Musculoesquelético.

CAPITULO XIV.

Sistema Linfático.



## CAPITULO XV.

Sistema Nervioso.

## CAPITULO XVI.

Examen Mental.

## CAPITULO XVII.

Exámenes de Laboratorio.

## CAPITULO XVIII.

Exámenes de Gabinete.

a) Radiología.

b) Modelos de Estudio.

## CAPITULO XIX.

Examen Intraoral.

## CAPITULO XX.

Diagnóstico.

## CAPITULO XXI.

Pronóstico.

## CAPITULO XXII.

Tratamiento.

## CONCLUSIONES.

## 11.- CRONOGRAMA.

INTRODUCCION.

CAPITULO I, II, III.

CAPITULO IV, V, VI.

CAPITULO VII, VIII, IX.

CAPITULO X, XI, XII.

CAPITULO XIII, XIV, XV.

CAPITULO XVI, XVII, XVIII.

CAPITULO XIX, XX, XXI.

CAPITULO XXII.

CONCLUSIONES.

UNA SEMANA.

CUATRO SEMANAS.

CUATRO SEMANAS.

CUATRO SEMANAS.

CUATRO SEMANAS.

CUATRO SEMANAS.

CUATRO SEMANAS.

CUATRO SEMANAS.

DOS SEMANAS.

UNA SEMANA.

## CAPITULO I.

## PROCEDIMIENTOS DE EXPLORACION.

## INTERROGATORIO.

Se da el nombre de interrogatorio ó anamnesis en clínica a una serie de preguntas, que se dirigen al enfermo ó a sus familiares y que tiene por objeto ilustrar al clínico, sobre aquellos datos que no puede apreciar por la observación personal del paciente. Estos datos son los relativos a los antecedentes hereditarios y personales, costumbres y género de vida principio y evolución de la enfermedad actual hasta el momento en que se examina, síntomas subjetivos actuales, medios empleados para combatir el padecimiento y resultados obtenidos.

Generalmente el interrogatorio se dirige al enfermo, llamándose en este caso Directo; pero si el paciente es un niño o un adulto que por sus condiciones no pueda responder, las preguntas se dirigen a los familiares, llamándose interrogatorio Indirecto.

El interrogatorio varía según el caso que se estudia, pero siempre es conveniente seguir ciertas normas generales que faciliten su empleo para que el interrogatorio sea completo.

- Toda pregunta debe tener una finalidad precisa.
- Las preguntas deben ser concretas.
- No deben sugerir la respuesta.
- Hay que realizarlas de acuerdo con la capacidad intelectual del paciente.

- Nunca debe pasarse a investigar otro dato clínico mientras no está identificado el anterior.

En el interrogatorio se deben estudiar los siguientes puntos: 1. Enfermedad actual.

2. Estado orgánico actual del paciente.
3. Recursos terapéuticos empleados y resultados obtenidos.
4. Antecedentes personales y costumbres.
5. Antecedentes hereditarios.

#### INSPECCION.

Se da el nombre de inspección al método de exploración general que se efectúa por medio de la vista.

Si la inspección se efectúa solo con los ojos se llama Dinámica; cuando el clínico utiliza algún instrumento se llama Indirecta ó Instrumental; se llama dinámica cuando se observan los movimientos y estática cuando no son los movimientos los que se estudia.

Reglas para efectuarla:

- Iluminación conveniente del área.
- Colocar al enfermo en posición cómoda.
- Descubrir la región por examinar.

El clínico no tiene más que ver la región, comparando siempre que sea posible la región análoga, y examinando primero el conjunto y luego los detalles.

Los datos que se obtienen por la inspección son:

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| - Sitio:                   | - Posición.    |
| - Forma.                   | - Volumen.     |
| - Estado de la superficie. | - Movimientos. |

## PALPACION.

Se da el nombre de palpación, al método de exploración general que se realiza por medio del sentido del tacto.

Si se realiza sin ayuda de algún instrumento se llama Inmediata ó Directa, cuando se utiliza algún instrumento se llama Mediata, Indireca o Instrumental.

Según se palpen los tejidos superficiales o los órganos profundos, se califica a la palpación Superficial o Profunda.

Al utilizar toda la mano o gran parte de ella, se le denomina Manual; si únicamente se utilizan uno o dos dedos, se le llama digital.

Es costumbre llamar Tacto a la palpación digital de las cavidades accesibles: boca, faringe, vagina y recto.

### Reglas para efectuarla:

- La región por explorar debe estar al descubierto.
- El enfermo adoptará una posición de acuerdo con la región que se va a explorar, procurando que esté cómodo y con los músculos relajados.
- Se debe palpar con suavidad.
- La cara dorsal de la mano únicamente se usa para darse cuenta aproximada de la temperatura del paciente.
- La palpación de regiones simétricas debe ser comparativa.
- Cuando se palpa una región en la cual hay una zona dolorida, debe comenzarse la exploración por las porciones que no duelen.
- Es necesario lavarse perfectamente las manos.

Los datos que se obtienen de la palpación son:

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| - Sitio.                   | - Posición.    |
| - Forma.                   | - Volumen.     |
| - Estado de la superficie. | - Movimientos. |
| - Consistencia.            | - Dolor.       |
| - Temperatura.             |                |

La palpación nos ratifica o rectifica los datos suministrados por la inspección y agrega lo relativo a la consistencia, dolor y temperatura.

#### PERCUSION.

La percusión es el método de exploración general que consiste en dar golpes con el objeto de producir ruidos, despertar dolor o provocar movimientos.

La percusión que tiene por objeto producir ruidos, está basada en que se producen ruidos diferente, según los órganos subyacentes a la región percutida sean compactos o contengan gases y dependiendo de la condición física en que se encuentran esos gases.

De acuerdo al tipo de ruidos podemos conocer:

El estado físico de los órganos y su proyección sobre la superficie del cuerpo y juzgar según áreas de proyección, del tamaño, forma y situación de los órganos.

La percusión que el Cirujano Dentista efectúa es la indirecta, pues se vale de un instrumento percutor.

Las características más importantes de los fenómenos acústicos son tres: Intensidad, Tono y Timbre.

La intensidad depende de la amplitud de las vibraciones,

el tono de un sonido depende de la altura y el timbre del sonido está conferido por la cantidad de la masa vibrante.

Los tres tipos fundamentales de sonido o de ruido que se encuentran en la percusión son el claro, el mate y el timpánico.

El ruido claro, se considera característico de la masa pulmonar que está constituida por tejido dentro del cual hay millones de pequeñas burbujas de aire. El ruido mate es el producto de la conmoción del músculo, el hueso o la acumulación de líquido en alguna cavidad. El sonido timpánico es el resultado de la conmoción de la masa gaseosa, contenida en una cavidad y su timbre depende del volumen y tensión a la que se encuentra el gas, así como el grosor, rigidez y otras características de la cavidad misma.

#### AUSCULTACION.

Se llama auscultación al método de exploración general que se efectúa por medio del oído.

La auscultación se llama indirecta cuando se utiliza un instrumento para el efecto ( estetoscopio ).

Reglas para efectuar la Auscultación:

- El paciente adoptara una posición de acuerdo con la región que se examina, procurando que este comodo y con sus músculos en reposo.
- El explorador debe también estar en posición cómoda.
- Aplicar el estetoscopio adecuadamente, a moderada presión.
- Silencio en el local donde se hace la exploración.

Los datos que se obtienen son variables pero se pueden - dividir en ruidos producidos espontaneamente por el funcionamiento de los órganos y ruidos provocados.

#### PERCUSION AUSCULTATIVA.

Es un procedimiento mixto que consiste en escuchar como se trasmite a través de los órganos los ruidos producidos por la percusión.

Se práctica con dos objetos: para conocer el estado físico de los órganos y para limitar sus áreas de proyección.

#### CONCLUSION.

Los métodos de exploración son importantes para reunir - la información necesaria de toda fuente posible, y una vez - reunida se pueda comenzar e iniciar su análisis.

El interrogatorio adecuado permite correlacionar los - signos obtenidos en la exploración con la información que de el se obtiene.

Es recomendable utilizar los métodos de exploración en - forma ordenada porque los datos que de uno se obtiene sirven - para encauzar el empleo del siguiente, y para comprender e - interpretar los datos que por éste último se recogen.

Con ésto cada vez obtendremos un dato, un signo clínico, que va a revelar el estado anatómico y funcional del paciente

Con base a toda la información acumulada estaremos en - condiciones de hacer el diagnóstico más exacto posible y de - este modo se podra tratar al paciente en forma más inteligente y eficaz.

## CAPITULO II.

### FICHA DE IDENTIFICACION.

En todos los campos de la medicina es absolutamente esencial la Fecha de Identificación, dado que constituirá una parte muy importante de la Historia Clínica, ya que por medio de los datos que se obtienen de esta, se conocerá: Nombre, edad, sexo, raza, ocupación, lugar de origen, estado civil, grado de escolaridad y domicilio permanente; la relación que pueda existir con el padecimiento actual.

#### FECHA.

Se incluyen fechas específicas del comienzo de cada tratamiento, cosa que podrá hacerse mejor al advertir y anotar la fecha real del comienzo o de variación de cada tratamiento. Como un substituto aceptable cabe emplear el número de días, semanas o meses anteriores a la fecha específica de referencia, por lo regular la fecha de ingreso al consultorio

#### NOMBRE.

La Ficha de Identificación en sí, la iniciamos con el nombre y apellidos completos, esto nos va a permitir una mejor relación Médico-Paciente, pudiendo dirigirnos a éste por su nombre y darle confianza al mismo.



**EDAD.**

Nos dará una imagen de la susceptibilidad a algunas --- enfermedades que a otras, en relación a la edad, por ejemplo: Hay menor probabilidad que un adolescente de 14 años sufra -- cáncer oral, en comparación con un hombre de 55 años.

**SEXO.**

Algunas enfermedades tienen mayor tendencia a aparecer - según el sexo, por ejemplo: las infecciones virales son más - frecuentes en mujeres que en hombres.

**RAZA.**

Los factores étnicos desempeñan un papel importante, se ha observado diferencias muy definidas en la frecuencia e -- incidencia de determinadas enfermedades que afectan a los gru - pos raciales, considerando a la situación geográfica, cultu- - ral, religiosa, alimenticia y hábitos. Por ejemplo: Las muje- res hebreas debido a su mayor higiene genital, a la inmunidad heredada y la circuncisión de su cónyuge son menos suscepti - bles al cáncer cervical, mientras que las mujeres del Africa- del Norte ocurre con mayor frecuencia debido a que carecen -- de estos hábitos.

Los servidores de Salud Pública encontraron en el adulto de raza negra un índice CPO considerablemente más bajo que en adulto de raza blanca ya que era inferior, la diferencia fue notable en los dientes cariados y obturados: el adulto blanco presenta por lo menos cinco veces más dientes con restauracio - nes que el adulto negro.

## OCUPACION.

Ciertas ocupaciones exponen a las personas a peligros particulares, como lesión física, esfuerzo muscular o articular, tensión nerviosa, virus, bacterias, hongos, infecciones de animales o productos animales, polvo, gases anormales de iluminación, ambiente poco higiénico y presencia de insectos infectados. Suele ser necesario conocer la clase de trabajo que efectúa el paciente y en qué circunstancias lo hace. Además de las condiciones físicas del trabajo mismo, las relaciones con los patrones y los compañeros de trabajo pueden ser útiles para estimar, por ejemplo: si la irritabilidad, la cefálea, la fatiga fácil, el temblor ó el aumento de la ineficiencia y la inexactitud resultan de problemas de trabajo.

Asimismo, deben estudiarse las ocupaciones de los niños, los adelantos y las condiciones escolares, los hábitos de juego y el ambiente pueden guardar relación con los síntomas del enfermo.

## LUGAR DE ORIGEN.

Los factores geográficos desempeñan un papel también importante para la aparición de enfermedades, al analizar la influencia de los factores ambientales como precipitación pluvial, humedad, dureza del agua, clima, urbanización, etc., - esto influirá en el huésped, encontrando las enfermedades endémicas por ejemplo: el paludismo es endémico en diversas partes de África, Asia, Centro y Sudamérica.

La parte Suboccidental del país y Colorado son áreas endémicas de Fluorosis. Se afecta el esmalte debido al ingreso de cantidades excesivas de fluoruro en el agua de bebida casi siempre en cifra superior a 1.5 partes por millón.

#### ESTADO CIVIL.

A menudo es muy revelador investigar acerca del estado civil del paciente, obteniendo información acerca de su vida hogareña y familiar, la compatibilidad con hermanos y padres; en los casados la felicidad doméstica y compatibilidad sexual como emocional en casa, salud del cónyuge, número de hijos, - gestaciones, abortos, condiciones de la vivienda, dieta, infecciones en la familia y problemas familiares que afectan al esposo, esposa ó los hijos.

#### GRADO DE ESCOLARIDAD.

Conociendo el grado de escolaridad del paciente, permite al médico saber que lenguaje utilizar con el paciente, obteniendo de esta manera una mejor Historia Clínica y una relación satisfactoria entre en médico y su paciente.

Los pacientes que están en desventaja educacional, económica o social están más sujetos a diversos tipos de trastornos, tanto psicológicos como físicos.

#### DOMICILIO PERMANENTE.

Al conocer el lugar de residencia de nuestro paciente - obtendremos una imagen del medio socio-económico y cultural - que lo rodea, si este vive en una zona urbana o rural el tipo de vivienda, etc.

### CAPITULO III.

#### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Toda Historia Clínica debe comprender los antecedentes heredofamiliares. El interrogatorio se orienta a precisar la salud de los parientes del enfermo (padres, hermanos, hijos, y cónyuge), su edad, si viven o en caso de haber fallecido, la edad en que murieron y la causa. Los factores hereditarios y constitucionales desempeñan un papel importante en la etiología de algunas enfermedades como: hemofilia, diabetes sacarina, en tanto se aceptan en reserva de otras; en algunas formas de cáncer, hipertensión y arterioesclerosis.

Sin embargo, hay una base firme para obtener información acerca de los antecedentes familiares en relación con algunas enfermedades o alteraciones incluídas, diabetes sacarina, hipertensión, cáncer, discrasias sanguíneas (hemofilia, ictericia hemolítica), gota, trastornos alérgicos, epilepsia, coronariopatías y enfermedades mentales.

El carácter hereditario de la enfermedad actual puede ser revelado si se pregunta: ¿Que otros miembros de la familia han sufrido o sufren una enfermedad semejante?. A menudo, el preguntar este dato se obtendrán pruebas que existe un factor familiar, que no se precisaría en otra forma.

**CONCLUSION.**

La ficha de Identificación es un dato que se incluye en la Historia Clínica porque de ésta obtendremos alguna relación que pueda existir con el padecimiento actual; por lo tanto ésta comprende una parte importante en la Propedéutica Clínica en Cirugía Oral.

**BIBLIOGRAFIA.**

PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.

MANUEL ORTEGA CARDONA.

EDIT. Y DISTRIBUIDOR: FRANCISCO MENDEZ C.

DUODECIMA EDICION.

PROPEDEUTICA MEDICA.

DR. JOHN A. PRIOR.

DR. JACK S. SILBERTEIN.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

TERCERA EDICION.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.

MITCHELL DAVID F.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

SEGUNDA EDICION.

FUNDAMENTOS DE DIAGNOSTICO.

DR. LUIS MARTIN ABREU.

EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ C.

SEGUNDA EDICION.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO

DE CIENCIAS MEDICAS.

EDITORIAL: SALVAT/

## CAPITULO IV.

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

La revisión detallada de los antecedentes patológicos - pueden tener inestimable utilidad. Varias enfermedades se - caracterizan por una fase aguda, que cede sólo para dar paso a secuelas graves en años ulteriores. Como ejemplo: el antecedente de fiebre reumática, padecimientos transmisible comunes, como pueden ser las llamadas de la Infancia como, escarlatina, corea, parotiditis, amigdalitis. Padecimientos de interés comunitario: tuberculosis, enfermedades venéreas, parasitosis, paludismo, salmonelosis y otros padecimientos frecuentes: ictericia, infecciones respiratorias y digestivas, brucelosis, traumatismos, epilepsia, diabetes y alergias (a medicamentos y alimentos), neoplasias, enfermedades mentales, hemorragias y por supuesto la historia obstétrica registrando - la fecha en que fueron hechas y de ser posible el nombre del cirujano.

## CAPITULO V.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Se deberá investigar la historia pasada del enfermo en relación con su salud y sus enfermedades. Su salud en general, su peso habitual y variaciones, sus hábitos alimenticios higiénicos y habitacionales. El estado socio-económico, ocupacional y educacional. Sus problemas de ajuste familiar y el ambiente físico y social. Las características de sus actividades laborales, deportivas y sociales. Sus antecedentes de inmunizaciones rutinarias especiales (BCG, DPT, Antivariloza, Antipolio, etc.); la exposición a tóxicos (ya sea por índole de trabajo, o bien por hábito: alcohol, tabaco, drogas, y medicamentos de uso rutinario). Sus deficiencias constitucionales; las enfermedades que ha padecido las intervenciones quirúrgicas que se le han practicado, su historia marital y en general deben investigarse todos aquellos antecedentes que aún siendo negativos pueden tener gran importancia para el momento actual.

### CONCLUSION.

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

Los padecimientos hereditarios no siempre tienen el mismo interés, y solo se hará hincapie cuando se sospecha su presencia.

En los antecedentes personales no patológicos debemos investigar todos los factores que nos puedan orientar para el diagnóstico del padecimiento actual.

## CAPITULO VI.

## PADECIMIENTO ACTUAL.

En general, en la investigación de éste, el interrogatorio dirigido se va llevando a cabo al mismo tiempo que el paciente relata su problema, así el médico puede conducirlo por un cause lógico con respecto a sus características: el sitio anatómico de la enfermedad, el modo de aparición insistiendo en aclarar las circunstancias mediatas ó inmediatas que condicionaron la iniciación del padecimiento y no olvidando la importancia de averiguar la causa a la que el enfermo atribuye su mal. La evolución que ha tenido hasta el momento del examen: su duración, intensidad, constancia, relación con las funciones fisiológicas, variación en el tiempo, curso y progreso, efecto sobre el estado físico y mental. Alteraciones del estado general (síntomas generales), como fiebre, ag<sup>u</sup>stia o adelgazamiento; síntomas que acompañan a la manifestación principal, investigar dolor de la misma manera que los síntomas principales, los caracteres que el padecimiento tiene en el acto del examen y por supuesto la terapéutica empleada hasta el momento.

## CONCLUSION.

Cuando terminamos esta parte del interrogatorio, ya tendremos formada una idea aproximada de la enfermedad que aqueja al paciente.

Realizando una investigación meticulosa de cada uno de los síntomas desde su comienzo, hasta el momento en que el paciente recurre al odontólogo.



## CAPITULO VII.

### SIGNOS VITALES

#### TEMPERATURA.

La temperatura corporal se define como el grado de calor mantenida por el cuerpo; es el equilibrio entre el calor producido como el resultado de la oxidación de los alimentos, y el calor perdido por transpiración, respiración, conducción, radiación y excreción.

#### VARIACIONES DE LA TEMPERATURA.

La temperatura corporal normal varía durante el día, es más baja durante las primeras horas de la mañana y es más alta al terminar la tarde y comenzar la noche, a causa de esta variación diaria de la temperatura normal, la medición de esta debe hacerse a la misma hora.

La temperatura normal del cuerpo, medida en la boca es de 37 grados C como término medio para personas en buen estado de salud: en la axila es de 36.4 a 36.6 grados C; en el recto es de 37.5 grados C.

Por la inspección cuidadosa pueden captarse cambios de temperatura del paciente antes de que se midan con el termómetro clínico. Los síntomas de aumento corporal son: Enrojecimiento de la piel de la cara, además de estar caliente y seca labios resecos, manos inquietas y respiración superficial rápida.

La temperatura suele clasificarse según las diferencias - de grados en:

Muy alta, 40.5 grados C; alta de 38.9 a 40.5 grados C; - moderada alta de 37.8 a 38.9 grados C; ligeramente alta de - 37.2 a 37.8 grados C; normal de 36.6 a 37.2 grados C; subnor- mal de 35.5 a 36.5 grados C. y de colapso por debajo de 35.5 grados. C.

#### MÉTODOS PARA MEDIR LA TEMPERATURA.

La temperatura interna del cuerpo puede tomarse colocan- do el termómetro en la boca, axila, recto, y vagina, aunque - los sitios que más suelen usarse son boca, recto y axila.

#### PULSO.

La expansión rítmica de una arteria, producida por el au- mento de volúmen de sangre impulsado hacia ella por contrac- ción del ventrículo izquierdo, en cada latido cardiaco, se - denomina "púlso".

#### PULSO NORMAL.

El ritmo normal del pulso en el adulto sano es de 72 a - 80 latidos por minuto. En el lactante el ritmo varía de 130 a 140 latidos por minuto. Durante los primeros años de la vi- da normal, el pulso disminuye aproximadamente a 110 ó 120 la- tidos por minuto. En la edad senil el pulso normal disminuye a 68 ó 70 latidos por minuto, en la mujer, el pulso suele ser un poco más rápido que en el hombre.

## VARIACIONES DEL PULSO.

Los factores que pueden producir variaciones ligeras o notables del ritmo del pulso son:

**EDAD.** El niño pequeño tiene frecuencia rápida; en el adulto el ritmo normal oscila entre 72 a 80 latidos por minuto, en las personas de edad avanzada el pulso relativamente lento.

**SEXO.** La mujer tiene el pulso ligeramente más alto que el hombre.

**TALLA.** La persona de baja estatura tiene el pulso más rápido que la persona más alta y pesada.

**EJERCICIO.** El exceso de actividad muscular aumenta el ritmo del pulso en forma temporal.

**ALIMENTACION.** La ingestión de alimentos eleva ligeramente la frecuencia del pulso durante varias horas.

**POSTURA.** El ritmo del pulso es mayor cuando está de pie que cuando está sentado o reclinado.

**TRANSTORNOS MENTALES O EMOCIONALES.** También suelen aumentar en forma temporal la frecuencia del pulso.

**ELEVACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL.** Cuando la temperatura aumenta, El ritmo del pulso tiende a elevarse a razón de diez latidos por minuto por cada grado de elevación de la temperatura.

**ENFERMEDAD.** La insuficiencia cardiaca, los trastornos de la tiroides, las infecciones y otros padecimientos tienen efectos notables sobre la frecuencia del pulso.

**MEDICAMENTOS.** Los estimulantes aumentan la frecuencia del pulso; los depresores hacen lo contrario.

**PRESION ARTERIAL.** Cuando la presión arterial es baja, se eleva la frecuencia del pulso para que aumente el flujo de sangre y si la presión arterial es alta, la frecuencia del pulso disminuye.

El pulso suele ser de ritmo regular, es decir, los latidos son de fuerza uniforme y se producen a intervalos iguales. Un trastorno en el ritmo del pulso puede estar relacionado con la frecuencia del latido; o el intervalo entre los latidos. Si estos intervalos son desiguales se dice que el pulso es irregular o intermitente.

#### SITIOS PARA TOMAR EL PULSO.

El pulso puede tomarse en cualquier parte del cuerpo donde hay una arteria cerca de la piel o superficie corporal que pueda comprimirse sobre una base firme (ósea). Para tomar el pulso, los sitios que suelen elegirse con más frecuencia son: Arteria Radial (en la cara palmar de la muñeca, inmediatamente encima de la arteria radial), Arteria Temporal (inmediatamente arriba y por fuera del ángulo externo del ojo), la Mueca Mandibular (en el ángulo externo de la mandíbula, inmediatamente arriba de la arteria facial), Arteria Pedia (en el dorso del pie), Arteria Carótida (a cada lado del cuello exactamente enfrente del lóbulo de la oreja), y Arteria Femoral (en ingle, entre la espina iliaca enterosuperior y la sinfisis del pubis, abajo del ligamento inguinal).

#### RESPIRACION

Se define simplemente como acción y efecto de respirar.

Es el acto continuo de inspirar y expirar aire de los pulmones, para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación a través de los mismos.

El intercambio de gases entre sangre y aire pulmonar se llama respiración externa. Mediante ésta, el organismo capta oxígeno y elimina bióxido de carbono y otras sustancias de desecho. El intercambio de gases entre sangre y células tisulares se denomina respiración interna, mediante ésta, las células de los tejidos captan el oxígeno que transporta la sangre desde los pulmones.

#### RESPIRACION NORMAL.

La frecuencia respiratoria normal (promedio por minuto), a diferentes edades es: al nacer de 30 a 50 respiraciones por minuto; durante el primer año, de 26 a 30 respiraciones por minuto; durante el segundo año de 20 a 26 respiraciones por minuto; durante la adolescencia 20 respiraciones por minuto; en la edad adulta de 16 a 20 respiraciones por minuto; y en la vejez de 14 a 16 respiraciones por minuto.

#### VARIACIONES DE LA RESPIRACION.

**EDAD.** En el recién nacido la respiración es mucho más rápida y en el adulto es de 16 a 20 respiraciones por minuto. En la vejez la frecuencia tiende a disminuir un poco.

**SEXO.** En la mujer la frecuencia respiratoria tiende a ser un poco más rápida que en el hombre.

**FRECUENCIA.** El aumento de la frecuencia respiratoria hará que la respiración sea superficial. Si la frecuencia disminuye

nuye, será mayor la profundidad de la respiración.

**EJERCICIO.** La actividad muscular produce aumento temporal de la frecuencia de la respiración.

**DURANTE LA DIGESTION.** La frecuencia respiratoria puede aumentar un poco en la digestión.

**EMOCIONES.** Las emociones intensas, como el miedo, pueden influir notablemente en la respiración, por lo general aumenta la frecuencia.

**MEDICAMENTOS.** Los depresores, como la morfina o los anes-tésicos generales hacen que la respiración se vuelva más lenta y profunda. La cafeína y la atropina estimulan la respiración, aumentan su frecuencia y la hacen superficial. El bióxido de carbono, un estimulante del centro respiratorio, a menudo se usa después de la administración del anestésico general para ayudar a vencer su efecto depresivo.

**APLICACION DE FRIO.** Por estimulación de las terminaciones nerviosas cutáneas, la respiración puede hacerse más lenta y profunda.

**APLICACION DE CALOR.** Los baños de agua caliente pueden aumentar la respiración en forma temporal y hacerse más superficial.

**DOLOR.** El dolor intenso o el que actúa sobre las funciones vitales tienden a aumentar la frecuencia respiratoria.

**TOXINAS.** Las toxinas que se forman en el organismo como resultado de infecciones agudas estimulan el centro respiratorio y aumentan la frecuencia respiratoria.

**FIEBRE.** Relacionada con el pulso y respiración suele aumentar la frecuencia de ambas.

**HEMORRAGIA.** La disminución del volumen sanguíneo, con la consiguiente reducción del contenido de oxígeno que se envía a las células, hace que se aumente la respiración.

**CHOQUE.** La congestión en los grandes venas abdominales - hará que aumente la frecuencia respiratoria.

**CAMBIOS DE PRESION ATMOSFERICA.** En las grandes alturas - la presión atmosférica es demasiado baja y se cuenta con poca respiración externa, por lo tanto, la frecuencia respiratoria aumentará con objeto de enviar más oxígeno a los tejidos.

### **PRESION ARTERIAL.**

Presión arterial es "la fuerza ejercida por la sangre - contra las paredes de los vasos sanguíneos a medida que pasa por ellos".

**PRESION SISTOLICA.** Es la presión máxima ejercida por la sangre contra las paredes arteriales a medida que se contrae el ventrículo izquierdo e impulsa la sangre desde el hacia la aorta.

**PRESION DIASTOLICA.** Es la presión mínima o el punto en - que la presión aminora cuando el corazón se encuentra en forma de reposo, e inmediatamente antes de la contracción del - ventrículo izquierdo.

**HIPERTENSION.** Ocurre cuando la presión sanguínea está - anormalmente alta.

**HIPOTENSION.** Es el estado en que la presión sanguínea es ta demasiado baja.

La presión varía a diferentes horas durante el día; como el objeto a medir es comporar con cifras anteriores, se hará a la misma hora todos los días.

## PRESION ARTERIAL NORMAL.

Las lecturas de la presión arterial se expresan en mm de Hg. y el aparato para medirla es el esfignomanometro.

La presión arterial promedio para el adulto es de 120/80 mm de Hg. (presión sistólica 120 mm de Hg., presión diastólica 80 mm de Hg. La presión del pulso, o sea, la diferencia entre ellas, es de 40 mm de Hg.). La presión arterial normal puede aumentar gradualmente con la edad, hasta los 60 años y es de aproximadamente de 140/90 mm de Hg.

## VARIACIONES DE LA PRESION ARTERIAL.

**EDAD.** La presión arterial es mucho más baja en niños que en adultos.

**SEXO.** La presión arterial promedio para el hombre es ligeramente mayor que en la mujer de la misma edad.

**CONSTITUCION CORPORAL.** En el individuo que tiende a ser obeso es posible que su presión arterial sea más alta que la promedio.

**EJERCICIO.** El miedo, ansiedad, angustia, excitación y otras emociones hacen que se eleve la presión arterial en forma subita.

**ENFERMEDADES.** Las enfermedades que afectan el sistema circulatorio, los que producen toxinas bacterianas y las que afectan los riñones pueden afectar la presión arterial y las que debilitan la contracción cardiaca pueden disminuirla.

**HEMORRAGIA.** Como resultado de la disminución del volumen sanguíneo de los vasos, la presión arterial baja.



**SHOCK.** El descenso de la presión arterial es síntoma de shock e indica necesidad de aplicar tratamiento de urgencia - para salvar la vida del paciente.

#### CONCLUSION.

En la elaboración de toda Historia Clínica se induce a - determinar los signos vitales en la evaluación física de todos los pacientes para cirugía oral.

Todo odontólogo que se dedica a la asistencia integral - de la salud, debe medir y registrar por lo menos la presión - sanguínea y preferentemente también la frecuencia del pulso y la temperatura corporal, antes de cualquier tratamiento y sobre todo cuando hay que aplicar algún anestésico ya sea local o general, o en el cual el paciente podría sufrir un - stres físico o emocional.

#### BIBLIOGRAFIA.

PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.  
MANUEL ORTEGA CARDONA.  
EDIT. Y DISTRIBUIDOR: FRANCISCO MENDEZ C.  
DUODECIMA EDICION.

PROPEDEUTICA MEDICA.  
DR. JACK S. SILBERTEIN.  
DR. JOHN A. PRIOR.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
TERCERA EDICION.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.  
MITCHELL DAVID F.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA  
SEGUNDA EDICION.

FUNDAMENTOS DE DIAGNOSTICO.  
DR. LUIS MARTIN ABREU.  
EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ C.  
SEGUNDA EDICION.

## CAPITULO VIII.

### EXAMEN DE CABEZA, CARA Y CUELLO.

#### EXPLORACION DE CABEZA.

La cabeza se encuentra limitada por un plano que pasa - por el borde inferior de la mandíbula, el borde inferior del conducto auditivo externo, la línea curva occipital superior, y la protuberancia occipital externa.

Tiene forma de un ovoide con el diámetro mayor dirigido de - arriba a abajo y de atrás a adelante. Sus dimensiones, con relación al cuerpo, son; de 1 a 7 en el hombre y de 1 a 6 en la mujer. Los métodos aplicables para su estudio son: Inspección Palpación. Para facilitar su estudio se divide en cráneo y - cara.

#### CRANEO.

Los límites anatómicos del cráneo son: una línea que par - tiendo del nasión sigue el borde superior de la órbita hasta el tubérculo orbitario externo; continua lateralmente por el borde superior del arco cigomático, pasa por el borde supe - rior del conducto auditivo externo hasta alcanzar la línea - curva occipital superior y termina hacia atrás en la protube - rancia occipital externa.

Los métodos utilizados en la exploración clínica del crá - neo son la inspección y palpación.

## INSPECCION.

En la inspección del cráneo se anotan la forma, el volumen, el estado de la superficie y los movimientos.

## FORMA Y VOLUMEN.

La forma puede sufrir alteraciones de lo normal por el predominio de alguno de los ejes o por abultamiento, aplanamiento de parte de su superficie.

Normalmente, el diámetro anteroposterior es mayor que el transverso; la exageración de esta proporción es la DOLICOCEFALICO. Por otra parte el aumento del diámetro transverso casi igualando al anteroposteior constituye al BRAQUICEFALO.

La armonía de los diámetros produce el grupo habitual: MESA--TICEFALO.

La naticefalia resulta del abultamiento bilateral, de las gibas frontales. Una deformidad peculiar es la Turricefalia o cráneo de torre, cusado por la oxicefalia, o sea la soldadura prematura de las suturas coronal y sagital, con aplanamiento lateral y crecimiento hacia arriba.

El volumen solo aumentado o disminuido en gran proporción podrán ser apreciados por el método de la inspección.

La macrocefalia es la calidad del cráneo o de la cabeza excesivamente grande y se ve por ejemplo en la hidrocefalia - condición en que existe impedimento a la circulación del líquido cefalorraquídeo, con enorme dilatación de los ventrículos cerebrales y compresión de la corteza cerebral.

La Microcefalia es cabeza pequeña y se observa en los trastornos del desarrollo.

## ESTADO DE SUPERFICIE.

Debemos evaluar las características del cabello, sus límites de implantación, grosor, color, escases, etc...

## MOVIMIENTOS.

En el cráneo sólo apreciamos movimientos pulsátiles localizados y movimientos generales.

## PALPACION.

La palpación se efectúa con ambas manos colocadas sobre, las superficies craneanas y palpando con las llemas de los dedos cuidadosamente, al mismo tiempo separando los cabellos.

Además de confirmarse los datos de la inspección se buscarán: Depresiones (enostosis) o salientes óseas (exostosis), además de cicatrices o nódulos; cambios de textura y grosor de los cabellos; engrosamiento de la piel; dolor localizado; temperatura y crepitación.

## CARA.

Los límites de la cara alcanzan hasta la implantación del pelo y por lo tanto la frente, que anatómicamente debe pertenecer al cráneo.

La cara tiene una forma prismática triangular de base rígida hacia atrás y articulada con el cráneo. Se puede dividir en tres pisos por dos planos que pasan; uno por el nasión y otro por debajo de la nariz. Los tres pisos limitados por estos planos son: Un piso inferior comprendido entre el mentón y el borde inferior por abajo, hacia arriba queda limitado por el plano que pasa por debajo de la nariz. El segundo piso queda comprendido entre los dos planos señalados. El tercer -

viso esta limitado hacia abajo por el plano que pasa por el nacimiento y hacia arriba por la implantación del pelo. El primer piso recibe el nombre de digestivo, el segundo de respiratorio y el tercero de cerebral.

La expresión facial puede indicar el estado de ánimo del paciente, revelar ansiedad, depresión o su capacidad mental. Los padecimientos neuromusculares adquiridos y congénitos. - Por inspección se buscan alteraciones de la forma y el volumen, facies y simetría, edema, mixedema, estado de la superficie (cambios de coloración, lesiones dérmicas, hirsutismo, etc.) y movimientos.

#### FACIES.

Una de las alteraciones más aparentes a la inspección es la facie; que es el conjunto de alteraciones que la enfermedad imprime al rostro.

Los cambios pueden ser discretos o muy ostensibles; algunos son inespecíficos, comunes al principio de muchas enfermedades o que cursan con situaciones emocionales.

#### SIMETRÍA.

Es necesaria la inspección cuidadosa en busca de alteraciones de la simetría; aunque es difícil de encontrar un cara perfectamente simétrica, debemos fijar nuestra atención en cambios muy ostensibles como:

- Pliegues frontales borrados en una hemicara.
- Desviación del eje de la nariz hacia un lado.
- Prominencia o hundimiento de un globo ocular, ausencia de un globo ocular.

- Desviación de la comisura bucal (labial) hacia un lado y hacia arriba o abajo de la horizontal.
- Deformidades unilaterales frontales, genianas o mandibulares.
- Prominencia unilateral de glándulas salivales (parótida submaxilar y sublingual) por inflamación, neoplasia y obstrucción de conductos.

#### EDEMA.

El edema facial puede ser muy discreto, como en pacientes de insuficiencia renal que ocurre generalmente por las mañanas al levantarse, de predominio parpebral, pero que puede involucrar toda la cara, con aspecto de "Cara de luna llena". En los pacientes con síndromes nefróticos anasarca de cualquier etiología, el edema es muy marcado, blando, blanco, no doloroso, con predominio en los sitios de declive.

Otras veces existen edemas asimétricos de instalación rápida, que afecta sobre todo a los párpados, los labios y la lengua, es el edema angioneurótico ó edema de Quincke, de origen alérgico. Se acompaña muchas veces de placas de urticaria y prurito.

#### MIXEDEMA.

Tiene un aspecto diferente del edema; la infiltración de los tejidos da un aspecto de engrosamiento, la piel es de color pálido, reseca, inelástica; la presión digital no determina fobias (signos de godote). En general, la piel presenta todos los signos de gerodermia (piel senil), que se observa también en la agromegalia.

## MOVIMIENTOS.

Es posible observar modificaciones de los movimientos faciales alterados en forma parcial o completa. Entre los signos más importantes y ostensibles encontramos: La caída del parpado superior, la pérdida de las arrugas de una mitad de la frente, la pérdida o disminución de los movimientos en los dos tercios inferiores del rostro, tics.

## CUELLO.

En el cuello se encuentran estructuras anatómicas de casi todos los aparatos y sistemas; es de forma cilíndrica con algunas salientes y depresiones. El volumen del cuello es mayor en la base que en la parte superior.

Los principales órganos que se encuentran en el cuello son: el paquete vasculenervioso, laringe y tráquea, hipofarínge, el esófago, glándulas salivales, cuerpo tiroides, los ganglios y la columna cervical.

Los métodos que se utilizan para la exploración son: Inspección, palpación y auscultación.

## INSPECCION.

En la inspección de cara anterior, es conveniente que el paciente movilice su cabeza elevando el mentón primero y luego en posición natural de la cabeza la rote hacia uno y otro lado.

En la inspección de la cara posterior se observa tanto en posición natural como pidiéndole que la incline.

Esto permite apreciar fácilmente asimetrías, cambios en la forma y volumen o lesiones profundas que solo resaltan al efectuar determinados movimientos; además se pueden apreciar, alteraciones de los movimientos, forma y volumen.

El cuello puede ser corto, largo o mediano, dependiendo del biotipo.

#### ESTADO DE LA SUPERFICIE.

En el hombre son comunes las cicatrices o infecciones de la barba por germen piogénos; otra alteración de la zona barbada es la alopecia areata. En ambos sexos se pueden presentar lesiones variadas del cuello como: eritema, pápulas, vesículas y pústulas, alopecia areata, cicatrices, nevos, etc.

#### MOVIMIENTOS.

En la inspección se pueden apreciar movimientos activos, movimientos pasivos y movimientos transmitidos.

El cuello propiamente, tiene movimientos de flexión y extensión y proporciona otros movimientos en la cabeza como, rotación e inclinación lateral. Debe solicitarse al paciente, que efectúe los diferentes movimientos.

Los movimientos pueden estar disminuidos en fuerza, limitados en amplitud o abolidos.

Tortícolis (contracción del esternocleidomastoideo), produce incapacidad o limitación para la rotación de la cabeza, apreciándose la cabeza inclinada hacia el lado afectado, con visible aumento de volumen del músculo; sus causas más frecuentes son: contracción repentina de gran fuerza, traumatismos directos, infecciones virales y reumáticas.



Los movimientos de flexión y extensión pueden estar muy limitados o ser imposibles en padecimientos de la columna vertebral como: artritis reumatoide, osteoartritis, mal de Pott, fractura de una o varias vertebrae, luxación o subluxación de una vertebra o traumatismo.

Los movimientos pasivos pueden estar muy limitados en caso de rigidez o aumento del tono de un grupo muscular.

#### PALPACION.

Este método se puede efectuar en varias formas: con el explorador a un lado o enfrente del enfermo.

- Con la superficie palmar de tres o cuatro dedos de una mano deslizándolos sobre la superficie del cuello, haciendo movimientos de rotación, útil en la búsqueda de ganglios o crecimientos localizados.
- Haciendo una pinza entre pulgar y los demás dedos juntos (procedimiento de Lahay), para palpar tiroides.

Con el explorador por detrás del paciente:

- Con las dos manos, estando el paciente sentado con la cabeza inclinada para relajar los músculos y facilitar la maniobra. Este método es adecuado para todo el examen del cuello, tanto anterior como posterior y es preferido por muchos clínicos; es útil sobre todo para la palpación de tiroides.

Los hallazgos posibles más comunes son: Eficema subcutáneo, inmaduración difusa, tortícolis, crecimiento ganglionar, quistes, bocio, meningocele y tumores.

**AUSCULTACION.**

Se utiliza en el estudio de lesiones cardiovasculares, - en busca de soplos originados en el cuello o transmitidos, - por ejemplo: obstrucción arterioesclerótica de una o ambas ca rotidas comunes o de sus ramas.

**CONCLUSION.**

En el examen de cabeza, cara y cuello la metodología es importante, pues ella nos revela cambios que hallan sido causados por alteraciones de un aparato o sistema, traumatismos, hábitos que el paciente presenta, para poder así ayudarnos en el diagnóstico y tratamiento de cavidad oral.

**BIBLIOGRAFIA.**

PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.  
 MANUEL ORTEGA CARDONA.  
 EDITORIAL. FRANCISCO MENTEZ O.  
 DUODECIMA EDICION.  
 1978.

PROPEDEUTICA MEDICA.  
 Dr. JOHN A. PRIOR.  
 Dr. JACK S. SILBERTEIN.  
 EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
 TERCERA EDICION.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.  
 MITCHELL DAVID F.  
 EDITORIAL. INTERAMERICANA.  
 SEGUNDA EDICION.

## CAPITULO IX.

### APARATO RESPIRATORIO.

Es el conjunto de órganos y estructuras cuya misión principal consiste en abastecer de oxígeno al organismo, mediante la introducción de aire y la expulsión de anhídrido carbónico

El aparato respiratorio comienza en la cavidad nasal y - en los senos paranasales, luego prosigue con la faringe y la laringe, y se continúa con la tráquea, que desciende al mediastino y se divide en los dos bronquios principales. El intercambio entre oxígeno del aire inspirado y el anhídrido carbónico contenido en la sangre tiene lugar en los vasos capilares. La serie de movimientos que realiza la jaula torácica - para lograr la ventilación pulmonar, está regulada por el sistema nervioso a través de un centro respiratorio, que se encuentra en el bulbo raquídeo.

Los signos y síntomas pleuropulmonares no son numerosos, en contraste con lo que pasa en otros aparatos y sistemas.

Se hará una relación de síntomas, ofreciendo una breve descripción que sirva como punto de partida para un buen diagnóstico.

#### TOS.

La tos es un síntoma muy importante en los enfermos del aparato respiratorio, al grado de poderla considerar como la manifestación capital de la semiología respiratoria. Son muy raros, por no decir excepcionales, los enfermos del aparato respiratorio que no tosen, pueden confundir al clínico ante -

la ausencia del síntoma.

La tos es, uno de los reflejos protectores más importantes, en algunas circunstancias, es un síntoma producido por inflamación, secreciones viscosas y obstrucción del sistema traqueobronquial.

Puede ser descrita como seca o productiva (de esputo). Cuando la tos es productiva, (esputo) esto es el material expectorado como resultado de la tos, debe ser descrito con base en su color, volumen, consistencia y cualquier olor insólito.

Hay que definir, aún más, el carácter de la tos, y saber si es:

PAROXISTICA. Crisis duradera de tos intensa.

SECA. Período frecuente y breve de tos aunque no muy intensa.

EXPLOSIVA Y METALICA. Tos seca áspera, que a menudo es resultado de la compresión extrínseca de tráquea o bronquios.

También hay que determinar si ocurre durante el día o la noche o en ambos períodos, y si es influida por la posición del cuerpo.

#### EXPECTORACION.

Respecto a la expectoración, hay que recoger los datos siguientes: color, cantidad, consistencia, olor y sabor.

#### COLOR.

- Amarillo o amarillo-verdoso, opacos son los esputos que contienen pus en mayor o menor proporción.
- Amarillo-verdoso transparente, suelen corresponder a presencia de bilis y delatan la formación de una fístula.

la hepatobronquial.

- Verdoso o azulados, en las raras infecciones respiratorias por bacilo picciánico. Otros gérmenes, lavaduras y hongos pueden colorear igualmente en verde la expectoración.
  - Rosados, son los esputos en el edema agudo de pulmón.
  - Rojizo, claramente de color sangre, con los esputos hemoptoicos inalterados. Su origen es vario, pero con más frecuencia expresan la existencia de una tuberculosis pulmonar o una estenosis mitral. Otras causas posibles: infarto de pulmón, cáncer bronquial. abscesos, cuerpos extraños, hidatidosis, várices de base lingual, etc. Se han dado como característico del carcinoma el esputo gelatinoso "en jalea de grosella", pero ni es constante ni exclusivo de este proceso.
  - Herrumbroso, semejante al orín, típicamente en la neumonía crupal.
  - Pardo oscuro, en los cardíacos crónicos.
  - Gris-negrusco, en la antracosis y otras neumoconiosis.
- OLOR.

Fétido y penetrante a distancia, es el olor de la expectoración y del mismo enfermo en el absceso y gangrena de pulmón. La distinción entre uno y otro es generalmente bizantina. Las bronquiectasias pueden eliminar al principio expectoración inodora, pero a la larga suele ser también fétida. En la tuberculosis cavital el esputo huele agrio.

CANTIDAD.

La cantidad, tomando como unidad el tiempo las 24 horas

puede ser muy variable, según el padecimiento y según el sujeto. El esputo es muy abundante en aquellas enfermedades que determinan lesiones de dilatación (bronquiectasias) o destrucción (cavernas, abscesos, gangrenas), que son verdaderos receptáculos de almacenamiento de secreciones, las que llegadas al máximo daran síntomas especiales; las vómicas y las pseudovómicas.

#### CONSISTENCIA.

La composición del esputo, que decide sus otras cualidades, puede ser homogénea o mixta. Serosa, mucosa, purulenta o hemática, constituyen las formas puras de expectoración, a costa de éstos componentes elementales más frecuentes. A menudo, sin embargo, el esputo es serohemático, mucopurulento, etc. El aspecto del esputo permite entrever el tipo de reacción, catarral o supurativa, que el enfermo presenta. Y la aparición de sangre constituye un signo de organicidad del proceso, de gran importancia clínica.

#### DISNEA.

Denota respiración difícil o penosa. Es la sensación que se experimenta cuando el acto de respirar se presenta en la esfera consciente como esfuerzo desagradable. La disnea indica enfermedad sólo cuando ocurre durante una actividad que normalmente se tolera.

Desde el punto de vista de las modalidades clínicas de la disnea respiratoria, habrá que estudiar si es de grandes, medianos o pequeños esfuerzos; si es de decúbito, si es continua, etc.

La disnea, tan compleja muchas veces en su mecanismo pa

togénico, es un síntoma al cual hay que darle su debida importancia, sin que nunca tenga el valor de un dato patognomónico de algún padecimiento. Así, por ejemplo en una tuberculosis bien diagnosticada, la aparición de la disnea es un elemento de mal pronóstico, al indicar una marcada intoxicación, o la progresión de las lesiones; la disnea que aparece en el curso de un neumotórax intrapleural terapéutico hace pensar en una reacción exudativa de la pleura, en una perforación o en una pleuresía colateral; en una tuberculosis fibrosa bilateral con disnea moderada, que bruscamente pasa al estado de disnea acentuada y continua, hace pensar en la insuficiencia cardiorrespiratoria; la disnea debe ser un elemento de alarma para la cirugía. Por el contrario, la mejoría de la disnea y más aún, su desaparición, es un indicio de buen pronóstico, - que habla en favor de la solución de algunas lesiones de desintoxicación, de reabsorción de las pleuresías, de la adaptación al colapso terapéutico, etc.

#### ORTOPNEA.

Es la incapacidad de respirar cómodamente en posición de decúbito. El sujeto siente alivio al elevar la mitad superior del cuerpo, con el empleo de dos o tres almohadas debajo de la cabeza, o al sentarse en posición erecta. Suelen describirla algunos médicos según el número de almohadas, esto es, si la ortopnea disminuye con dos o con tres almohadas, - suele ser signo de insuficiencia congestiva cardíaca.

#### HEMOPTISIS.

Etimológicamente, la palabra hemoptisis, que proviene -

del griego, significa esputo con sangre. Clínicamente se designa con el nombre de hemoptisis a las hemorragias de una parte del aparato respiratorio, comprendida por la tráquea, bronquios y pulmones. El examinador debe determinar el color de la sangre, la cantidad y si está pura o mezclada con el esputo.

De las enfermedades del aparato respiratorio, que dan hemoptisis, encontramos: las tuberculosis, la dilatación bronquial, el cáncer pulmonar, los abscesos, los quistes aéreos, indudablemente, la enfermedad respiratoria que da el mayor número de hemoptisis es la tuberculosis, algo más del 50% de la totalidad de los casos.

Los enfermos sin patología respiratoria que dan hemoptisis son: las cardiopatías evolutivas, principalmente la estenosis mitral, aneurisma de la aorta, aortitis, arteritis de la pulmonar.

#### BIBLIOGRAFIA.

APARATO RESPIRATORIO.  
ISMAEL COSIO VILLEGAS.  
ALEJANDRO CELIS SALAZAR.  
MIGUEL COSIO PASCAL.  
EDITOR: FRANCISCO MENDEZ OTEO.  
NOVENA EDICION

MANUAL DE NEUROLOGIA CLINICA.  
DR. AURELIO REYES CASTELLANOS.  
EDITORIAL: TALLERES GRAFICOS VICTORIA

TRATADO DE MEDICINA INTERNA.  
BEESON MacDERMOTT.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA

SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATIVA.  
JUAN SUROS FORNS.  
JUAN SUROS BARLLO.  
EDITORIAL: SALVAT.  
SEXTA EDICION.



## CAPITULO X.

## APARATO CARDIOVASCULAR.

Esta parte de la anatomía es llamada Angiología y comprende el estudio de las cavidades donde circula la sangre está formado por un órgano central, llamado corazón, vasos sanguíneos y conductos periféricos, arterias, venas, capilares y ganglios linfáticos por donde circula la linfa.

El corazón está formado en su interior por cuatro cavidades, dos superiores (aurícula), dos inferiores (ventrículos), separados por un tabique (interauriculoventricular). La aurícula se comunica con el ventrículo del mismo lado a través de una válvula, (tricúspide) derecho y (mitral o bicúspide) izquierdo.

Las arterias y venas son conductos por los que circula la sangre, que sale y entra al corazón, que van de mayor a menor diámetro en las arterias, para llevar la sangre a todo el organismo hasta los capilares, y de ahí regresar al corazón por los conductos de menor a mayor diámetro, que son las venas.

Para el estudio de la circulación de la sangre partiremos de la contracción del ventrículo izquierdo, que lanza la sangre a la arteria aorta para repartirla a todo el organismo y transportar todas las substancias necesarias para las células, especialmente el oxígeno y al mismo tiempo para recibir como intercambio el bióxido de carbono; en ese momento es -

cuando la sangre rojo claro, arterial, se convierte en sangre venosa color rojo obscuro, para regresar a las venas cavas a la aurícula derecha; este circuito se llama circulación mayor

De la aurícula derecha pasa al ventrículo del mismo lado y la contracción de éste, lanza la sangre a la arteria pulmonar que llega a los pulmones, para capilarizarse, alrededor de los alveólos y transformar la sangre venosa en arterial al eliminar bióxido de carbono y absorber el oxígeno, a este fenómeno se le conoce con el nombre de Hematosis.

La sangre de los capilares arteriales pasa a los capilares venosos y de ahí a las venas pulmonares, para regresar al corazón por la aurícula izquierda y ésta al ventrículo del mismo lado, este circuito recibe el nombre de circulación menor o pulmonar.

Los vasos linfáticos son aquellos por los que circula la linfa y tiene su origen en los ganglios linfáticos de los órganos del cuerpo y van a terminar por diámetro de menor a mayor, del gran canal torácico a la gran vena linfática que va a desembocar a las venas cercanas al corazón para mezclarse con la sangre y llegar así a la aurícula derecha.

El examen del aparato cardiovascular se lleva a cabo recorriendo a los siguientes métodos: Interrogatorio, exploración física, estudios de gabinete y estudios de laboratorio.

Dentro de la propedéutica odontológica el método que utilizaremos es el interrogatorio, en todos aquellos sujetos enfermos del corazón o sospechosos de estarlo, cuando estos acudan al consultorio.

La sintomatología nos llevará principalmente a detec-

tar todas aquellas patologías que afectan al aparato cardiovascular, como son:

#### DISNEA.

Es la sensación de que se respira difícilmente. La manifestación más frecuente y compleja de enfermedad cardiovascular.

#### TOS.

La tos del cardíaco se debe, al igual que la disnea, a la hipertensión venocapilar pulmonar. Esta puede ser seca o productiva.

#### HEMOPTISIS.

El sangrado por vías respiratorias, en un cardíaco se produce cuando se rompe una vena bronquial, debido a la hipertensión venosa pulmonar, en el lupus eritematoso, bronquiectasia, carcinoma broncogénico, aneurisma arteriovenoso roto.

#### SINCOPE.

Consiste en la pérdida súbita y transitoria de la conciencia debido a la disminución del riego sanguíneo cerebral, puede ser parcial o total, se conoce vulgarmente como desmayo

#### FATIGA.

También llamada astenia o adinamia, consiste en la sensación de cansancio o debilidad que no debe confundirse con la disnea, la fatiga es consecuencia del gasto cardíaco disminuido hacia los músculos o bien puede ser solo una manifestación de trastorno emocional.

### PALPITACIONES.

Se dice que hay palpitaciones cuando es conciente el latido del corazón. La palpitación puede corresponder a una sensación de latido rápido, lo que acontece a la taquicardia de cualquier tipo.

### EDEMA.

El enfermo siente que está hinchado, y se localiza particularmente en las partes declives; en los miembros inferiores se acentúa en las tardes, cuando el enfermo está ambulante; en el sacro, cuando se encuentra encamado.

Se debe a la retención de sodio, secundaria a trastornos hemodinámicos de la circulación renal y el aumento de la aldosterona circulante.

### DOLOR PRECORDIAL.

La angina de pecho se debe al aporte insuficiente de sangre al miocardio. Los metabolitos que se acumulan como consecuencia de esta alteración ocasiona dolor al estimular las terminaciones de los nervios que invaden al miocardio.

El dolor anginoso puede ir acompañado por palpitaciones, sensación de vértigo y a veces diaforesis.

### INFARTO AL MIOCARDIO.

Se presenta la mayor parte de las veces, acompañada de un intenso dolor precordial, el dolor es generalmente retroesternal y puede difundirse al pericardio y a la pared anterior del tórax. El dolor suele irradiarse al cuello, al ángulo de la mandíbula, a la espalda, a ambos brazos y puede prolongarse

hasta los dedos, el dolor se caracteriza por ser opresivo en banda, como algo que "aprieta" o algo que se "atora", cuando se irradia al cuello suele dar una impresión de "estrangulamiento".

El dolor es más severo y de mayor duración desde algunas horas hasta algunos días.

#### DOLOR TORACICO.

El infarto pulmonar es una causa frecuente de dolor torácico severo. Este se acompaña a veces por hemoptisis, disnea y fiebre.

Entre las enfermedades que pueden ocasionar lesiones del aparato cardiovascular mencionaremos las siguientes:

La diabetes mellitus. Es una enfermedad hereditaria; es factor de arterioesclerosis precoz.

Hipertensión arterial. Es una enfermedad que se hereda poligénicamente; esto significa enfermedad en cuanto es capaz de ocasionar una sobrecarga continua del ventrículo izquierdo debido al aumento de la resistencia periférica.

Obesidad. No se hereda y puede ser factor constituyente de cardiopatía, lo cual complica el tratamiento de la hipertensión arterial.

El asma bronquial. Es un padecimiento que muestra la tendencia a presentarse en la familia y puede ser factor a la larga, de sobredistensión pulmonar y cardiopatía.

El alcoholismo crónico. Puede dar lugar a la llamada miocardiopatía alcohólica.

Manifestaciones clínicas de faringitis. La mayor parte

ocasionada por estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Antecedentes de haber presentado una enfermedad mayor - que la fiebre reumática como: poliartritis reumática (articulaciones mayores, flogosis, etc.); corea de Syderha o "Danza de San Vito", y las carditis reumáticas, así como las menores como la Tortícolis.

#### BIBLIOGRAFIA.

\*

CARDIOLOGIA CLINICA.  
MAURICE SOKOLON McICROX.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.  
PRIMERA EDICION.  
1979.

PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.  
MANUEL ORTEGA CARDONA.  
EDIT. Y DISTRIBUCION: FRANCISCO MENDEZ C.  
1978.

PROPEDEUTICA MEDICA:  
DR. JOHN A. PRIOR.  
DR. JACK S. SILBERTEIN.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1973.

TRATADO DE MEDICINA INTERNA.  
BEESON Mac. DERMOTT.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA  
TOMO I Y II.

SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATIVA.  
JUAN SUROS FORNS.  
JUAN SUROS BATLLO.  
EDITORIAL: SALVAT.  
SEXTA EDICION.  
1978.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO  
DE CIENCIAS MEDICAS.  
EDITORIAL: SALVAT.

## CAPITULO XI.

### APARATO GASTROINTESTINAL.

Las funciones del aparato digestivo son la ingestión, digestión y absorción de alimentos, así como la excreción de productos de desecho. También necesarias para la digestión son las glándulas salivales, el hígado y el páncreas, las cuales secretan algunas sustancias químicas necesarias para la descomposición de los alimentos en sustancias simples que puedan ser absorbidas por la sangre.

El tubo digestivo, lo constituye un conducto muscular que va desde la boca al ano y sus segmentos son: boca, farínge, esófago, estómago, intestino delgado (duodeno, yeyuno e ileon), intestino grueso (ciego, colon y recto).

El aparato digestivo exterioriza sus síntomas en una forma muy variable. Dicho cortejo sintomático no es igualmente homogéneo; ya que mientras algunos son característicos a una lesión concreta, otros figuran comunes a patologías de los diversos sistemas orgánicos.

#### HALITOSIS.

Con frecuencia el mal olor del aliento es producto de condiciones patológicas de la boca: caries, prótesis y coronas mal adaptadas, intersticios difíciles de limpiar, detritus en las criptas amigdalinas y en general, falta de aseo bucal. Son fundamentales los padecimientos locales como estomatitis, gingivitis, glositis, difteria y otras lesiones.

Debe tenerse en cuenta como resultante de procesos nasales y de la faringe superior: sinusitis y rinofaringitis.

también ha sido considerada como parte del cuadro de insuficiencia hepática, estimando que la eliminación respiratoria de diversas sustancias mal manejadas por el hígado es la causa, en el coma hepático es característico. Igualmente en la constipación crónica. También es notable en trastornos digestivos asociados con hipoacidez y estasis: divertículo esofágico y pilórica, gastritis, carcinoma y aquilia, el aliento característico de los pacientes con enfermedades broncopulmonares.

#### ASILIA.

Falta o deficiencia de saliva y consecutiva resequead de la boca. Es consecuencia de deshidratación, acción atropínic e intoxicaciones por opio y arsénico y por las alteraciones emocionales como el miedo y la ira, así como el efecto de drogas usadas por largo tiempo.

#### SIALORREA.

Aumento de la secreción salival. Debe pensarse en efecto de drogas como la pilocarpina, muscarina y nicotina; crisis vagotónica, tensión emocional y procesos inflamatorio de la cavidad bucal. Enfermedades del sistema nervioso como -- Parkinson, parálisis bulbar, neuralgia del trigémino, encefalitis y rabia. Algunas intoxicaciones crónicas con mercurio, cobre, plomo, cloro y bromo. Las enfermedades el esófago pueden producir sialorrea por el mecanismo del reflejo esófago salival.



### DISFAGIA.

Dificultad para deglutir. Representa la molestia durante el paso de los alimentos en el trayecto comprendido de la boca al estómago. La disfagia aguda es en general resultado de traumatismos, también se debe de considerar la histeria, espasmos reflejos, cardioespasmos y alergias. La disfagia crónica puede ser originada por un proceso orgánico evolutivo.

### PIROSIS.

Sensación de ardor que sube del estómago a la faringe con eructos agrios, debido a una dispepsia ácida. Es un síntoma que acompaña con frecuencia a las enfermedades del tubo digestivo que cursan con alteraciones neuromotoras, es dato corriente en el fumador, bebedores de café, en las personas que ingieren determinados medicamentos y en las embarazadas, es producto de una tensión emocional.

### REGURGITACION.

Representa el reflujo a la boca de pequeñas cantidades de contenido gástrico o esofágico con la característica de no acompañarse de náuseas ni fenómeno de esfuerzo. Los padecimientos que las producen pueden ser; estenosis pilórica, irritación gástrica y la insuficiencia del esfinter del cardias.

### HIPO.

Este síntoma tiene con frecuencia una causa digestiva por sus relaciones con el trayecto del nervio Frénico. Con frecuencia resulta de la ingestión de bebidas heladas, gaseosas y de comidas abundantes o ingestión muy rápida de los alimentos.

**NAUSEA.**

Es el deseo de vomitar; se acompaña de sudoración, palidez, mareo, salivación y malestar general; a veces cefálea hipotensión y bradicardia. Puede observarse sola.

**VOMITO.**

Es la expulsión brusca, por la boca, del contenido gástrico; es precedido de náuseas y acompañado de fenómenos de esfuerzo; contracción de los músculos abdominales y de la respiración, cierre del píloro y relajación del cardias.

Según su origen podemos reconocer dos causas generales del vómito; el de origen central condicionado principalmente por la alteración de hipertensión craneana e irritación meníngea y que tiene las características de acontecer en forma súbita, con frecuencia sin la sensación de náusea y sin relación con la ingestión de alimentos o sustancias irritantes.

El vómito de origen periférico se halla relacionado con infinidad de circunstancias patológicas, orgánicas o funcionales de los órganos que tienen inervación vagal: desde la estimulación de la faringe, enfermedades del tubo digestivo y sus anexos, hasta irritación de peritoneo, diafragma, órganos de la cavidad torácica y aparato genital y urinario. También relacionado con las histerias y otras neurosis.

**HEMATEMESIS.**

Vómito de sangre fresca y roja, o digerida y negra. Es producida por el sangrado de la porción alta del tubo digestivo, que llega al estómago, pero también puede ser por deglu-

ción de sangre proveniente de lesiones diversas de la boca ,  
rinofaringe y pulmón.

#### MELENA.

Expulsión de sangre alterada sola o con heces fecales.--  
La causa más común es la úlcera péptica, la gastritis erosi -  
va, carcinoma gástrico. Casi siempre corre paralelamente a la  
intensidad del sangrado, y así en la úlcera péptica, várices-  
esofágica, gastritis erosiva y en hemorragias de origen sis -  
témico, es profusa. Las heces fecales toman un color de --  
negro a rojo, pero se podría confundirse si se ha ingerido -  
hierro, bismuto, carbón, betabel, moras, etc.

#### METEORISMO.

Es la distensión del abdomen por exceso de gas en el -  
intestino. Se denomina flatulencia a la expulsión de los ga--  
ses por el ano. Con mayor frecuencia es resultado de hiperpro -  
ducción por alteraciones en la flora intestinal, uso de anti-  
microbianos, mal equilibrio de los nutrientes, infecciones y  
parasitosis.

#### DIARREA.

Evacuación frecuente de heces líquidas o semilíquidas -  
causada por el paso demaciado rápido de los productos de la -  
digestión por el intestino; y ocurre en los trastornos sigui-  
entes:

- Estados infecciosos: Envenenamiento alimenticio, disentería bacilar, fiebre tifoidea y paratifoidea.
- Trastornos inflamatorios del intestino: Colitis ulcerativa, enterocolitis regional, diverticulitis.
- Neoplasias; Cáncer del colon descendente y del recto -
- Tensión emocional: Colon irritable.
- Defectos de absorción: Síndromes de malabsorción.

#### ESTREÑIMIENTO.

Dificultad para defecar, generalmente a causa de que las heces se tornan demasiado compactas y duras, haciendo incluso dolorosa su evacuación; y ocurre en los trastornos siguientes

- Causa psicógenas: Estreñimiento habitual, colon irritable.
- Espasmo reflejo del ano: Ulceras anales, hemorroides trombosadas .
- Obstrucción mecánica: Cáncer del colon sigmoide, megacolon congénito.

#### ICTERICIA.

Coloración amarilla de la piel, mucosa, esclerótica y secreciones debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre. Su causa puede ser:

- Hemolítica.
- Hepatocelular.
- Obstructiva.

**BIBLIOGRAFIA.**

**GASTROENTEROLOGIA CLINICA.**  
**DR. HOWARD M. SPIRO.**  
**EDITORIAL: INTERAMERICANA.**  
**SEGUNDA EDICION.**

**TEXTO DE PATOLOGIA.**  
**PELAYO CARNEA.**  
**JAVIER ARIAS STILLA.**  
**EDITORIAL. PRENSA MEDICA MEXICANA.**  
**SEGUNDA EDICION.**

**TRATADO DE MEDICINA INTERNA.**  
**BEESON MacDERMOTT.**  
**EDITORIAL: INTERAMERICANA.**  
**TOMO I Y II.**

**DICCIONARIO TERMINOLOGICO.**  
**DE CIENCIAS MEDICAS.**  
**EDITORIAL: SALVAT.**

**SIGNOS Y SINTOMAS .**  
**FISIOLOGIA APLICADA E INTERPRETACION CLINICA.**  
**MacBRYDE BLACKLOW.**  
**EDITORIAL: INTERAMERICANA.**  
**QUINTA EDICION.**

## CAPITULO XII.

### APARATO GENITOURINARIO.

Las vías urinarias están constituidas por órgano y tejidos que tienen diversas funciones. Los riñones se ocupan de la formación y excreción de orina por filtración de plasma; secreción y resorción de moléculas y pequeños iones. Los uréteres conducen la orina, por peristalsis y se vacían en la vejiga. La vejiga urinaria sirve, a la función doble de almacenamiento y evacuación. La uretra es el camino hacia el exterior y su esfínter voluntario ayuda a proporcionar el control urinario.

Los riñones son órganos pares situados en la parte alta, del retroperitoneo, por debajo del diafragma, usualmente a ambos lados de la columna vertebral, entre la 12a. vertebra dorsal y la 3ra. lumbar. Los uréteres se extienden desde la parte alta del retroperitoneo hasta la pelvis verdadera. La vejiga del adulto es extraperitoneal y está dentro de la pelvis ósea, salvo su cúpula, que cuando se distiende se puede palpar en el hipogastrio.

Se hará una relación de los síntomas y signos urogenitales, ofreciendo una breve explicación de su génesis para su mejor entendimiento y memorización:

#### HEMATURIA.

Es la existencia de eritrocitos en orina. Se clasifica, con base anatómica o etiológica. Nos ayudará a localizarla -

verificar si es inicial, total o terminal.

- Hematuria Inicial: sugiere que uretra es la fuente.
- Hematuria Terminal: Sugiere que uretra posterior, triglo no o vesícula son el origen.
- Hematuria Total: los eritrocitos están dispersos por toda la corriente urinaria, y sugiere origen en riñón o en el uréter o vejiga urinaria.

#### URETRORRAGIA.

Sangrado independiente de la micción, la lesión sangrante está situada por debajo del esfínter externo, y la sangre saldrá al exterior por acción de la gravedad, pudiendo o debiendo mezclarse con la orina en forma de hamaturia inicial, que puede ser causada por traumatismos, infecciones y tumores.

#### PIURIA.

Presencia de pus en la orina. Puede ser indicativa de un proceso renal (absceso renal), vesical o uretral. Si es de origen renal, puede faltar el dolor, que se presenta siempre en los otros casos citados; a menudo hay también fiebre. La piuria tiene la particularidad de enturbiar la orina; pero existen otras circunstancias más que pueden darle el mismo aspecto, como fosfaturia o quiluria-lipuria.

#### POLIURIA.

Aumento de la emisión de orina en 24 horas respecto -

de la cantidad normal, que oscila entre un litro o litro y medio. Puede ser debida a una ingestión de líquido o la toma de un diurético, pero también puede ser síntomas de diabetes o de alguna enfermedad renal.

#### POLAQUIURIA.

Aumento de la frecuencia con la que se emite la orina, - que no significa necesariamente poliuria.

Si se asocia a poliuria, o aumento del volumen total de orina emitida en las 24 horas, puede ser indicio de diabetes. Si por el contrario, la cantidad total de orina emitida es es casa, puede ser síntoma de retención urinaria a nivel de la vejiga debida a hipertrofia prostática. Si por, último se acompaña de dolor en la micción, es síntoma de inflamación como cistitis o uretritis.

#### OLIGURIA.

Disminución de la cantidad de orina eliminada en 24 horas, menor de medio litro.

A menudo está causada por enfermedades renales o por una excesiva retención de agua en los tejidos (edema), que acompaña a determinadas enfermedades del corazón, hígado o riñón. - Puede también verificarse temporalmente en personas sanas que han sufrido una excesiva transpiración en la estación canicular y no han bebido líquido en cantidad suficiente para reem-



plazar su pérdida.

#### ANURIA.

Ausencia de orina en la vejiga, en el que se acumula antes de su expulsión al exterior.

Puede deberse a obstrucción de los uréteres, es decir, - de los canales que unen los riñones con la vejiga, por ejem. a consecuencia de la formación de un cálculo; o bien, puede - deberse a la falta de secreción de orina por parte del riñon, (nefritis).

#### NICTURIA.

Emisión repetida de orina durante la noche. En el adulto sano los riñones producen menos cantidad de orina durante el sueño, por lo que la vejiga generalmente no tiene necesidad de vaciarse durante la noche; de hecho, la orina nocturna es mucho más concentrada que la diurna. En cambio, en muchas formas de enfermedades renales la capacidad de los riñones de concentrar la orina disminuye produciéndose un flujo constante que, diluido durante las 24 horas, obliga al individuo a - orinar también varias veces durante la noche. Se padece nicturia cuando la vejiga no es capaz de retener el volumen normal de orina, lo que puede deberse a una infección, como la - cistitis, o a una presión superior a la normal ejercida por - los órganos vecinos, como el aumento de tamaño de la próstata en el hombre o del útero en la mujer embarazada. A veces, la nicturia puede ser síntoma de diabetes.

## DISURIA.

Dificultad para la micción, será tanto la micción que se efectúa haciendo esfuerzo, como el ardor miccional o aun, la imposibilidad de orinar en un lugar público o frente a un tegtigo.

ARDOR MICCIONAL. El ardor ligado a la micción puede ser inicial, terminal o total.

- Ardor Inicial. Se presenta en el estadio agudo o sub--agudo de las uretritis anteriores, muy frecuentes de orden venéreo.

- Ardor Terminal. Es característico de sufrimiento vesical, particularmente de trígono y vertiente vesical de cuello que son comprimidos por el detrosor al contraerse en la expulsión de las últimas porciones de la orina es síntoma de inflamación o irritación y la intensidad del sufrimiento estará en relación con la extensión y -profundidad que hayan adquirido las lesiones de la mucosa.

- Ardor Duradero. Toda la micción, se presenta en las lesiones inflamatorias o irritativas que se extienden a lo largo de toda la uretra.

MICCIÓN CON ESFUERZO. Se refiere al esfuerzo, casi siempre de músculos abdominales, que tiene que hacer un enfermo para ayudarse a realizar la micción. Tiene grados variables: desde el sujeto con obstrucción uretral (estenosis, hiperplasia prostática) que tiene que pujar intensamente y adoptar -posturas favorables al esfuerzo, para vaciar su vejiga, total

o parcialmente las más de las veces (vejiga atónica, neurogénicas).

**MICCIÓN RETARDADA.** Es la que realizan enfermos con padecimientos obstructivos del cuello vesical (adenoma o carcinoma de próstata) o de la uretra (estenosis), después de un tiempo más prolongado de lo normal y durante el cual frecuentemente hacen esfuerzos o maniobras (compresiones manuales del abdomen, adopción de posturas diversas) para iniciar el vaciamiento de la vejiga.

**RETENCIÓN VESICAL.** Es la imposibilidad de vaciar la vejiga a pesar del deseo máximo y los esfuerzos que el sujeto hace para verificar la micción. Es el final obligado de toda oclusión uretral gradualmente evolutivo. Los antecedentes, al curso previo y el cuadro clínico concomitante la distingue de la anuria, que es la falta de llegada de orina de los riñones a la vejiga.

**INTERRUPCIÓN DEL CHORRO.** Es un signo que, bien observado por el enfermo y presente con más o menos insistencia, es muy sugestivo de litiasis vesical. El mecanismo de su presentación es obvio: el cálculo, libre en la vejiga, en un momento dado puede ocluir el cuello vesical impidiendo la salida de la orina, la cual se reanuda pasados unos momentos.

**MICCIÓN FRACCIONADA.** Como el anterior, bien interrogado este signo puede significar la existencia de divertículos vesicales más o menos amplios que se vacían alternativamente. El enfermo siente que ha vaciado su vejiga; pero unos momentos después vuelve a sentir deseos de orinar, vaciando una cantidad más de orina en relación con el volumen del diverti-

culo. (Si esta última presenta caracteres diferentes, como - por ejemplo ser de diferente aspecto a la primera, el dato ad quiere más valor).

Los cambios en la forma del chorro como son: el bífido, en regadera, en espiral, traducen a la existencia de secreciones de uretra anterior suficientemente espesa como para conglutinar su porción meatal o parameatal, o bien tortuosidad y otros cambios anatómicos, casi siempre postinflamatorios crónicos, en la uretra.

#### COLOR DE ORINA.

Clara, casi como agua, es la orina diluida después de be bidas copiosas. Amarilla como paja, ámbar o aceite en la diuresis medias, y más oscura, color caoba, en las diuresis redu cidas, por comidas seca o pérdida extrarrenal de agua. Los - cambios de color en la orina son por procesos patológicos, - por drogas y sustancias químicas.

#### BIBLIOGRAFIA.

UROLOGIA E INTRODUCCION A LA SEXOLOGIA.  
JAIME WOOLRICH DOMINGUEZ  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

UROLOGIA GENERAL.  
DONALD R. SMITH.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.

TEXTO DE PATOLOGIA.  
PELAYO CARNEA.  
JAVIER ARIAS STILLA.  
EDITORIAL: LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

TRATADO DE MEDICINA INTERNA.  
BEESON MacDERMOTT.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
TOMO I Y II.

## CAPITULO XIII.

## SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

La exploración del Sistema Musculoesquelético tiene por objeto coleccionar y valorar signos y síntomas que permiten determinar alteraciones morfológicas o funcionales de los músculos, de las articulaciones y sus elementos, y de los huesos del esqueleto humano. El conocimiento anatómico y funcional previo permite al clínico, saber la forma, el volumen, la actitud, postura y movimientos del organismo humano.

Las alteraciones morfológicas o funcionales del Sistema Musculoesquelético pueden ser debidas a lesiones intrínsecas, de los músculos, articulaciones y huesos; o consecutivas a lesiones de nervios y vasos o secundarias a enfermedades locales o sistémicas; Infecciones, metabólicas, degenerativas o neoplásicas. Por su exploración no puede circunscribirse a una área afectada o limitada, sino debe ser general, sistematizada y global del individuo en estudio, para elaborar el diagnóstico integral se utilizan como métodos auxiliares complementarios la radiología, el laboratorio y análisis clínicos, los electromiográficos, la anatomía patológica y la artroscopia.

En Odontología se hará hincapié en el estudio de la articulación temporomandibular y los músculos de la masticación como parte de la unidad funcional conocida como aparato masticador.

Este aparato comprende en Odontología todos aquellos componentes que integran la masticación como son: los dientes, - las estructuras que los rodean y las que sirven de soporte, - los maxilares, la articulación temporomandibular, los músculos insertados en la mandíbula, los músculos de los labios y de la lengua, así como todos aquellos que integran la cara y el cuello.

A fin de obtener la información necesaria se formularán preguntas relacionadas en primer término con los síntomas locales, siguiendo este orden:

- Comienzo de los síntomas.
- Tipo y distribución del dolor.
- Relación del dolor con el tipo de movimiento, masticación, cierre de los maxilares.
- Ruido de choque o de chasquidos en la ATM.
- Cualquier síntoma aledaño a las articulaciones temporomandibulares.

Es también esencial para el diagnóstico obtener información respecto a artritis o reumatismos en cualquier parte del cuerpo, mialgias profesionales y posturales, tensión psíquica o emocionales, esfuerzo físico y fatiga y padecimientos o trastornos generales.

La experiencia en el tratamiento anterior puede proporcionar valiosa información. El tratamiento de los trastornos funcionales pueden resultar extremadamente difícil y con frecuencia es efectuada en forma incorrecta. En considerable número de pacientes se puede encontrar también que un tratamiento defectuoso ha venido a complicar su enfermedad.

**Exploración Física.** Incluye el examen sistemático de las áreas locales (articulación temporomandibular, cabeza y cuello), ciertas observaciones de la totalidad del cuerpo y exploración radiográfica y exámenes de laboratorio cuando están indicadas.

**Areas Locales.** (ATM, cabeza y cuello). Explórese en busca de asimetría de la cara y cuello, así como de cualquier irregularidad que pudiera indicar hipertrofia o atrofia muscular, inflamación y evidencia de las lesiones traumáticas. Las cicatrices relacionadas con lesión traumática o cirugía pueden ser importantes para el diagnóstico.

Obsérvese los patrones de movimientos de la mandíbula. Las desviaciones de la mandíbula en movimientos suaves de deslizamiento, pueden estar relacionadas con interferencias oclusales, fracturas, parálisis muscular y trastornos de la ATM.

Pálpese la ATM, con los dientes en oclusión, en reposo con los maxilares completamente abiertos y durante los movimientos de la mandíbula. Los movimientos de chasquido o de brinco dentro de la articulación pueden ser sentidos aún cuando no se producen sonidos audibles. Las desviaciones de la mandíbula pueden estar relacionadas con interferencias articulares y oclusales.

Escuchese en busca de ruidos en la articulación. El choque y el chasquido pueden ser audibles cuando son graves, pero si son ligeros únicamente serán persibidos por palpación, a menos que se utilice estetoscopio.

Pálpese todo el lado de la cabeza y del cuello en busca de dolor. Una ligera percusión puede localizar áreas de ado-

lorimiento no discernibles por la palpación regular. Pálpese también los músculos que pueden ser alcanzados por vía intraoral. El dolor de los músculos, así como en las áreas cercanas a las articulaciones, resulta importante en el diagnóstico de los trastornos funcionales de las articulaciones o de los músculos.

Efectúese un análisis clínico funcional del aparato masticador. El análisis debe incluir un intento de encontrar la relación céntrica e interferencias en dicha posición, así como en las excursiones laterales y protrusivas de la mandíbula. Nótese las facetas de desgaste sobre los dientes, movilidad dentaria y cualquier indicación de oclusión traumática, inestable o desequilibrada.

Búsquese signos de bruxismo e Hiperactividad muscular. Los signos de bruxismo son los patrones de desgaste oclusal o incisal que no se adapta o no coinciden con los patrones de desgaste normal masticatorio o deglución. Estas facetas de desgaste se observan fuera de los límites normales de la función, en la punta incisiva de los caninos superiores. Por lo general son redondeadas y están colocadas sobre la superficie labial de la cúspide en vez de unirse con las facetas linguales de desgaste que se forman por la masticación. Se pueden observar también estas facetas sobre incisivos y premolares superiores, así como otros dientes. La hiperactividad muscular puede hacerse patente por contracciones espasmódicas o en corvamiento de los músculos afectados.

La exploración física debe incluir aquellas observaciones que pueden ser de valor para relacionar los trastornos -



de las articulaciones y músculos temporomandibulares con algún padecimiento de índole general.

La marcha y la postura del paciente debe ser observados en busca de signos de enfermedad ósea o articulares, trastornos musculares y padecimientos del sistema nervioso.

Observése las articulaciones de los dedos y de otras regiones en busca de signos de formas generalizadas de artritis como la reumatoide pueden afectar las articulaciones temporomandibulares.

Exploración radiográfica. Se debe disponer por lo menos de una placa en cierre y otra con la mandíbula en abertura forzada, para cada articulación. Las radiografías deben ser estudiadas en cuanto a contorno y diseño de la superficie articular del cóndilo, fosa glenoidea y tubérculo articular.

Para llegar a un diagnóstico correcto del aparato masticador se hará un estudio de los signos y síntomas de las enfermedades que afectan y causan alteraciones a este aparato.

#### SINDROME DOLOR DISFUSION.

Este síndrome se manifiesta bajo la forma de una incoordinación de los músculos mandibulares con síntomas de dolor y chasquido en la articulación, subluxación o dislocación recurrente, espasmos de los músculos masticatorios, que se caracterizan por limitación de movimientos mandibulares. Dolor en la región temporal y frontal, dolor en la región del vértice occipital y preauditiva, dolor en la parte posterior del cuello dolor en senos del arco cigomático, dolor en los dientes,

encias, paladar, sensación de ardor en la lengua, dolor irradiado hacia los hombros y espalda, dolor en los oídos y alrededor de éstos, vértigo, zumbidos, oídos tapados, falta concomitante de agudeza auditiva, dolor en el ojo y alrededor de él y visión borrosa.

#### SUBLUXACION Y LUXACION.

Se caracteriza por el trabajo súbito y la inmovilización de la mandíbula cuando se abre la boca, acompañados por la contracción espasmódica de los temporal, pterigoideo interno y masetero, con protrusión de la mandíbula. Todas las actividades que requieren del movimiento de la mandíbula, como comer o hablar son imposibles; no se puede cerrar la boca y el paciente se asusta, en especial si es la primera experiencia. A veces es capaz de reducirla por sí mismo.

#### BRUXISMO.

La persona con problemas de bruxismo realiza movimientos típicos de rechinar y apretado durante el sueño o subconscientemente durante la vigilia. Puede producir un sonido rechinante o áspero, cuando el hábito está firmemente establecido, puede haber un gran desgaste de los dientes no solo en las caras oclusales sino también en las proximales formándose verdaderas facetas de desgaste. Puede haber pérdida de integridad de estructuras periodontales, cuyo resultado es el aflojamiento y desplazamiento de los dientes hasta resección gingival con pérdida de hueso alveolar. Asimismo, aparecen trastornos en la ATM debido a lesiones traumáticas por impac-

to dental continuo sin periodos normales de reposo.

#### ARTRITIS TRAUMATICA.

Uno de los síntomas más dominantes que se presentan en la artritis traumática aguda de la ATM, es la restricción dolorosa de los movimientos de la mandíbula con cierto grado de trismus. Durante la etapa aguda es con frecuencia incapaz el paciente de efectuar contacto entre los dientes posteriores del lado afectado esto puede ser ocasionado por el edema que se presenta dentro de la ATM. Se presentarán áreas de adolorimiento en los músculos de la mandíbula cuando se practica, la palpación del área. Estos espasmos y el dolor muscular asemejan mialgias posturales y profesionales.

#### ARTRITIS REUMATOIDE.

En sus fases incipientes, puede presentar fiebre baja, pérdida de peso y cansancio. Las articulaciones afectadas están tumefactas y el paciente se queja de dolor y rigidez. El movimiento de la mandíbula durante la masticación o el habla, causa dolor y puede estar limitada a causa de la rigidez. El chasquido articular no es común pero cuando se presenta se debe a alteraciones en cartilago y menisco articular.

#### ANQUILOSIS.

El paciente puede ser no capaz de abrir su boca en medida apreciable, según el tipo de la anquilosis. En la anquilosis completa hay una función ósea con absoluta limitación de movimiento. Si la anquilosis es unilateral el mentón está desplazado lateralmente y hacia atrás en el lado afectado por

una falta de desarrollo de la mandíbula. Cuando se intenta abrir la boca el mentón desvía hacia el lado anquilozado, si es que hay alguna movilidad. La anquilosis bilateral genera el subdesarrollo de la porción inferior de la cara es decir mentón retruido y micrognático.

#### LESIONES DEL DISCO ARTICULAR.

Se caracteriza por dolor, chasquido y crepitaciones en la zona articular. Puede haber dolor cerca del final del movimiento de la apertura. El ruido articular como chasquido o cierre brusco, puede ser débil, audible solo con el estetoscopio, o tan intenso que se percibe cerca del paciente. Se puede sentir dolor apagado en el oído, o alrededor del mismo o en la zona articular, con zumbido y parestesia de la lengua, en algunas ocasiones.

#### FRACTURA DEL CONDILO.

Se acompaña por limitación del movimiento, dolor y tumefacción en la zona del cóndilo afectado, deformidad que se percibe a la palpación y pérdida de las excursiones normales de éste.

#### OSTEOARTRITIS.

Los pacientes pueden sentir un chasquido o cierre brusco en la articulación temporomandibular, pero no necesariamente dolor. El ruido probablemente se deba al movimiento articular típico resultante de la función cóndilo-disco inarmónico a causa de alteraciones en el cartílago articular.

**BIBLIOGRAFIA.****OCLUSION.****ASPECTOS CLINICOS. / INDICACIONES TERAPEUTICAS.****JOSE ABJEAN,****JEAN MARIE KORBENDAU.****EDITORIAL: PANAMERICANA.****OCLUSION.****DR. FIGURD P. RAMFJORD.****MAJOR M. ASH. JR.****EDITORIAL: INTERAMERICANA.****SEGUNDA EDICION.****1972.****DICCIONARIO TERMINOLOGICO****DE CIENCIAS MEDICAS.****EDITORIAL: SALVAT.**

## CAPITULO XIV.

## SISTEMA LINFATICO.

El Sistema Linfático es un nombre colectivo para los ganglios vasos y espacios linfáticos, quilíferos y serosos.

La linfa es un líquido claro, transparente, alcalino, - amarillo claro y opalescente, de sabor salado, que llena los vasos linfáticos. La linfa es se coagula como la sangre, se halla constituida por agua, albúmina, fibrina y sales, pero - en proporciones muy diferentes. Contiene leucocitos y en particular linfocitos, corpúsculos de grasa y accidentalmente - hematíes.

Los ganglios linfáticos cumplen la función de filtrar la linfa para separar los restos celulares, partículas extrañas, bacterias que contienen y deformar linfocitos y anticuerpos.

Los ganglios pueden agrandarse a causa de los siguientes trastornos: infecciones supuradas, provocación antigénica en la enfermedad del suero o en el lupus eritematoso diseminado, formación de granuloma en enfermedades como tuberculosis, sífilis, histoplasmosis y sarcoidosis, metástasis de neoplasias malignas como carcinomas, anomalías congénitas como linfangiomas, enfermedad de Hodgkin, linfosarcoma y leucemia linfocitaria crónica. Los ganglios que se deben examinar para verificar si están agrandados son los cervicales, posauriculares, supraclaviculares, axilares, cubitales e inguinales.

### GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA.

El grupo suboccipital está constituido por dos o tres ganglios a cada lado, situados abajo de la línea curva occipital. El grupo mastoideo comprende dos o cuatro ganglios, colocados en la cara externa de la apófisis mastoides, sobre la inserción del esternocleidomastoideo. El grupo parotideo consta de varios ganglios, unos superficiales y otros profundos, presentando uno o dos por delante del tragus, llamados ganglios preauriculares. Los ganglios del grupo submaxilar están situados por dentro del borde inferior de la mandíbula, son subaponeuróticos y corresponde a la cara externa de la glándula submaxilar en su mayoría; uno de ellos, más voluminoso, que se halla en contacto con la arteria facial, se llama ganglio de Stahr. Los del grupo suprahioides o submentoniano se hallan colocados en la cara anterior del milohioides, entre los dos vientres anteriores del digástrico. Los ganglios del grupo retrofaríngeo, situados por detrás de la farínge y por delante de los músculos prevertebrales, reciben el nombre de ganglios de Gillette.

### GANGLIOS LINFATICOS DEL CUELLO.

La cadena de ganglios carotídeos son tres: Cadena yugular interna, Cadena del nervio espinal y Cadena cervical transversa.

La cadena yugular interna comprende ganglios externos situados en la cara externa de la yugular interna, desde el vientre posterior del digástrico hasta el vientre intermedio, del anohioides. Los ganglios anteriores están separados en un grupo superior en el espacio comprendido entre el vientre pos

terior del digástrico y el tronco tirolinguofacial; un grupo, medio que se encuentra situado entre el tronco tirolinguofacial y el omohioideo y que a menudo sólo posee un ganglio sobre el tendón del omohioideo, denominado ganglio supraomohioideo; y un grupo inferior compuesto de uno o dos ganglios situados abajo del omohioideo.

La cadena del nervio espinal. Va de la parte superior del esternocleidomastoideo hasta la cara profunda del trapecio, y esta formado por ocho o diez ganglios que se alojan por fuera de la rama externa del nervio espinal.

La cadena de la arteria cervical transversa, comienza al nivel de la cadena del nervio espinal y se extiende hasta el confluente venoso de la yugular interna y la subclavia; comprende esta cadena de dos a diez ganglios.

En el cuello se consideran como cadenas accesorias a la cadena yugular externa, compuesta de seis y ocho ganglios situados a lo largo del borde posterior del esternocleidomastoideo. La cadena cervical anterior superficial comprende ganglios inconstantes que siguen el trayecto de las venas yugulares anteriores.

#### LINFOMA.

Es un tumor formado de tejido linfoide o adenoide, con tendencia a la generalización.

#### LINFONODITIS.

Es la inflamación de un ganglio linfático.



### LINFOPATIAS.

Es un término general para las enfermedades del Sistema Linfático.

### LINFOPATIA ATAXICA.

Es la tumefacción súbita de los ganglios linfáticos, que se observa algunas veces asociada con las crisis dolorosas de la tabes dorsal.

### LINFADENOMA SEBACEO.

Se han encontrado en personas de mediana edad o mayores. Son de consistencia dura, encapsulado y, al corte de color - gris amarillento.

### ADENOLINFOMA.

También llamado Cistadenolinfoma papilar, es un tumor de las glándulas salivales, es sólido, quístico o papilamentoso. Forma el mayor grupo de los adenomas monoformes y posee tres características peculiares:

- El componenete epitelial está siempre rodeado de tejido reticular y linfático.
- Es el único tumor de las glándulas salivales que se produce con frecuencia bilateralmente.
- Es más frecuente en los hombres.

El curso clínico se caracteriza por el lento crecimiento. Los tumores, con frecuencia son bilaterales, se hallan sobre todo en las regiones superficial o marginal de la glándula parótida.

### LINFANGIOMA.

Son tumores benignos. Clínicamente, los linfangiomas orales se diferencian de los hemangiomas por ser incoloros o azules. Son de consistencia blanda e indoloros y no poseen características clínicas precisas. Si se afecta la lengua, una macroglosia puede ser el signo inicial.

### LINFOPATIA VENEREA.

También llamado linfogranuloma inguinal. Se trata de una enfermedad venérea debida a un virus filtrable. En el foco de inoculación aparece una vesícula primaria que va seguida de dos o tres semanas de adenopatía regional dolorosa, malestar, escalofríos y una fiebre ligera. La adenopatía inicial aumenta y termina abriéndose los ganglios, dejando escapar pus amarillo.

En las manifestaciones bucales, se presenta una tríada sintomática frecuentemente formada por: iritis, aftas y lesiones perianas. Muchos de estos enfermos presentan lesiones amigdalinas ulceradas, parecidas a la angina de Vincent.

La lengua es un foco común de lesiones bucales, estas consisten en pequeñas úlceras superficiales ligeramente dolorosas con bordes blandos, que se presentan en la punta de este órgano. En los casos de larga duración existen zonas de retracción cicatrizal, con pequeñas áreas de color rojo obscuro donde se pierde el epitelio superficial y aparecen pápulas inquenoideas opacas y grisáceas. Es común encontrar al mismo tiempo disfagia, enrojecimiento del paladar blando y pequeñas lesiones granulomatosas rojas acompañadas de linfadenomatía regional.

### ENFERMEDAD DE HODGKIN.

Se caracteriza por un crecimiento lento, indoloro y progresivo de los ganglios linfáticos y de los órganos del sistema retículo endotelial, con fiebre, anemia y alteraciones del estado general.

Habitualmente el inicio de la enfermedad es progresivo.- Antes de la palidez y la fiebre, pueden aparecer un absceso - alveolodental, una fiebre exantemática aguda o una infección, respiratoria alta.

Los ganglios linfáticos pueden ser duros o blandos, según la etapa de la enfermedad. Permanecen aislados, y no - tienden abrirse al exterior.

La presión que ejercen los ganglios linfáticos y los órganos retículo endoteliales hipertrofiados sobre estructuras vecinas pueden producir diversos síntomas. Es común la ron- - quera por compresión de los nervios laríngeos recurrentes y - muchos enfermos se quejan además de dificultades de deglu- - sión.

## HEMATOLOGIA.

La sangre es un líquido rojo, espeso, circundante por el sistema vascular sanguíneo, formado de un plasma, incoloro, - líquido, compuesto de suero y fibrinógeno, y de elementos sólidos en suspensión: glóbulos rojos, eritrocitos o hematíes, glóbulos blancos o leucocitos de distintas clases y plaquet--tas. El peso del total de la sangre equivale aproximadamente, al 1/13 del peso del cuerpo.

### ANEMIA.

Literalmente se define como falta de sangre, y clínica--mente, disminución de la masa de sangre o de algunos de sus - componentes, especialmente glóbulos rojos o hemoglobina.

Es un estado en que el número o la calidad de los eritrocitos circulantes se encuentran abajo de los límites normales de acuerdo a la edad y sexo del paciente. Es el resultado de la alteración del equilibrio hamatopoyético y puede ocurrir - cuando la producción de las células se ha reducido en su cantidad o en su calidad, cuando hay pérdidas anormales o bien - cuando hay mayor destrucción, sin que la médula pueda compensar el estado.

Se han clasificado las anemias y el objeto es el de esta--blecer la etiología de estas, o por lo menos, en los casos en que es desconocida, reconocer el mecanismo causal.

### ANEMIA HIPOCROMICA.

Puesto que la mayoría de los casos de este tipo se debe

a deficiencia de hierro en suero, la capacidad de fijación de la proteína transportadora y el índice de saturación.

#### ANEMIA MACROCITICA.

Esta condición comunmente se debe a deficiencias de vitamina B12 y/o ácido fólico. Para precisar la situación se requiere del estudio de la médula ósea.

#### ANEMIAS NORMOCITICO-NORMOCROMICAS.

En estas, la sintomatología y el diagnóstico del padecimiento causal suelen precisar la situación. Sin embargo como en algunos casos, como en la insuficiencia medular, se requiere del estudio de la médula ósea y eventualmente de la estimación de la sobrevivencia de los eritrocitos, para formar el criterio diagnóstico y terapéutico.

#### HEMORRAGIAS.

La hemorragia es una salida más o menos copiosa de sangre de los vasos por rotura accidental o espontánea.

#### HEMOFILIA.

Es una tendencia congénita y hereditaria de las hemorragias espontáneas y traumáticas, por trastornos de coagulación de la sangre; es exclusiva del sexo masculino, pero se transmite por la madre.

#### EPISTAXIS.

Hemorragia por las fosas nasales.

#### HEMOPTISIS.

Es una expectoración de sangre en cantidad mayor o menor

**PURPURAS.**

Es una afección caracterizada por la formación de manchas rojas de la piel, constituidas por pequeñas extravasaciones sanguíneas subcutáneas.

**LEUCEMIA.**

Enfermedad grave caracterizada por el aumento permanente del número de leucocitos hemáticos y la hipertrofia y proliferación de uno o varios tejidos linfoides.

**BIBLIOGRAFIA****PATOLOGIA ORAL.**

THOMA.

ROBERT J. GORLIN.

HENRY M. GOLDMAN.

EDITORIAL: SALVAT.

**MEDICINA BUCAL.**

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

DR. LESTER W. BURKET.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

SEXTA EDICION.

**DICCIONARIO TERMINOLOGICO**

DE CIENCIAS MEDICAS.

EDITORIAL: SALVAT.

**PROPEDEUTICA MEDICA.**

DR. JOHN A. PRIOR.

DR. JACK S. SILBERTEIN.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

TERCERA EDICION.

**PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.**

MITCHELL DAVID F.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

SEGUNDA EDICION.

**PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.**

MANUEL ORTEGA CARDONA.

EDIT. Y DISTRIBUIDOR: FRANCISCO MENDEZ C.

DUODECIMA EDICION.

## CAPITULO XV.

## SISTEMA NERVIOSO.

Del Sistema Nervioso Central parten todas las órdenes que se difundirán por el Sistema Nervioso Periférico, hasta los lugares en donde deben de cumplirse.

Pero también el sistema nervioso central capta la sensibilidad que se recoge en todo nuestro organismo, tanto en lo que respecta a la vida de relación como a la vida vegetativa.

La vida de relación es la vida consciente. Vida voluntaria que está sujeta al mando, al deseo de nosotros. Mientras que la vida vegetativa es completamente inconsciente.

El sistema nervioso central va a ser estimulante tanto para la vida de relación, como para la vida vegetativa. Al mismo tiempo que un receptor de los estímulos externos e internos. Y por último el instrumento de la razón y del entendimiento.

La exploración del sistema nervioso, desde el punto de vista neurológico, comprende el estudio de las siguientes funciones:

- Movilidad.
- Tonicidad Muscular.
- Reflejos.
- Sensibilidad.
- Troficidad.

## - MOVILIDAD.

La movilidad tiene tres formas:

## 1. MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS.

Como su nombre lo indica, son aquellos independientes de la voluntad del que los presenta.

Estos movimientos revelan siempre una anormalidad, aunque no en todos los casos es un estado patológico; hay por ejemplo personas temblorosas lo que es anormal, sin que se pueda demostrar en ellas la existencia de ninguna enfermedad.

### CONVULSION.

Son movimientos producidos por contracciones musculares violentas e involuntarias, pueden ser: Tónicas y Clónicas.

- Tónicas: Cuando la contracción muscular es permanente, ocasionando un estado de rigidez durante todo el tiempo que dura la convulsión.

- Clónicas: Cuando la contracción sufre intermitencias rápidas, dando por resultado un movimiento que se asemeja a un temblor violento. En todo caso, el carácter distintivo de las convulsiones es la brusquedad.

Son las crisis convulsivas el síntoma fundamental de la Epilepsia, que son producidas por excitación anormal de las vías piramidales.

### TEMBLORES.

Son movimientos involuntarios que resultan de la contracción de grupos musculares opuestos, la cual produce movimientos rítmicos o alternos de una articulación o grupo de articulaciones.

- Temblores de Actividad o Cinética: Se presentan cuando el enfermo ejecuta algún movimiento voluntario, el temblor en



estos pacientes dificulta sus movimientos, y en especial los que requieren precisión.

- Temblores de Reposo: En estos casos el temblor sólo se presenta cuando el paciente está en reposo y desaparece cuando ejecuta algún movimiento voluntario.

#### MOVIMIENTOS COREIFORMES.

Estos son extraordinariamente variables, sin propósitos, groseros, rápidos y bruscos; ellos comienzan súbitamente y no muestran ritmicidad. Los movimientos coreiformes son debidos usualmente a una afección de los ganglios basales. Estos movimientos son de distribución variable y pueden ocurrir durante el sueño.

#### MOVIMIENTOS ATETOIDES.

Estos son continuos, arrítmicos, lentos y semejantes a los de un gusano; ellos son siempre los mismos en el mismo paciente y cesan sólo durante el sueño. Los músculos están siempre hipertónicos y pueden mostrar fases espasmódicas transitorias. Estos manifiestan lesión de alguna porción del sistema extrapiramidal.

#### MOVIMIENTOS DISTONICOS.

La distonía está caracterizada por contorsiones abigarradas del cuerpo y tronco, siendo hipertónicos algunos músculos. La distonía usualmente se refiere a espasmos móviles de los músculos axiales y proximales de las extremidades, esta patología se debe al sistema extrapiramidal.

## TICS O ESPASMOS POR HABITO.

Estos son movimientos breves, recurrentes, inapropiados, estereotipados y compulsivos que afectan un pequeño segmento del cuerpo. Frecuentemente son de origen psicógeno.

Los tics pueden ser controlados brevemente por voluntad, pero entonces tienden a ser seguidos por contracciones más intensas.

## 2. MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS.

En el movimiento voluntario estudiamos su posibilidad, amplitud, fuerza y coordinación; los signos referentes a los tres primeros caracteres del movimiento voluntario; nos revelan perturbaciones de la misma naturaleza, con diferencia sólo de grado; las alteraciones de la coordinación revelan un trastorno neurológico de distinta calidad.

## ACINESIA.

Es la imposibilidad de movimiento y hay que determinar cuál es su causa: falta de contracción muscular, dolor, lesión ósea o articular, que ocasionan los movimientos voluntarios.

## PARALISIS.

Se le llama a la falta de contracción muscular voluntaria, e indica lesión y alteración funcional de la vía motora, en cualquiera de sus partes: celular, vía piramidal, cuerno anterior de la médula, raíz anterior, nervio motor periférico o muscular.

### 3. MOVIMIENTOS PASIVOS.

Los movimientos pasivos son a veces casi imposibles, frecuentemente son muy difíciles y de escasa amplitud; el explorador siente, cuando los ejecuta en el enfermo, la resistencia que oponen los músculos, la que puede ser vencida si se procede sin brusquedad. Todas estas manifestaciones de deben a la alteración del tono muscular.

#### - TONICIDAD MUSCULAR.

El tono muscular es un estado de contracción ligera de los músculos dependiente de la integridad de los nervios y sus conexiones centrales, así como de las complejas propiedades de los músculos como: contractilidad, elasticidad, ductilidad y extensibilidad.

Los músculos atónicos son blandos y colgantes.

Los músculos hipertónicos son rígidos y espásticos.

#### - REFLEJOS.

Son mecanismos innatos estímulo-respuesta. La porción nerviosa esencial de un reflejo incluye una neurona sensitiva y una neurona motora. La interrupción del arco reflejo en cualquier punto anula la respuesta. Los reflejos se dividen en 4 grupos:

- Reflejos Superficiales (cutáneos o mucosos). Provocado por un estímulo en la superficie del cuerpo.
- Reflejos Profundos (o miotáticos). Producido por la irritación de un tejido u órganos profundos.
- Reflejos Viscerales (u orgánicos). Provocado por el estímulo de una víscera.

- Reflejos Patológicos (o anormales). Dependiente de un estado morboso, que puede servir como signo de una enfermedad.

La disminución o falta de estos reflejos puede ser el resultado de cualquier lesión que interrumpa el arco reflejo, - por ejemplo, enfermedad de los nervios periféricos, afección de las columnas posteriores de sustancia gris medular y enfermedad cerebelosa. Los reflejos hiperactivos también ocurren en el envenenamiento por estricnina y en algunos trastornos funcionales.

#### - SENSIBILIDAD.

Es la facultad de sentir o percibir las impresiones transmitidas, internas o externas.

DOLOR. Puede ser localizado o difuso, constante o intermitente urente, fulgurante, terebrante, agudo, sordo, lanceante etc... los dolores son usualmente muy intensos.

PARESTESIA. Consiste en sensaciones anormales, entumecimiento, picazón y hormigueo (sensaciones formicantes).

ANESTESIA. Pérdida completa de la sensibilidad.

HIPESTESIA. Disminución de la sensibilidad.

HIPERESTESIA. Incremento de la sensibilidad táctil.

ALAUQUESTESIA (ALQUIRIA). Una sola estimulación se percibe desplazada, a través de la línea media, a una región homóloga.

SINESTESIA (SINQUIRIA). Con una sola estimulación se perciben dos sensaciones, una bien localizada y la otra que aparece en una área en la cual hay disestesia o dolor urente, o en el lado opuesto del cuerpo.

ANALGESIA. Pérdida completa de la sensibilidad al dolor.

HIPOALGESIA. Disminución de la sensibilidad al dolor.

HIPERALGESIA. Incremento de la sensibilidad al dolor.

ASTEREOGNOSIA. Incapacidad para reconocer objetos familiares por el sentido del tacto (no existiendo anestesia).

ATOPOGNASIA. Incapacidad para localizar los estímulos táctiles.

BARAGNOSIA. Incapacidad para distinguir pesos diferentes

Las perturbaciones de la sensibilidad nos hacen conocer, una lesión y un trastorno funcional de las fibras nerviosas sensitivas.

Cuando se encuentra alguna anormalidad se debe tratar de localizar bien y aún limitar las zonas de anormalidad con un lápiz dermatográfico, con lo cual se podrá referir la lesión, al nervio, raíz o segmento medular, a la que corresponde la zona de distribución de la anormalidad.

#### - TROFICIDAD.

Los cambios tróficos o nutricionales forman una parte importante de la sintomatología en muchos padecimientos neurológicos. Ellos pueden aparecer en la piel, uñas, tejidos subcutáneos, músculos, huesos y articulaciones.

Aunque usualmente se ha hecho hincapié en una base neurológica como factor primordial de la producción de cambios tróficos, aparentemente también intervienen otros factores. Estos incluyen la inactividad, irrigación sanguínea, elementos nutricionales, dieta y vitaminas, drenaje linfático y actividades endocrinas.

## BIBLIOGRAFIA.

NEUROANATOMIA CORRELATIVA.

JOSEPH G. CHUSID.

EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.

CUARTA EDICION.

1977.

NEUROLOGIA CLINICA.

JOSE NAVA SEGURA.

EDITORIAL: IMPRESIONES MODERNAS.

TERCERA EDICION.

1978.

NEUROANATOMIA FUNCIONAL, SINDROMES NEUROLOGICOS.

JOSE NAVA SEGURA.

EDITORIAL: IMPRESIONES MODERNAS.

SEXTA EDICION.

1974.

PROPEDEUTICA MEDICA.

DR. JOHN A. PRIOR.

DR. JAKC S. SILBERTEIN.

EDITORIAL: INTERAMERICANA.

TERCERA EDICION.

## CAPITULO XVI.

### EXAMEN MENTAL.

Dentro de la Historia Clínica del paciente, merece especial atención la exploración de las condiciones mentales, cuyo conocimiento y registro debe hacerse del mismo modo que los datos meramente físicos.

Se dice (según San. MARTIN), que salud mental es la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente Físico-Social.

Implica también desarrollo de la personalidad de tal forma que tenga plena realización de sus potencialidades y una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus impulsos instintivos. La salud mental tiene factores biológicos socioculturales y psicológicos y no permanece estática.

Así como para el examen físico se procura seguir una secuencia establecida, así el examen mental tiene áreas a explorar, algunas cuyas alteraciones se hacen evidentes a la simple inspección y otras cuya detección requieren un mayor conocimiento.

Areas a explorar:

#### ORIENTACION.

Es la función mental que implica la noción de la propia personalidad, del cuerpo, del tiempo y el espacio en que se encuentra el individuo. Los trastornos de orientación se ma-

nifiestan por inadaptación de la persona a su medio, (desubicación).

#### CONCIENCIA.

Es el conocimiento interior de la propia existencia y sus modificaciones. Se dice de una persona que está conciente solo si esta despierta aunque la conciencia así entendida, comprenda tres grados:

CONCIENCIA CLARA	Conocimiento real y preciso.
OBNUBILACION MENTAL	Desconocimiento incompleto.
CONFUSION MENTAL	Conocimiento incompleto de la existencia.

#### PENSAMIENTO.

Función de asociación y comparación de ideas con capacidad de analizar y sintetizar.

Lo integran tres factores: Curso, Contenido y Forma.

Alteraciones del Discurso.

FUGA DE IDEAS. Ideación superficial que por estímulos externos se aparta de la finalidad principal para ocuparse de términos secundarios.

DISARTRIA. Lenguaje arrastrado y lento.

INCOHERENCIA. Lenguaje saltón sin conexiones lógicas y asociativas, por lo cual aparecen contenidos mentales no relacionados.

BRADIPSIQUIA. Ideación pobre y lenta con fijación al tema principal.

BLOQUEO. Ideación interrumpida por poco tiempo (sin pérdida de la conciencia) y se reinicia el lenguaje con otro tema.



**AUSENCIA.** Similar al anterior pero con pérdida de conciencia y reiniciando el discurso sobre el tema interrumpido.

**PERSEVERANCIA.** Repetición de los mismos contenidos del pensamiento.

**PROLIJIDAD.** Ideación detallista que hace que se pierda la finalidad del discurso.

Trastornos de contenido de Pensamiento.

**IDEAS OBSESIVAS.** Se imponen y no se alejan del pensamiento a pesar de reconocerse como absurdas, enfermizas y torturantes.

**FOBIAS.** Representación de un estado angustioso con aumento de actividad del sistema nervioso vegetativo ante determinado objeto y/o situaciones.

**SOBREVALORACION DE IDEAS.** Megalomanías, ideas críticamente condicionadas que dominan en forma unilateral y subjetiva.

**IDEAS DELIRANTES.** Evidencia resultante de una necesidad afectiva, que aún siendo objetivamente erróneas es irreducible mediante argumentos o experiencias contrarias (habitualmente aparecen como ocurrencia o resultados de falsa interpretación).

**DELIRIO.** Se entrelazan diversas ideas delirantes.  
Ideas de Daño + Ideas de Perjuicio + Ideas de referencia = Delirio de persecución.

**INTELIGENCIA.**

Es la facultad de conocer, pensar y comprender, incluye capacidad de adaptación, reflexión y capacidad de aprovechar, las experiencias en beneficio propio y ajeno. No confundirla

con memoria o imaginación aunque esta ligada a ellos íntimamente. Para evaluarla se usan Test con reactivos de distintas clases (orales, visuales, mecánicos).

El grado de inteligencia C.I. se obtiene de dividir la edad mental entre la edad cronológica y para evitar decimales se multiplica por 100.

Generalmente se obtienen éstos resultados en una población heterogénea:

CLASIFICACION.	C.I.	PORCENTAJE.
GENIAL	140 o más	1
SUPERIOR	120 - 139	10
SOBREPROMEDIO	110 - 119	16
PROMEDIO	90 - 109	46
BAJO PROMEDIO	70 - 89	24
DEBILES MENTALES SUPERFICIALES	60 - 69	2
DEBILES MENTALES PROFUNDOS	59 o menos	1

#### MEMORIA.

Facultad mental para registrar, retener y reproducir impresiones recibidas. En cada paso puede haber alteraciones que nos dan manifestaciones de anormalidad.

DISMNESIAS. Incapacidad de fijación (niños y ancianos).

AMNESIA. Incapacidad de recordar vivencias incluso las fijadas en los recuerdos.

HIPERMNESIAS. Reviviscencias excesivas del recuerdo.

PARAMNESIAS. Falsos recuerdos, confusión mental.

#### ATENCION.

Facultad para concentrar el pensamiento en forma intensa sobre una situación u objeto. Puede ser voluntaria o involun

taria. Presenta fenómeno de fatiga porque esta determinada por condiciones Fisiológicas.

**HIPERPROSEXIA.** Atención dispersa y no concentrada por dirigirse a varios objetos a la vez.

**HIPOPROSEXIA.** Disminución del potencial de acción.

**DISPROSEXIA.** Lentitud, dificultad y débil atención.

#### **AFECTIVIDAD.**

Capacidad para registrar emociones y sentimientos en forma de gozo o tristeza, alegría, miedo, etc. Los grados de afectividad van desde: Extasis, júbilo, alegría, inafectividad, tristeza, depresión y llegan hasta la despersonalización.

#### **CONDUCTO MOTOR Y EXPRESION.**

Son las actividades orgánicas conscientes o inconscientes del individuo y pueden revelar una lesión neurológica.

Trastornos: - De movimientos adaptativos, ademanes.  
- Del lenguaje, Dislalias, Disartrias.  
- De postura, "Poses".  
- Patrones de conducta anormal, Furor, Hiperquinesia.

#### **SENSOPERCEPCION.**

Función perceptiva de los sentidos. Los trastornos pueden ser:

**ILUSIONES** Percepciones equivocadas del estímulo.

**ALUCINACIONES** Percepciones distintas del estímulo original. Pueden ser: Visuales, Olfatorias Gustativas, Auditivas y Senestésicas.

## · BIBLIOGRAFIA.

MANUAL DE PSIQUIATRIA.

PHILIP SOLOMON.

VERMAND PALCH.

EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.

SEGUNDA EDICION.

NEUROANATOMIA CORRELATIVA.

JOSEPH G. CHUSID.

EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.

CUARTA EDICION.

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA.

EDITORIAL: FONDO DE LA CULTURA ECONOMICA.

### CONCLUSIONES.

La importancia de detectar alteraciones fisiológicas y/o anatómicas, son de gran valor para un tratamiento quirúrgico, por las complicaciones que se pueden presentar durante o después de la intervención, considerando de ésta manera la importancia individual y en conjunto de cada aparato o sistema.

El odontólogo por lo general no toma en consideración las patologías que presenta el paciente, como para poder tomar una experiencia de ellos.

Considerando así una mayor atención para todo aquel paciente el cual se le dará un tratamiento integral y principalmente aquellos que se programen para una intervención quirúrgica, ya que el consultorio dental ofrece abundante material clínico al observador.

Si llegásemos a encontrar alteraciones en uno o más aparatos o sistemas, podemos decidir mandar al paciente al médico general o a un especialista para que siga la valoración del tratamiento así como del padecimiento, otorgándonos bases más firmes para nuestro tratamiento ya sea farmacológico, preoperatorio, y así tomar las precauciones necesarias si se presentará algún percance.

El odontólogo tiene la responsabilidad de reconocer a través de una Historia Clínica adecuada y mediante el empleo de técnicas de solución en el laboratorio, no solo al paciente con tendencias hemorrágicas que causan problemas leves y molestos, sino también a los que presentan graves

avitaminosis y enfermedades hemorrágicas, así como discrasias sanguíneas adquiridas o hereditarias que pueden hacer peligrar su vida.

El odontólogo es responsable ante su paciente por la solución satisfactoria y el tratamiento correcto de las complicaciones que puedan acarrear un procedimiento que él ha iniciado .

De ésta manera una vez que se aprende a reconocer y evaluar las enfermedades con sus signos y síntomas es asombroso el número de pacientes que encontramos con las consiguientes evaluaciones apropiadas y de la modificaciones del tratamiento dental y a los cuales de otro modo se les habría considerado sanos y normales.

## CAPITULO XVII.

## EXAMENES DE LABORATORIO.

El único medio para establecer un diagnóstico correcto es practicar una exploración del enfermo con un método perfecto. Para ello disponemos de los métodos de análisis fisicoquímicos, y se les acostumbra llamar métodos de laboratorio.

Además la Historia Clínica y de la Exploración Física, debe llevarse a cabo cualquier examen de laboratorio que se considere necesario, basándose en los detalles de la historia y exploración física.

Como todos los signos de exploración, los datos de laboratorio tiene su jerarquía y es preciso situarles en el plano que les corresponden al hacer el razonamiento diagnóstico. Lo importante es recordar que este diagnóstico jamás será la suma resultante de todos ellos, aunque a los mismos se añadan, los datos de exploración clínica.

Cuando la Historia Clínica y la exploración física indican un problema médico de tal naturaleza que se requiera una investigación completa, el odontólogo decidirá mandar al paciente a un médico general o a un especialista para que prosiga la valoración del padecimiento. Por otra parte se pueden ordenar estudios de laboratorio simplemente para obtener la información adicional necesaria o como análisis preoperatorio para el tratamiento. Por ejemplo: Los exámenes más utilizados en odontología son: Biometria Hemática, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangrado, Tiempo de Protrombina, Química -

Sanguínea (urea, glucosa, y creatinina).

Si el análisis de Química Sanguínea, reportan que el paciente tiene diabetes alta, se puede mandar a corroborar con el análisis de curva de tolerancia a la glucosa.

#### BIOMETRIA HEMATICA.

Hemoglobina. La concentración normal en sangre oscila - alrededor de los 15 g por 100 ml. Aparte de estos valores - promedio, los límites normales son 13.5 a 18 g/100 ml en el varón y de 11.5 a 16.4 g/100 ml en la mujer.

Hematocrito. Valor hematocrito o volumen globular. Representa la proporción de glóbulos rojos a plasma, en la sangre circulante, y se expresa en volúmenes por ciento.

Normalmente, en el adulto las cifras oscilan entre 36 y 50 %, con una media de 43 %, las cifras extremas en el varón son de 43 a 49 %, mientras que en la mujer van de 35 a 45 %.

El valor hematocrito alto puede depender de una poliglobulina o de una disminución del volumen plásmatico por pérdidas acuosas importantes, como en la deshidratación primaria o secundaria, en el shock, en quemaduras. Se encuentra valor - hematocrito reducido en todas las anemias.

Fórmula leucocitaria. Leucocitos. Normalmente de 6000 a 10 000 leucocitos por  $\text{mm}^3$ .

Los valores normales de los distintos leucocitos, en su proporción relativa - fórmula leucocitaria porcentual - y en cifras absolutas por  $\text{mm}^3$ , son los siguientes:



	Proporción Relativa	Valores. Absolutos
Neutrófilos segmentados.....	55 - 65%	3000 - 5000
Neutrófilos en cayado.....	3 - 5%	150 - 400
Eosinófilos .....	0.5 - 4%	20 - 350
Basófilos .....	0.5 - %	10 - 60
Monocitos .....	4 - 8%	100 - 500
Linfocitos .....	25 - 35%	1500 - 4000

Durante las infecciones y en toda reacción general de agresión, la fórmula muestra variaciones según la fase en el tiempo, la virulencia del agente y la resistencia del organismo.

Es importante tener en cuenta que las variaciones en la fórmula pueden resultar engañosas si la cifra total de leucocitos es superior o inferior a la normal. Por eso interesa conocer, no solo la proporción porcentual, sino, además los valores absolutos y de cada estirpe celular.

#### TIEMPO DE COAGULACION.

El tiempo normal de coagulación es de 3 a 5 minutos. Es la prueba de las siátesis hemorrágicas plasmopáticas o "cagulopatías". Indica el estado de los factores plasmáticos -- que intervienen en el mecanismo de la coagulación (globulina-antihemofílica, protrombina, fibrinógeno, etc.), o que la dificulta (antitrombina, etc.), aunque hay que resaltar su escaso valor, ya que se mu estra normal en muchos casos en que esos factores están alterados, es una prueba poco sensible, -- que solo se detectan las diátesis pronunciadas.

El tiempo es alargado en las carencias de algunos de los factores plasmáticos de la hemocoagulación, en los síndromes por anticoagulantes y en los estados de desfibrinación o coagulopatías por consumo: En hemofilia por anticoagulante circulantes, en parahemofilia, por carencia de vitamina K, por déficit de absorción.

#### TIEMPO DE SANGRADO.

El tiempo normal de sangrado, con la técnica de Duke es de 2 a 5 minutos. Depende principalmente del número y eficiencia de las plaquetas y de la contracción capilar.

El tiempo es alargado en la diátesis hemorrágicas de tipo trombopático. En las trombopenias sintomáticas: Infecciosas, alérgicas, mielopáticas, esplenopáticas.

También en la púrpura trombopénica fulminante de los niños, en las tromboastenias o trombopatías hereditarias, en la insuficiencia hepática grave y en la afibrinogenemia.

#### TIEMPO DE PROTROMBINA.

Es un tiempo de coagulación en condiciones especiales: - se ha hecho incoagulable la sangre con citrato, y el plasma - así separado, se calcifica y se le añade un exceso de trombo-plastia tisular, con lo que la coagulación depende directamente de la presencia de los activadores del sistema extrínseco.

El tiempo normal es de 10 a 20 segundos. Se alarga normalmente y en pequeño grado en pacientes que presentan sudoración profusa por altas temperaturas ambientales y patológicamente por: Carencia de vitamina K. por déficit de absorción - de dicha vitamina, por antagonismo químico con la vitamina K,

hipoprotrombinemia. En la ausencia de fibrinógeno, en la parahemofilia, en los déficit de factor estable.

#### QUIMICA SANGUINEA.

GLUCEMIA. Su valor normal oscila entre 80 a 120 mg por 100 ml, según los métodos clásicos de Hegerdorn-Jensen.

Antes de enjuiciar como normal o patológico un resultado de glucemia, se debe indagar si se trata de glucemia verdadera o no; pues pueda existir hiperglucemia fisiológica transitoria, de escaso grado y no seguida de glucosuria, se observa en las excitaciones psíquicas, esfuerzos musculares, por exposición a baños calientes, y a veces en el período menstrual.

También se observa hiperglucemia en la diabetes sacarina genuina o pancreática, en los síndromes diabetoïdes extrainsulares, sintomáticos de otras endocriopatías como: hipofisarios (acromegalia, enfermedad de Cushing), suprarrenal (síndrome adrenogenital, síndrome de Cushing), tiroideo.

Encontramos hiperglucemia en estados febriles, en infecciones agudas, en encefalopatías, en intoxicaciones, en infarto al miocardio, en insuficiencia hepática y en pancreatitis agudas.

Podemos encontrar hipoglucemia en esfuerzos musculares agotadores, por neoplasia pancreática, en tratamiento insulínico, en insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison, síndrome de Waterhouse-Fröderichen), en tiroidismo, en afecciones hipofisarias, en afecciones hepáticas, en trastornos de nutrición y digestivos, en afecciones nerviosas.

UREA. Normalmente de 20 a 30 mg por 100 ml como término medio, pero en ciertos casos, todavía normales, se registran

cifras algo inferiores o superiores.

La urea alta o hiperazoemia sólo puede considerarse como tal la que supera los 50 mg.

La urea alta nefropática o urológica es el signo humoral más simple de la insuficiencia renal orgánica y constituye la uremia genuina clínica. La uremia aguda va acompañada de anuria y oliguria con orina densa. La uremia crónica con cantidad normal de orina o con poliuria compensadora corresponde a lesiones renales avanzadas e irreversibles.

#### ACIDO URICO.

El suero contiene normalmente 3 - 5 mg % con tendencia a cifras superiores en el varón respecto a la mujer.

Se va a encontrar hiperuricemia en la gota como hallazgo típico, por defectos de eliminación (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca). Por exceso de producción en los procesos con catabolismo purínico exagerado procedente de la desintegración nuclear masiva.

La hipouricemia que es de menor valor clínico se debe a: Hemodilución (aumento del volumen del plasma en relación al de los glóbulos rojos), por producción disminuida, por eliminación renal aumentada, por trastorno tubular.

#### CREATININA.

Las cifras normales oscilan entre 0.5 y 1.3 mg por 100ml en el hombre y 0.4 y 1.1 en la mujer. Es proporcional a la masa muscular del cuerpo. Sus elevaciones suelen ir parejas con las de la urea, aún cuando en general son más tardías. Tiene particular interés diagnóstico y pronóstico como en -

los siguientes casos: Nefropatías, en obstrucciones urinarias. En el gigantismo y en la agromegalia hay discretas elevaciones.

#### BILIRRUBINA.

Corresponde a un índice normal de .4 a .6 mg por 100 ml.

La hiperbilirrubinemia constituye el substrato humoral de toda ictericia. El aumento de la bilirrubina tiene lugar siempre que se libere un exceso de hemoglobina o se retenga la bilirrubina formada en proporción normal, por insuficiencia funcional hepática o por un obstáculo en las vías biliares. La hiperbilirrubinemia se traduce en ictericia (pigmentación de la piel y mucosas), a partir de una concentración superior a 1.6 mg por 100 ml en los casos de origen hepático o biliar, requiriéndose cifras mayores para que se manifieste en ictericia una hiperbilirrubinemia de origen hemolítico

#### ACIDOS BILIARES.

Valores normales de 1.6 a 9.2 micromol/l. No se alteran las cifras en la ictericia hemolítica. Aumentan los ácidos biliares en el suero de los enfermos con insuficiencia hepática, ictericos o no (hepatitis crónica, cirrosis alcohólica, cirrosis biliar primaria, etc.).

## CITOLOGIA EXFOLIATIVA BUCAL.

La citología exfoliativa se refiere a la obtención de células descamadas de los epitelios y de los tejidos para su examen microscópico.

En la actualidad se emplea la técnica del frotis citológico con fines diagnósticos y para selección sistemática de pacientes con lesiones bucales de diversos tipos. Cuando se recurre a este método es importante definir muy claramente sus indicaciones y limitaciones.

### CONTRAINDICACIONES DE LA CITOLOGIA BUCAL.

La citología exfoliativa no está indicada cuando el cáncer es evidente, ya que estos enfermos deben remitirse sin pérdida de tiempo al especialista para diagnóstico histológico y tratamiento.

No están indicados frotis de lesiones queratósicas manifiestas de la cavidad bucal, ya que estas muestras casi invariablemente se componen tan solo de células queratinizadas superficiales sin valor diagnóstico alguno.

El raspado de la superficie de la mucosa para frotis citológico no posee tampoco valor en lesiones o masas de localización profunda sin comunicación con la superficie.

### VENTAJAS DE LA CITOLOGIA BUCAL.

Las principales ventajas de esta técnica son: ausencia de dolor, facilidad para la obtención de la muestra, equipo

necesario mínimo y comodidad para la preparación del espécimen.

#### DESVENTAJAS DE LA CITOLOGIA BUCAL.

Destacan entre las desventajas de la citología exfoliativa, las relacionadas con la interpretación de la muestra; como es sabido, este método no permite un diagnóstico definitivo, ya que solo define la presencia o ausencia de células malignas. El diagnóstico positivo, obliga a la práctica de un segundo método, es decir la biopsia para confirmar la presencia de una neoplasia maligna, su tipo y grado de diferenciación. Este método carece de valor en lesiones hiperqueratósicas. Cuando se obtiene un frotis negativo, cierta falsa sensación de seguridad impide a veces la vigilancia continuada de una lesión. A menudo está indicada la repetición y nueva observación del frotis.

#### TECNICA DE LA CITOLOGIA BUCAL.

La lesión a partir de la cual se va a obtener el frotis debe limpiarse cuidadosamente eliminando residuos y mucina con una torunda húmeda. Son necesarios para este estudio dos o más portaobjetos de 2.5 X 7 cm, además de líquido fijador.

Se obtienen las células por raspado repetido de la superficie de la lesión con un depresor de lengua humedecido, espátula de metal u otro instrumento. Las raspaduras se extienden uniformemente sobre la porción central del portaobjetos y se fijan las células de inmediato con etilenglicol, alcohol u otros fijadores citológicos disponibles en el comercio. Es importante anotar el nombre del paciente con lápiz en el ex-

tremo del portaobjetos para que el técnico pueda saber con certeza en qué superficie del mismo fueron extendidas las células representativas de la lesión deben prepararse cuando menos dos frotis para cada una de las lesiones que preceda a examinar. Una vez seco el fijador, deben remitirse los portaobjetos al laboratorio junto con una historia que describa los caracteres de la lesión.

#### INTERPRETACION DEL INFORME DE CITOLOGIA.

El informe citológico describe, a menudo en forma de tabla o cuadro, el número relativo de tipos de células representativas de las diversas capas del epitelio y su grado de diferenciación. Pueden tabularse en forma similar tipos y número de células inflamatorias, histiocitos, fibroblastos, microorganismos y otras células. En general, los frotis se gradúan según alguna de las diversas clasificaciones citológicas para indicar si es negativo, sospechoso o positivo para células malignas. En el informe suele incluirse la clasificación utilizada por el laboratorio, que indica la significación clínica, de los hallazgos descritos.

Un informe citológico negativo no constituye prueba de que no exista enfermedad neoplásica y si la lesión persiste, debe practicarse biopsia en ausencia de otros caracteres diagnósticos positivos.



### BIOPSIA TISULAR.

Consiste la biopsia en la obtención, casi siempre por me dios quirúrgicos, de tejidos vivos para examen microscópico. Dada la facilidad relativa con la cual se extirpan pequeñas - muestras de tejidos de la cavidad bucal, constituye la biopsia uno de los métodos más fidedignos y frecuentemente usados por el dentista. Los métodos son sencillos y puede ejecutarlos el dentista sin pérdida de tiempo con esfuerzo mínimo y - sin grandes molestias para el paciente.

#### INDICACIONES DE LA BIOPSIA TISULAR.

La indicación más conocida para la ejecución de una biopsia es la de formular un diagnóstico en casos de supuesta enfermedad neoplásica. Así pues cabe practicar biopsia cuando se sospecha la presencia de neoplasias malignas o benignas, - para determinar su tipo específico y su grado de diferenciación.

Se lleva a cabo biopsia de algunas lesiones cuando no - producen signos o síntomas que sugieren el diagnóstico. Por ejemplo, una úlcera crónica no específica puede ser un carcinoma epidermoide, una infección granulomatosa específica o - una úlcera traumática (inflamatoria), lesiones cuya diferenciación no es posible si el práctico se basa tan solo en la - clínica. A veces se practica biopsia de algunas lesiones tan solo para confirmar un diagnóstico clínico al parecer evidente.

### CONTRAINDICACIONES DE LA BIOPSIA.

Desde luego es obligado un criterio clínico firme y sólido como para cualquier otro método quirúrgico. En consecuencia, la debilidad extrema, cardiopatías, infecciones agudas, tendencia hemorrágica y otros padecimientos en los cuales está contraindicada la cirugía menor se aplican también a la biopsia.

En la mayor parte de casos no deben practicarse biopsia en sujetos con cáncer evidente desde el punto de vista clínico. Tales enfermos deben enviarse directamente al especialista o centro donde puede instituirse tratamiento definitivo. La biopsia de la lesión en estos casos tan solo causa demoras innecesarias y desde luego puede inducir diseminación local o metástasis. Sin embargo, posee importancia primordial la necesidad de establecer un diagnóstico definitivo e iniciar el tratamiento con la brevedad posible.

### TIPOS DE BIOPSIA.

Puede obtenerse tejido para diagnóstico microscópico por diversos procedimientos, entre los que cabe incluir:

- Biopsia Incisional.
- Biopsia Excisional.
- Biopsia de Sacabocado.
- Biopsia de Aguja.
- Biopsia Exploradora.

### BIOPSIA INCISIONAL.

Se refiere a la extirpación de un pequeño fragmento de la lesión, casi siempre una muestra cuneiforme o elíptica.

Se emplea este tipo de biopsia en lesiones grandes o difusas en las cuales el diagnóstico constituye la preocupación primaria del dentista.

#### BIOPSIA EXCISIONAL.

Alude a la extirpación de la lesión completa. Todas las lesiones pequeñas y algunas grandes que pueden extraerse sin cirugía extensiva deben extirparse en su totalidad. Por otra parte, está indicada también la excisión, y no la incisión, - de los nevos pigmentarios sospechosos y de las malformaciones vasculares. Cuando exista cierta justificación para sospechar cáncer, pero no concurren signos clínicos al respecto, - debe obtenerse tejido normal en profundidad y extensión suficiente para evitar transección de células neoplásicas.

#### BIOPSIA DE SACABOCADO.

Se practica con un instrumento especial, parecido a una pinza, que extrae un pequeño segmento de tejido. Dado el tamaño mínimo de la muestra obtenida y las probabilidades de - aplastamiento del tejido, no suele emplearse este método de - biopsia para lesiones bucales.

#### BIOPSIA DE AGUJA.

Consiste en la extracción de pequeños fragmentos de tejido de estructuras profundas por medio de una aguja de gran calibre (aguja de Vim-Silverman) y estilete. Aparte de su empleo en lesiones profundas y relativamente inaccesibles de - los tejidos blandos, no se recomienda este método de biopsia. La muestra obtenida es demasiado pequeña y resulta difícil la orientación para el corte.

### BIOPSIA EXPLORADORA.

Se refiere al tejido obtenido durante la exploración quirúrgica de una lesión como la que podría encontrarse en el interior de un hueso con localización central. Con frecuencia no puede anticiparse esta biopsia antes de la exploración quirúrgica ya que tan solo se obtiene cuando se encuentra tejido que por su aspecto indica la necesidad del examen histológico. Las biopsias de este tipo se clasifican a menudo como biopsias no planeadas.

### BIBLIOGRAFIA.

GUIA DE LABORATORIO PARA EL  
DIAGNOSTICO CLINICO.  
R.H. EASTHAM.  
EDITORIAL: MEDICA PANAMERICANA.  
PRIMERA EDICION.  
BUENOS AIRES.  
1978.

LA CLINICA Y EL LABORATORIO.  
ALFONSO BALCELIS GORINA.  
EDITORIAL: MARIN, S.A.  
UNDECIMA EDICION.

CIRUGIA BUCAL.  
GUILLERMO A. RIES CENTENO.  
EDITORIAL: EL ATENEO.  
OCTAVA EDICION.

TEXTO DE PATOLOGIA.  
PELAYO CARNEA.  
JAVIER ARIAS STILLA.  
EDITORIAL: PRENSA MEDICA MEXICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1974.

## CAPITULO XVIII.

### EXAMENES DE GABINETE.

#### RADIOLOGIA DENTAL.

En todas las especialidades de la Odontología, la primera etapa en el cuidado del paciente es la definición precisa del problema del mismo y las radiografías, utilizadas de manera apropiada y con juicio, son un auxiliar valioso para el diagnóstico. Sin embargo, como todas las pruebas diagnósticas rara vez dan la solución final y quedan únicamente como información importante. Su valor está limitado a lo que puede verse en una hoja de substancia translúcida a dos dimensiones. Al igual que con las demás pruebas diagnósticas se deben evitar los descuidos en la técnica y los errores en la interpretación de los resultados.

#### RADIOGRAFIAS INTRAORALES.

Son muchas y excelentes los distintos métodos para lograr buenas radiografías intrabucales, y todos deben basarse en la premisa de obtener eficientemente placas aceptables con exposición mínima de la imagen.

Es indispensable un conocimiento cabal de la técnica usada y de las estructuras anatómicas que pueden crear una imagen en la radiografía, ya que de otra forma es posible confundir estructuras normales con patológicas.

En las radiografías intraorales encontramos:

- Dentoalveolares.
- Oclusales.
- Interproximales.

Hallazgos que podemos encontrar en estas radiografías:

**DENTOALVEOLARES:** Caries, Enfermedad Periodontal, Dientes incluidos, supernumerarios, ausentes congénitos, Cambios anatómicos de los dientes, Raíces retenidas.

**OCUSALES:** Sirven para observar zonas generales de la arcada, como ayuda para el diagnóstico, cuando existen quistes, dientes incluidos, cálculos en los conductos salivales o fractura de hueso, o bien por alguna razón en la cual la zona de interés es mayor que la obtenida en la dentoalveolar.

**INTERPROXIMALES:** Deben incluirse en un examen radiográfico completo de la boca debido a que las lesiones cariadas y la altura de la cresta alveolar se observan con mayor claridad.

#### RADIOGRAFIAS EXTRAORALES.

Estas técnicas implican que la película se coloca fuera de la cavidad bucal, contra el lado de la cara que va a ser radiografiada y que el haz de rayos X, se dirija hacia él.

#### OBLICUOLATERAL O LATERAL OBLICUA.

Demuestra zonas mayores de la mandíbula, del cóndilo y de la apófisis coronoides a la sínfisis mentoniana de un lado ya que no existe interposición del otro lado de la mandíbula, por que el paciente se coloca en posición oblicua. Estas radiografías resultan valiosísimas para el diagnóstico de fracturas, de dientes no erupcionados y para mostrar la extensión

de los padecimientos. En pacientes con trismus, es a menudo la única radiografía posible para los dentistas.

#### LATERAL DE CRANEO.

Permite una visión general de todo el cráneo. Con más detalle muestran los bordes anteroposterior de las diversas entidades anatómicas. Además muestra las relaciones anteriores, posteriores, superiores e inferiores entre ambas partes. Entre las entidades anatómicas se distinguen: Apófisis clinoides posteriores y dorso de la silla, Apófisis clinoides anterior, Suelo de la fosa craneal anterior en la línea media, Techo de la órbita y suelo de la fosa craneal anterior por fuera de la línea media, Seno etmoidal, Seno frontal, Órbita (pared interna), Huesos nasales, Cigoma, Espina nasal anterior, Techo del paladar, Línea media, Suelo de la nariz y techo del paladar (línea media), Seno maxilar, Hendidura ptérido maxilar, Seno esfenoidal, Apófisis mastoides del hueso temporal, Porción petrosa del hueso temporal.

#### POSTERIOR DE CRANEO ( CADWELL ).

Los bordes superiores inferiores, internos y externos de las diversas partes del cráneo son visualizadas en esta proyección. La sínfisis mandibular está superpuesta sobre la columna vertebral. Se pueden ver las siguientes porciones anatómicas: Seno frontal, Órbitas, Líneas temporal, Senos etmoidales, Arco cigomático, Seno etmoidales, Cornetes, Senos maxilares, Fosas nasales, Ramas y cuerpo del maxilar inferior.

### POSTERIOR DEL SENO MAXILAR ( WATERS ).

Permite una visión de las estructuras óseas faciales, - principalmente de los senos paranasales, esta puede ser a boca abierta o cerrada. Se pueden ver en esta proyección: Seno frontal, Orbita, Suelo de la fosa temporal (superficie temporal de los huesos esfenoides y temporal), Pared interna del seno etmoidal y entre las dos, porción superior de las vías respiratorias nasales, Cigoma, Seno maxilar y Seno esfenoidal Arco cigomático, Fosa temporal, Porción basilar del hueso occipital en la zona de unión con el esfenoides, Apófisis adontoides de la vértebra C II, superpuesta sobre el agujero occipital y línea media del maxilar inferior.

### INFEROSUPERIOR DEL ARCO CIGOMATICO ( HIRTZ ).

Se necesita un tiempo de proyección relativamente corto porque los arcos cigomáticos son formaciones óseas muy delgadas. Con ésta proyección únicamente puede ser observados cambios en uno o ambos arcos cigomáticos.

### FRONTOOCCIPITAL A 30' ( TOWNES ).

Es la única buena radiografía para el cuello y los condi los maxilares.

### LATERAL A 25' PARA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR.

Quando estas articulaciones van a ponerse de manifiesto, siempre se toman dos radiografías, con la boca abierta y con la boca cerrada.

### PANORAMICA.

Ofrecen un examen de toda la región dento alveolar de -



ambos maxilares en una sola película.

Regiones anatómicas que se observan en está: Cavidad orbital, Cavidad nasal, Cornetes inferiores, Seno maxilar, Apófisis palatina del maxilar superior, Conducto incisivo, Arco cigomático, Espina angular del hueso esfenoides, Cóndilo Mandibular, Apófisis coronoides, de la mandíbula con superposición del arco cigomático, Tuberosidad del maxilar superior, Ala externa, de la apófisis pterigoides con superposición de la apófisis coronoides de la mandíbula y del arco cigomático, Escotadura sigmoidea, Cavidad glenoidea, Apófisis estiloides, Apófisis mastoides, Reborde oblicuo externo de la mandíbula, Orificio de entrada del conducto dentario inferior, Conducto mandibular o dentario inferior, Agujero Merstoniano, Apófisis geni, Borde inferior de la mandíbula, Angulo de la mandíbula.

#### SIALOGRAFIA.

Para las glándulas submaxilar y sublingual la mejor proyección es sin duda la Oblicua lateral modificada y para la parótida seguramente la más útil sea la proyección anterior modificada del lado inyectado.

## MODELOS DE ESTUDIO.

Los modelos en yeso proporcionan una "copia razonable" , de la oclusión del paciente. A pesar del examen clínico minucioso, es bueno contar con un buen juego de modelos de yeso - para correlacionar datos adicionales tomados en las radiografías.

Después del examen clínico, no existe otro medio de diagnóstico y pronóstico más importante que los modelos en yeso , correctamente tomados y preparados, de los dientes y tejidos de revestimiento del paciente. La mayor parte de los datos - sacados del estudio cuidadoso de los modelos de yeso sirven - para confirmar y corroborar las observaciones realizadas durante el examen bucal.

En los modelos de yeso podremos apreciar los problemas - de pérdida prematura de dientes, retención prolongada, falta de espacio, giroversión, malaposición de dientes individuales diastemas por frenillos, inserciones musculares y morfología - de las papilas interdentarias son vistos de inmediato. También se puede apreciar directamente las anomalías de tamaño , forma y posición. Las dudas acerca de la forma y la simetría de las arcadas, simetría de los dientes, tamaño de los dientes y discrepancia de uno de los maxilares solo puede ser resultado si se toma el tiempo necesario para observar, medir y apreciar. El grosor del hueso alveolar sobre los dientes, la profundidad de la curva interna del hueso basal partiendo del margen gingival, la relación apical basal de los dientes en

cada maxilar y las relaciones basales de las arcadas dentarias superiores e inferiores, tanto anteroposteriores como de izquierda a derecha, son algunos de los datos importantes que debemos obtener si deseamos hacer el diagnóstico completo y un plan de tratamiento adecuado.

Los problemas de migración, inclinación, sobre erupción, falta de erupción, curva anormal de Spee y puntos prematuros de contacto pueden ser anotados y correlacionados con el análisis funcional y los datos radiográficos. Aún la amplitud, profundidad y configuración del paladar son importantes como en el caso de la maloclusión clase II.

#### CONCLUSION.

En la mayoría de las alteraciones orgánicas son importantes los exámenes auxiliares de diagnóstico (laboratorio, biopsia, citología, Rayos X y modelos de estudio), para poder llegar a un diagnóstico definitivo.

Los exámenes auxiliares de diagnóstico deben ser utilizados en forma adecuada, ya que nos brindan información importante y esencial para el diagnóstico de las enfermedades generales y bucales. Para un examen completo es indispensable el conocimiento de las indicaciones de algunas de las pruebas más frecuentes usadas en odontología, así como su interpretación y significación clínica, valorando así, si el paciente se encuentra en condiciones favorables para la intervención quirúrgica.

## BIBLIOGRAFIA.

GUIA PARA LA RADIOLOGIA DENTAL.  
RITA A. MASON.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.  
1979

CIRUGIA BUCAL.  
GUILLERMO A. RIES CENTENO.  
EDITORIAL: EL ATENEO.  
OCTAVA EDICION.

RADIOLOGIA DENTAL.  
RICHARD C. O'BRIEN.  
EDITORIAL: INTERAMERICNA.  
SEGUNDA EDICION.

INTERPRETACION RADIOLOGICA INTRABUCAL.  
ROBERT P. LANGIAIS.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.  
1981.

ORTODONCIA.  
TEORIA Y PRACTICA.  
DR. T. M. GRABER.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA  
TERCERA EDICION.  
1977.

OCCLUSION.  
DR. FIGURD P. RAMFJORD.  
MAJOR M. ASH. Jr.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1972.

## CAPITULO XIX.

### EXAMEN INTRAORAL.

El examen intraoral es muy importante dentro de la pro--  
pedéutica clínica ya que se considera uno de los sitios del  
organismo que es rico en patología de los diferentes tejidos  
y órganos que lo forman, pero también participa en las mani--  
festaciones de enfermedad generalizada o que tiene marcada ex--  
presión clínica en la boca; así se encontrará patología local  
pura y síntomas y signos bucales producidos por enfermedades  
inflamatorias e infecciosas, metabólicas, nutricionales, hema--  
tológicas, endocrinológicas, tóxicas y neoplásicas.

El examen se llevará a cabo por medio de los métodos de  
exploración como son:

**INSPECCION.** Puede ser simple o armada. La primera se -  
inicia observando los labios en su cara externa y el borde -  
del bermellón. Prosigue por las partes internas de la boca, -  
ya sea con la luz natural o empleando luz artificial, y con -  
el auxilio de uno o dos abatelenguas, pidiendo al paciente -  
que abra la boca, estando el explorador frente al paciente. -  
Debe examinarse cuidadosamente cada una de las siguientes par--  
tes:

- Labios (cara interna).
- Encías.
- Dientes.
- Piso de la boca y cara interna de las mejillas.

- Lengua.
- Paladar duro, paladar blando y úvula.
- Pilares amigdalinos y amígdalas.
- Pared posterior de la faringe.
- Oclusión.

Es preferible seguir un orden fijo para examinar al paciente, iniciando desde el lado izquierdo hacia el lado derecho del explorador y de arriba hacia abajo; se pueden utilizar abatelenguas o abrebocas especiales.

Debe dejarse siempre para el final de la exploración el examen de amígdalas, faringe y reflejos nauseos, por la incomodidad que produce al paciente, en caso de ser niño puede rehusarse a la continuación del examen.

En la inspección armada se utilizará estuches básicos, sondas parodontales, sobre todo en las piezas dentarias y encías.

**PALPACION.** Se efectúa después de la inspección y su principal utilidad, además de comprobar los datos de la inspección es investigar áreas sospechosas, para conocer su consistencia y en las lesiones tumorales identificar su extensión; es útil particularmente en tumores de las encías, del piso de la boca, lengua, mejillas y paladar.

Para realizar esta exploración, se le comunica al paciente lo que se le va hacer. Se usa el dedo índice derecho cubierto por un dedo de guante limpio, el paciente abre la boca y se le coloca ya sea un abrebocas mecánico o una cánula de plástico o varios abatelenguas forrados, entre las dos arcadas dentarias; también es muy útil deprimir la mejilla del pa

ciente entre las arcadas dentarias, utilizando la otra mano del explorador. La palpación debe ser cuidadosa, completa y con orden, dejando la final la palpación de la base de la lengua.

### LABIOS.

Alteraciones de la forma, el volumen y el estado de la superficie.

#### PADECIMIENTOS CONGENITOS.

Labio hendido o queilosquisis, el que puede ser uni o bilateral, debido a la falta de unión de los procesos fronto-nasales o maxilar. El labio hendido puede estar asociado a hendidura del borde alveolar y encías.

#### AUMENTO DE VOLUMEN.

Por : Edema, mixedema o cretinismo y acromegalia. El edema puede ser de origen renal (nefrótico), o de origen inflamatorio (infecciones dentales); o de orden traumático o de causa alérgica como el edema angioneurótico (edema de Quincke) que es muy rápido en su aparición y desaparición y generalmente asimétrico.

#### TUMORES VASCULARES DEL LABIO.

Hemangioma, los que tienen una coloración violácea, de extensión y volumen muy variable. En el estado de la superficie se puede encontrar cambios de coloración como: Cianosis ; coloración azul violácea, que es de las más importantes y siendo precisamente en los labios donde se advierte fácilmente.

### HIPERPIGMENTACION.

Esta es muy variable en la enfermedad de Addison, en el borde del bermellón se torna café obscuro teniendo al principio manchas cafés que confluyen. Se asocia a pigmentación café difusa en frente, pómulos, dorso de la nariz y mucosa nasal, orales y genitales. Las manchas cafés de la boca se aprecian en cara externa de labios, mejillas, encías, lengua.

### SEQUEDAD.

Esta es muy común en estados febriles y deshidratación, puede dar lugar a fisuras o costras. No existe secreción salival por defecto (xerostomía), así como (xeroftalmía).

### QUEILITIS.

La queilosis angular (queilitis marginal, rágade), se caracteriza por la presencia de lesiones simétricas en los ángulos bucales, es producido en la mayoría de los enfermos por la Candida Albicans que, en ocasiones aunque no la produce, obstaculiza su curación. Existe por otra parte, algunos factores como, la disminución de la distancia vertical por carencia de dientes, dentaduras mal adaptadas o mejillas flácidas y colgantes, comisuras labiales profundas y humedecidas continuamente por la saliva, que desempeñan un papel importante en el origen de estas molestias, como las lesiones fisurarias. También puede observarse la presencia de rágades en los pacientes con aquilia, anemia hipocrómica o hipoavitaminosis B.



### INFECCIONES.

Son muy variadas, ya que pueden ser causadas por virus , hongos y bacterias.

#### HERPES SIMPLE.

Es una erupción vesicular en o alrededor de los labios - es llamada "fuego" o "fogazo", y aparece en estados de gripe o bien en estados febriles, así como en la exposición excesiva a rayos ultravioleta.

#### HERPES ZOSTER.

Es una erupción similar pero de gran variedad y que ocurre siempre en el trayecto de un nervio.

#### VARICELA.

Las lesiones vesiculopostulosas ocurren también en los - labios.

#### SIFILIS.

La sífilis congénita en los labios producen unas estrias alrededor, que dejan cicatrices permanentes rodeadas desde la comisura y que reciben el nombre de rágades o raygades.

La lesión primaria, el chancro puede aparecer como una - ulceración circular, de borde netos, con tendencia a crecer . Se acompaña de adenomegalia cervical de los ganglios regionales.

#### TUBERCULOSIS.

La tuberculosis de los labios es rara, pero puede aparecer como una lesión ulcerosa crónica.

### NEOPLASIAS.

La más común es el carcinoma epidermoide; ocurre sobre todo en hombres, en el labio inferior, ya sea en personas que se exponen mucho al sol o en los fumadores, siendo muchas veces precedida por una lesión precancerosa llamada leucoplasia o leucoplaquia. El carcinoma se inicia como una erosión o ulceración en el borde bermellón del labio y que crece lenta y progresivamente; hay en etapas posteriores adenomegalia regional de ganglios duros; habitualmente no muy grandes.

Las leucoplasias que se han mencionado son lesiones blancas, secas, con aumento de la consistencia del tejido, que ocurren sobre todo en los fumadores, siendo más frecuente en el paladar y la lengua, en los fumadores de cigarrillo, en el labio y el borde de la lengua, en los fumadores de pipa.

### ENCIAS.

Las encías normalmente deben ser de color rosado y el borde de la misma debe cubrir únicamente la raíz de cada órgano dental, sujetándole firmemente en posición. Tiene una patología propia o consecutiva a enfermedades sistémicas y además son afectadas, por contigüedad de la patología dentaria. Diversos padecimientos congénitos, carenciales, metabólicas, en dócrinas, hematológicas, infecciosas y tóxicas, producen cambios en la misma y dada que en las diversas enfermedades producen los mismos tipos de alteraciones parece más conveniente separarlas según su etiología.

### CONGENITAS.

Entre las más importantes está la asociación de encía -

hendida, con el labio y el paladar hendido. Esta alteración - puede ser uni o bilateral.

También puede haber excesivo desarrollo del frenillo labial de la encía, superior e inferior, con hiperplasia fibrosa que nace desde la línea media de la encía e impide la aproximación de los incisivos centrales.

#### INFLAMATORIAS.

Recibe el nombre de gingivitis, a la inflamación de la encía, la cual se halla siempre presente en todas las formas de enfermedad gingival, porque los irritantes locales que producen inflamación, como la placa dentaria, materia alba y cálculos son extremadamente comunes, y los microorganismos y sus productos lesivos están siempre presentes en el medio gingival. La inflamación causada por irritantes locales origina cambios degenerativos, necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales. Los cambios clínicos de color son muy significativos en la enfermedad gingival, ya que comienza con un rubor muy leve, y después el color pasa por una gama de diversos tonos de rojo, azul rojizo, a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Se produce aumento de volumen sobre todo en el borde libre, el que puede estar muy retraído dejando descubierta mayor superficie dentaria. El borde libre se hace esponjoso y friable fácilmente sangrante. Cuando en el borde libre de la encía se acumula secreción espesa se le llama gingivorragia y si la secreción purulenta es del tejido alveolar periodontal se le conoce como Periodontitis .

La inflamación puede penetrar mucho en el tejido periodontal conduciendo a abscesos, fístulas y caída de órganos dentarios.

La denominación Gingivitis Ulceronecrosante Aguda (GUNA) connota una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía que presenta signos y síntomas característicos. Otros nombres con que se conoce esta lesión son: Infección de Vicent, boca de trinchera, gingivitis ulcerativa aguda, gingivitis fusoespirilar, etc.

Con mayor frecuencia la gingivitis ulceronecrosante se presenta como una enfermedad aguda. Su forma relativamente más leve y persistente se denomina subaguda. La enfermedad recurrente se caracteriza por periodos de remisión y exacerbación. A veces se hace referencia a la gingivitis ulceronecrosante crónica.

La gingivitis ulceronecrosante se caracteriza por la aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda.

Las lesiones características son depresiones cratiriformes socavadas en la cresta de la encía que abarca las papilas interdentarias, la encía marginal o ambas. Las lesiones características destruyen progresivamente la encía y los tejidos periodontales subyacentes.

El olor fétido, el aumento de la salivación y la hemorragia gingival espontánea o de hemorragia abundante ante el estímulo más leve son signos clínicos característicos.

La gingivoestomatitis herpética aguda es una infección de la cavidad bucal causada por el virus herpes Simplex. Frecuentemente infecciones bacterianas secundaria complican el

cuadro clínico. Aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños de seis años, pero también se ve en adolescentes y adultos.

La lesión aparece difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados variables de edema y hemorragia gingival. En el periodo primario se caracteriza por la presencia de vesículas circunscritas esféricas grises, que se localizan en la encía, mucosa labial o bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. Aproximadamente a las 24 horas las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con margen rojo, elevado a modo de halo y una porción central hundida amarillenta o grisácea.

A veces, la gingivitis herpética aguda se presenta sin una etapa vesicular definida. El cuadro clínico comprende una coloración eritematosa difusa brillante y agrandamientos edematosos de la encía con tendencia a la hemorragia.

La enfermedad dura entre 7 y 10 días. El eritema gingival difuso y el edema, que aparecen primero en la enfermedad, persisten algunos días después que las úlceras han curado. No queden cicatrices allí donde curaron las úlceras.

La denominación Pericoronitis, se refiere a la inflamación de la encía que esta en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado. Es más frecuente en la zona de los terceros molares inferiores. La pericoronitis es aguda, subaguda y crónica.

El cuadro clínico es el de una lesión supurativa, hinchada, muy roja, exquisitamente sensible, con dolores irradiados al oído, garganta y piso de la boca. Además del dolor, el

paciente está muy incómodo por el gusto desagradable y la incapacidad de cerrar la boca. La hinchazón de la mejilla en la región del ángulo mandibular y la linfadenitis son hallazgos comunes. El paciente así mismo presenta complicaciones tóxicas generales, como fiebre, leucocitosis y malestar.

#### ENDOCRINAS.

Es notable la acción que tienen las hormonas sobre los tejidos blandos y particularmente sobre encías; tanto en la pubertad como en el embarazo, producen hiperplasia gingival con engrosamiento del borde libre, que es fofo y fácilmente sangrante, siendo estos cambios debido al aumento de estrógenos. Por otra parte en la menopausia hay atrofia y sequedad, no sólo en la encía sino en las mucosas bucales y de la piel de los labios. Pueden presentarse tumores pequeños de las encías durante el embarazo (tumores del embarazo), muy semejantes en su aspecto a los ángulos de mieloplaxinas y en los quistes que se forman en el hiperparatiroidismo primario.

#### CARENCIALES.

Es muy notable observar cómo en el escorbuto, por deficiencia de vitamina C, se producen manifestaciones tan importantes como hiperplasia gingival y gingivorragia, y en ocasiones ulceraciones.

Las deficiencias vitamínicas del complejo B, afecta mucho a los labios y la lengua.

#### HEMATOLOGICAS.

En la leucemia aguda puede encontrarse hiperplasia gingival con bordes hinchados, de color rojo azulado, de consisten-

cia blanda y sangrado fácil.

En la agranulocitosis pueden apreciarse frecuentemente - ulceraciones en las encías, cavidad oral y amígdalinas con infección severa.

#### INTOXICACIONES.

Es muy constante y notable la gran hipertrofia gingival crónica en sujetos que ingieren difenilhidantoinato para el control de la epilepsia, llegando al borde de la encía casi hasta el borde libre dentario y ocultando totalmente los espacios interdentarios.

Por otra parte el saturnismo con plomo, produce una línea azulosa fina, casi en el borde gingival ocurren con la intoxicación crónica por bismuto, plata y mercurio. En esta última existe una salivación inmediata.

#### DIENTES.

Debe investigarse número, implantación, color, caries y otras anomalías. La primera dentición debe estar completa entre los 2 y medio años, con 20 órganos dentarios: 8 incisivos, 4 caninos y 8 molares. La segunda dentición es de 32 órganos dentarios y su aparición aunque variable, es la siguiente:

#### ORGANOS DENTARIOS.

#### ERUPCION.

#### Superiores.

Incisivo Central	7 - 8 años.
Incisivo Lateral	8 - 9 años.
Canino	11 - 12 años.
Primer Premolar	10 - 11 años.
Segundo Premolar	11 - 12 años.
Primer Molar	6 - 7 años.
Segundo Molar	12 - 13 años.
Tercer Molar	17 - 21 años.

## INFERIORES.

Incisivo Central	6 - 7 años.
Incisivo Lateral	7 - 8 años.
Canino	9 - 10 años.
Primer Premolar.	10 - 11 años.
Segundo Premolar	11 - 12 años.
Primer Molar	6 - 7 años.
Segundo Molar	12 - 13 años.
Tercer Molar	17 - 21 años.

El color es varuable, desde el blanco porcelana, perla , blanco amarillento, hasta café obscuro y los organos cariadados casi negros.

## ANODONCIA.

Hipodoncia. La ausencia total de la primera dentición o segunda dentición se llama anodoncia, por ausencia de formación. No es una condición común, más frecuentemente existe - falta de desarrollo de una parte de la dentadura, sea en un lado de la mandíbula o bién del maxilar y se llama anodoncia parcial. La hipodoncia es la disminución en el desarrollo dentario. Estas alteraciones pueden formar parte de la displasia ectodérmica.

## DIENTES SUPERNUMERARIOS.

Son cualquier órgano dentario que excede el número de 32 en la segunda dentición. Es una condición frecuente que produce modificaciones en la posición de los otros órganos dentarios debido a la falta de espacio. Existe un componente hereditario.

## APENDICES DENTALES SUPERNUMERARIOS.

El caso más simple es la llamada "perla de esmalte", que



es una pequeña formación adicional de esmalte cerca o debajo del borde gingival.

Defecto en la formación de esmalte. Estos pueden ser:

#### HIPOPLASIA IDEOPATICA.

La formación de esmalte es deficiente tanto en la primera dentición como en la segunda. Se manifiesta clínicamente, por dientes irregulares en el tamaño, bordes y con depresiones o estrías en su superficie.

#### MANCHAS BLANCAS.

Son manchas blancas y opacas cuyo resultado se debe a la ausencia parcial o total de la substancia interprismática. No se conoce la razón de la aplasia de esta substancia de cementación.

Cuando hay manchas blancas el defecto no se extiende por todo el espesor del esmalte. Están Constituidas por prismas de formación normal; pero les falta la substancia interprismática. La opacidad de puntos blancos se debe a que la estructura irregular quiebra la luz en diferentes ángulos, produciendo la fractura fácil de los órganos dentarios.

#### MANCHAS CAFES, FLUOROSIS.

Esta condición se debe al exceso de fluor en el agua potable durante el período de formación de esmalte, los primeros 6 ó 7 años de la vida.

#### AMELOGENESIS IMPERFECTA.

Esta alteración se produce tanto en la primera dentición como en la segunda y se debe a la falta de calcificación del

esmalte, que ha sido formado normalmente; tan pronto como los dientes erupcionan, el esmalte blando se va fragmentando dejando descubierta la dentina, que cambia rápidamente de color haciéndose amarilla.

#### DENTINA OPALESCENTE.

Es un defecto hereditario que involucra ambas denticiones y que conduce a gasto excesivo de la dentadura, la que tiene coloración grisácea, café y opaca.

#### ATRICION Y ABRASION.

La atrición es un proceso que ocurre con el tiempo por el uso normal de los dientes e interesa particularmente al borde libre. La abrasión se refiere a un desgaste excesivo de un diente o grupo de dientes, mayor que la normal en un sujeto de la misma edad y puede ser ocupacional, sobre todo en el borde libre de los dientes incisivos.

#### CARIES.

Son las alteraciones más comunes de los órganos dentarios. Consiste en la destrucción de los dientes, por formación de cavidades que se inicia con una ulceración del esmalte, progresando hacia la dentina y la pulpa; estas lesiones varían de color, desde amarillo café, café oscuro, hasta negro, denominándose de 1o, 2o, y 3er grado según la profundidad y la extensión de la lesión. Ocurre tanto en la dentición temporal como en la permanente y son las causas más frecuentes de pérdida de dientes. El síntoma más importante es el dolor, que al principio ocurre en los cambios de temperatura (caliente - frío) de los alimentos o con la ingestión de

substancias dulces y que luego puede ser intermitente en el día, muy frecuente o continuo, pungitivo severo cuando se ha agregado infección en el alveolo y encías, llegando a formar abscesos alveolares o celulitis extensa, con gran edema y signos de inflamación en la área vecina.

#### DIENTES DE HUTCHINSON.

Son debido a la sífilis congénita y fueron descubiertos por Sir Jonathan Hutchinson, los describe como anomalías de los incisivos centrales superiores, los cuales normalmente tienen tres tubérculos en su borde libre que le dan una apariencia cerrada, los dientes de Hutchinson presentan una alteración en su desarrollo y el tubérculo central no crece, dando un borde libre cóncavo y siendo el diente corto.

Los molares en la sífilis congénita tienen forma de mora con tubérculos prominentes en su corona.

#### PISO DE LA BOCA.

En esta área podemos encontrar alteraciones en las glándulas salivales sublinguales, del frenillo y infecciones.

#### ANQUILOGLOSIA.

Es una anomalía congénita por desarrollo de un frenillo lingual muy grueso y largo que fija la cara ventral de la lengua a la encía inferior y que interfiere con la masticación, la dicción y la movilidad general de la lengua. Debe ser corregida de inmediato después del nacimiento.

La degeneración cística de las glándulas salivales ya sea sublingual o submaxilar produce una masa esférica bajo la

lengua, llamada Ránula.

La inflamación de los orificios de los conductos de Wharton bajo la lengua, cerca del frenillo o de los conductillos de Rivinus produce enrojecimiento de los mismos y algunas veces secreción purulenta que puede ser exprimida de ellos, al hacer presión en las glándulas correspondientes.

#### ANGINA DE LUDWIG.

Consiste en una severa infección del piso de la boca; un flemón del área submandibular que se extiende hasta el hueso hioides y que se inicia generalmente por herida del piso de la boca o por extracción en presencia de infección; se produce inflamación difusa dura con infiltración intrínseca y excéntrica de los músculos, por lo que se aprecia elevación del piso y la lengua, y gran flemón en la región submandibular. Los gérmenes responsables son estreptococos alfa, beta o gamma más bacilos gram negativos y frecuentemente anaerobios. Ocasionalmente hay asociación fusoespirilar.

#### PALADAR Y UVULA.

El paladar se divide en duro (óseo) y en blando; el primero ocupa los dos tercios anteriores y presenta una superficie curva, cóncava, surcada de estrías transversales a diferencia del paladar blando que es liso, móvil, de color más rosado y con pequeños vasos en su superficie, teniendo a la úvula en la parte más posterior y central, continuándose en el borde del paladar hacia afuera con los pilares posteriores de las amígdalas.

Para su examen, es preferible que el paciente mantenga -

la boca abierta sin protruir la lengua y con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás. Entre las alteraciones que se pueden encontrar están las siguientes:

#### ANOMALIAS CONGENITAS.

Ya mencionadas como paladar hendido, frecuentemente asociada a labio y encía hendida. El torus palatino consiste en una prominencia ósea de superficie irregular, de forma romboidal u oval que se presenta en la línea media con eje mayor sagital y que puede inflamarse fácilmente.

#### PALADAR OJIVAL.

Puede ser congénito en la sífilis, o adquirido en niños con obstrucción nasal crónica y prolongada, por hipertrofia de amígdalas, adenoides o desviación del tabique nasal.

#### PERFORACION DEL PALADAR.

Ya sea del óseo o del blando, ocurre por traumatismo, osteomielitis de los palatinos, neoplasias del hueso o la mucosa, o por goma sifilítico.

#### ANOMALIA DE LA UVULA.

Estas pueden ser: Ausencia, longitud excesiva o bifurcación de la misma. Algunas veces hay volumen unilateral, con aspecto inflamatorio, por extensión de un absceso periamigdalino.

#### MOVIMIENTOS.

Dada la inervación de la úvula que se efectúa por el plexo faríngeo formado por el IX y X par craneal, la parálisis de uno de ellos puede afectar la movilidad, por fibrilación -

de su conducción.

En la parálisis unilateral la úvula se desvía hacia el lado sano. En la parálisis bulbar, bilateral o nuclear, la úvula estará completamente inmóvil, mientras en la parálisis supranuclear o pseudobulbar, podrá despertarse repuesta motora por estimulación directa. El paladar blando tiene movimientos muy importantes durante la deglución y la fonación, siendo predominantemente las alteraciones de la función del glossofaríngeo las que producen parálisis. Para observar la movilidad debe mantener el paciente la boca abierta y la lengua se deprime con el abatelenguas. Se le pide al paciente que emita un sonido sostenido como a-a-a y se le apreciará la elevación del paladar blando. Otra prueba muy útil es la del reflejo nauseoso, del glossofaríngeo, en el que se toca levemente la úvula, el borde del paladar, la pared faríngea o la base de la lengua, se despierta la contracción faríngea de la náusea, que puede llegar al vómito inclusive. La pérdida de este reflejo ocurre en las lesiones del nervio en la miastenia gravis; sin embargo, en muchas personas está ausente o disminuido.

#### LENGUA.

Este órgano muscular, de forma de pirámide triangular, con sensibilidad especial es examinado fácilmente al abrir la boca el paciente; al protruirlo, se observa la cara dorsal en casi la totalidad de los dos tercios anteriores, pudiendo apreciarla mejor deprimiéndola con abatelenguas; la superficie ventral de la lengua se examina pidiendo al paciente que

la dirija hacia arriba hasta tocar con la punta el paladar o la arcada dentaria superior,

Se pueden observar alteraciones de la forma, volumen, estado de la superficie y movimientos. La exploración de la sensibilidad especial queda incluida en los exámenes de los pares craneales.

#### FORMA Y VOLUMEN.

El aumento permanente de volumen se designa macroglosia o megaloglosia y es frecuente en: el hipotiroidismo congénito o adquirido (cretinismo o mixedema), en la idiosincracia mongoloide, la acromegalia y la amiloidosis secundaria. Si existe edema puede apreciarse las huellas de los órganos dentarios en el borde de la lengua.

La disminución del tamaño por deshidratación puede ser muy notable y se llama a esa condición microglosia.

#### ESTADO DE LA SUPERFICIE.

Normalmente se aprecia de color rosado, con superficie húmeda brillante, con pequeñas prominencias en cara dorsal distribuidas en toda la superficie, que son las papilas y pueden ser de tres clases: filiformes o coliformes; fungiformes y circunvaladas o calciformes.

La superficie de la cara ventral es lisa, brillante y permite apreciar el frenillo que la une al piso de la boca y dos venas longitudinales a lo largo del frenillo.

#### LENGUA SABURRAL.

Es debido al depósito de saburra, material blanco amarillento, resultante de la descamación superficial, restos de

alimento y falta de líquidos o mala higiene bucal, así como alimentación exclusivamente líquida. Esta presente en diferentes condiciones sistémicas (fiebre, deshidratación, estados comatosos) y enfermedades locales (amígdalitis, estomatitis).

En la deshidratación severa, además de la sequedad local puede cambiar la coloración en la superficie haciéndose café oscuro o casi negra en la llamada "lengua de perico" teniendo además disminución de volumen. No se debe confundir con la lengua negra o lengua "peluda" o "velluda", en la que la superficie dorsal está cubierta de una capa gruesa de material amarillento, café o negra que cubre las papilas filiformes hipertróficas, sobre todo en el centro. Aparentemente es producida por pigmentación anormal, por cambios químicos locales y puede estar en relación con el uso de los agentes oxidantes, hiperqueratósicos papilares, cambios de la queratina y a veces en estomatitis por antibióticos. No debe confundirse con la presencia de sangre coagulada.

#### LENGUA ESCOTRAL.

Fisurada o Estriada. Es una anomalía congénita en la que existen profundos surcos que corren en sentido longitudinal en el dorso de la lengua; estos surcos son más aparentes hacia la lengua y se hacen visibles al traccionar la punta de esta en sentido transversal. Generalmente es asintomática y sin consecuencias, salvo sensibilidad aumentada a comidas muy condimentadas. En las fisuras pueden retenerse restos de alimentos que al descomponerse irritan y producen glositis.



### LENGUA GEOGRAFICA.

Es una alteración que se aprecia comunmente en los niños como recurrente durante muchos años, en que se producen áreas en forma irregular de denudación en el dorso de la lengua, - bordeada por papilas alteradas que aparecen blanquesinas, - mientras que el área de denudación es rojo vivo.

### GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA.

En realidad no corresponde a una glositis verdadera, sino a una alteración congénita durante la unión final de los - procesos laterales de la lengua y aparece como una zona romboidea u oval, centra y longitudinal, en tercio medio de la - lengua, realzada y de color rojo vivo. Tal lesión carece de papilas en su superficie; raramente da síntomas por inflamación secundaria.

### MEGALOGLOSIA.

O Macroglosia. Lengua agrandada, anomalía algo más común que la microglosia puede ser de tipo congénito o secundario. La macroglosia congénita se debe al desarrollo exagerado de - la musculatura, que puede estar asociado con una hipertrofia, o hemihipertrofia muscular generalizada, o no.

La macroglosia secundaria puede ser el resultado de un - tumor de la lengua, como el linfangioma o el hemangioma difuso, la neurofibromatosis, o, a veces, por bloqueo de los vasos linfáticos aferentes en casos de neoplasias malignas de - la lengua. La macroglosia de cualquier tipo puede producir - el desplazamiento de los dientes y maloclusión debido a la - fuerza de los músculos que intervienen y a la presión ejercida por la lengua sobre los dientes.

### CAMBIOS DE LA LENGUA EN INFECCIONES.

En la Escarlatina se observa la lengua llamada "en fresa", en que se cubre de una capa blanca, espesa, saburral, en donde hacen prominencias papilas enrojecidas, quedando los bordes y la punta de color rojo vivo.

En la Fiebre Aftosa, la lengua presenta enrojecimiento primario y luego lesiones vesiculares que se rompen, dejando, úlceras dolorosas y con secreción fétida.

En la Moniliasis, "algodoncillo" se presenta como placas gruesas, blancas muy adherentes y bien limitadas en la lengua y el resto de la superficie mucosa oral. Frecuentemente en la lactancia, en el adulto, es frecuente después de la administración de antibióticos de amplio espectro.

En la Sífilis, puede presentarse tanto lesiones primarias (chancro), como lesiones de otras etapas (parches mucosos, pápulas y goma).

El chancro, localizado casi siempre cerca de la punta de la lengua, aparece como una erosión circular con una pared dura, realzada, enrojecida, se acompaña de adenopatías submaxilar o cervical.

Los parches mucosos de la sífilis generalizada, aparecen como áreas pequeñas, ovales, de color gris, que algunas veces se hacen hipertróficas, realzadas y que pueden coalescer en áreas muy grandes, estas lesiones contienen treponemas. Las gomas de la lengua se presentan como nódulos muy firmes, que después se ulceran y necrosan, cicatrizando posteriormente en forma irregular.

### CAMBIOS DE LA LENGUA EN ENFERMEDADES CARENCIALES.

En la arriboflavinosis, además de la queilosis (perlequia, perleche) y de manifestaciones cutáneas y oculares, pueden encontrarse la lengua magenta y con superficie irregular, por edema de las papilas fungiformes y coloración roja de la encía.

En la Pelagra (deficiencia de ácido nicotínico), se alteran primero las papilas laterales y de la punta, la lengua es rojo escarlata al principio, con ardor bucal, salivación, edema lingual, marcándose fácilmente los dientes en el borde, pudiendo llegar a ulceraciones que se infectan secundariamente. Posteriormente la lengua se hace muy lisa (lengua calva de Sandwith) y más roja.

En el Esprue los síntomas orales incluyen ardor de la mucosa sobre todo lingual, con lengua roja escarlata y lesiones vesiculares, aftosas y fisuras, semejante a la lengua de pelagra.

### CAMBIOS DE LA LENGUA EN PADECIMIENTOS HEMATOLOGICOS.

En la anemia Perniciosa esta condición, la lengua se aprecia de color rojo vivo y contrasta con el color pálido amarillento de la mucosa oral. Es común encontrar áreas inflamatorias en la punta y bordes. Existe ardor y hormigueo, molestias que se acentúan con la ingestión de alimentos y con líquidos calientes o fríos.

En la agranulocitosis, debido a la baja de la deficiencia antibacteriana se presentan severas infecciones en la mucosa oral, con áreas de ulceraciones necróticas en paladar, lengua, mucosa, encías, amígdalas y faringe que puede llegar

a gangrena. Los síntomas incluyen ptialismo, ardor local, - disfagia y mal aliento.

#### PILARES AMIGDALINOS Y AMIGDALAS.

Las amígdalas palatinas, que son masas de tejido linfático colocados a los lados de la base de la lengua y limitadas adelante y atrás por los pilares anteriores y posteriores, - circunscribiendo la fosa amigdalina; son parte del anillo linfático de Waldeyer y por tanto tienen un papel importante en los mecanismos de la defensa local.

Estos órganos son asientos frecuentes de infecciones, algunas de ellas muy severas; así como de otras enfermedades de difícil reconocimiento y que causan aumento de volumen.

Además de aumento de volumen, la inspección permite conocer cambios en la superficie, ya sea coloración, secreciones, depresiones, membranas, etc. presentes en las siguientes condiciones:

#### AMIGDALITIS AGUDA.

Existe un aumento de volumen con coloración de rojo intenso, habitualmente presente también en las zonas vecinas; - según avanza la enfermedad pueden aparecer puntos de colección purulenta en las criptas, dando un aspecto característico; las lesiones pueden confluir con ulceraciones grandes cubiertas de exudado purulento, grueso, adherente.

#### AMIGDALITIS CRONICA.

Se manifiesta fundamentalmente por crecimiento amigdalino importante, con superficie irregular debido a la cicatriza

ción de las criptas; el crecimiento puede ser tan marcado que causa obstrucción respiratoria crónica. Se debe de tener presente que en pacientes sometidos a amigdalectomía incompleta, pueden ocurrir episodios de infección aguda en los muñones remanentes.

#### FIEBRE ESCARLATINA.

Estas lesiones son muy severas, pudiendo haber otros signos como la lengua en fresa, palidez circunoral, erupción eritematosa generalizada y signos de postración.

#### DIFTERIA.

Esta infección produce membranas purulentas grisáceas - muy adherentes, que se extienden al paladar, istmo de las fauces y laringe, produciendo obstrucción respiratoria, en otros tiempos fatal. Las lesiones en las amígdalas son características y con olor a putrefacción.

#### MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.

En esta infección viral las amígdalas pueden mostrar inflamación aguda marcada.

En los procesos hematológicos como: agranulocitosis y leucemia aguda, existen ulceraciones necróticas muy graves, - sangrantes en las amígdalas y mucosa oral.

#### NEOPLASIAS.

La más común es el carcinoma epidermoide y le sigue en frecuencia el linfosarcoma. El primero produce una infección firme, indura, de bordes irregulares, muchas veces ulcerada, fácilmente sangrante, de base ancha con tendencia a extender-

se. Por otra parte, el linfosarcoma produce un gran crecimiento de las amígdalas, manteniendo la superficie intacta por un tiempo largo y limitada dentro de la fosa amigdalina.

#### FARINGE.

Solo nos ocuparemos de la orofaringe, la cual puede ser inspeccionada al mismo tiempo que el paladar blando y amígdalas, evitando maniobras bruscas al deprimir la lengua, por la facilidad de provocar náuseas y vómito. Un hallazgo común es advertir que la superficie faríngea está cubierta por pequeñas elevaciones redondas circunscritas, que son folículos linfoides completamente normales; también se puede observar una capa delgada de moco transparente y pequeños vasos arteriales

#### FARINGITIS.

Puede ser aguda o crónica; en la primera la inflamación produce mayor enrojecimiento de la mucosa y las elevaciones circunscritas se hacen más aparentes, de color más rojo y con edema; y la segunda, el color de la mucosa es menos vivo pero persiste la hipertrofia de los folículos linfoides e irregularidad de las superficie. En ambas existe cantidad de exudado mucopurulento o purulento, ya sea producido localmente o proviene de las cavidades nasales y nasofaringe.

En el mal de Pott, cervical y en algunas infecciones amigdalinas graves que se extienden, pueden encontrarse un absceso o flemón retrofaríngeo, produciendo abultamiento de la pared faríngea posterior y algunas veces obstrucción marcada.

## OCCLUSION.

La descripción de la oclusión normal se centra por lo general alrededor de los contactos oclusales, el alineamiento de los dientes, sobremordida y superposición, de colocación y relación de los dientes en la arcada, entre ambas arcadas y la relación de los dientes con las estructuras óseas.

Por lo tanto la oclusión la podemos definir, que es el contacto entre los dientes superiores e inferiores, en todas las posiciones y movimientos mandibulares. Es el resultado del control neuromuscular de los componentes del sistema masticatorio: dientes, estructuras periodontales, maxilar, mandíbula; articulación temporomandibular, así como los elementos neuromusculares.

Para hacer un estudio objetivo de la oclusión, está se clasifica en tres tipos:

### OCCLUSION FISIOLOGICA.

Es aquella en la cual los componentes funcionan en forma eficaz, indolora y permanece en estado de salud.

Se basa en los principios de los movimientos mandibulares de balance y trabajo. Cuando la mandíbula se desplaza en sentido lateral, hay en la boca un lado activo o de trabajo, y un lado de balance; estos movimientos varían de acuerdo al lado que se mueve la mandíbula.

Las cúspides de trabajo son la de los dientes del lado hacia el que se desplaza la mandíbula. Las cúspides de balance son la de los dientes del lado opuesto del desplazamiento.

### OCCLUSION MORFOLOGICA.

Considerando desde el punto de vista ideal, que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en la fosa vestibular del primer molar inferior. Dicho concepto afirma que existe esta relación, la dentadura será estable evitando así, una lesión parodontal.

### CLASIFICACION DE ANGLE.

Angle basándose en este concepto, clasifico las maloclusiones en:

CLASE I. (NEUTROCLUSION). Si la cúspide mesiovestibular del primer molar superior se relaciona con el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

CLASE II. (DISTOCLUSION). Si la cúspide mesiovestibular del primer molar superior se relaciona en el espacio interproximal del primer molar y segundo premolar inferiores.

CLASE III. (MESIOCLUSION). Si la cúspide mesiovestibular del primer molar superior se relaciona en el espacio interproximal del primer y segundo molar inferiores.

El concepto morfológico concierne, en forma esencial, a la relación entre los dientes superiores e inferiores en posición intercúspidea (OCCLUSION CENTRICA).

### OCCLUSION FUNCIONAL.

Es la que trabaja en forma eficaz e indolora y permanece en estado de salud, sea cual fuere la relación entre los dientes superiores e inferiores.



## POSICIONES BASICAS DE LA MANDIBULA

### POSICION POSTURAL.

Es la apertura leve que adopta la mandíbula después de la deglución en posición intercúspidea. Es una posición relativamente pasiva, en la cual los músculos se encuentran en - tensión mínima.

### POSICION RETRUSIVA DE CONTACTO.

Es la posición más retruida no forzada, de la mandíbula a partir del cual es posible realizar, con comodidad movimienutos de apertura y lateralidad. También se denomina relación céntrica.

### POSICION INTERCUSPIDEA.

Posición de máximo contacto entre los dientes superiores e inferiores. También se denomina oclusión céntrica posición de cierre habitual.

Dentro de las anomalías que podemos encontrar en nuestro examen intraoral mencionaremos las siguientes:

#### ANOMALIAS DE LOS MAXILARES.

##### ANOMALIAS DEL DESARROLLO.

Se debe al retraso o adelanto en el desarrollo y creciumiento de los maxilares.

##### ANOMALIAS DE POSICION.

Las más importantes son: el prognatismo y retrognatismo que pueden ser superiores e inferiores y total o alveolar.

Las desviaciones laterales, laterognatismo, son dextrognatismo y levognatismo.

Otras anomalías de posición son; el prognatismo, desviación del mentón hacia adelante y retrognatismo, desviación del mentón hacia atrás.

#### ANOMALIAS DE VOLUMEN.

Macrognatismo (maxilares mayores de lo normal), micrognatismo (maxilar más pequeño de lo normal, pudiendo ser superior e inferior).

#### ANOMALIAS DE FORMA.

Son principalmente de la mandíbula y en particular, del ángulo gonial. La hipergonia es el aumento del ángulo gonial de la mandíbula y la hipogonia es disminución del ángulo gonial de la mandíbula.

#### ANOMALIAS DENTARIAS.

##### ANOMALIAS DE POSICION.

Se refiere a la desviación de los dientes con respecto a la posición adecuada que deben ocupar en el arco dentario, en sentido mesial, distal, vestibular, lingual y también hacia el espesor del maxilar y hacia afuera de éste.

Según la dirección en que se ha desviado el diente en su posición, puede haber vestibuloversión, linguoversión.

Cuando la desviación se ha realizado hacia el espesor del maxilar habrá lo que se llama ingresión; si es hacia afuera egresión.

#### ANOMALIA DE DIRECCION.

Pueden ser versiones o rotaciones. La versión consiste, en la inclinación como si hubiese girado alrededor de su eje horizontal. La rotación, es cuando la desviación ha sido girado alrededor de un eje vertical.

#### ANOMALIA DE VOLUMEN.

Se refiere al aumento o disminución del volumen del diente; macrodoncia y microdoncia. Al describir la posición o - mal posición de los dientes individuales se deberá de tener - el conocimiento previo de los términos.

#### SOBREMORDIDA VERTICAL.

Overbite. Se aplica a la distancia en la que el margen incisal superior sobrepasa el margen incisal inferior, cuando los dientes son llevados a oclusión habitual o céntrica.

#### SOBREMORDIDA HORIZONTAL.

Overjet. Es una mordida horizontal que se refiere a la distancia entre en aspecto lingual de los incisivos superio-- res y la superficie labial de los incisivos inferiores, cuando los dientes son llevados a oclusión céntrica habitual.

#### MORDIDA ABIERTA.

Se refiere a la situación en la que existe un espacio entre la superficies oclusales e incisales de los dientes superiores e inferiores, de los segmentos vestibulares o anteriores, cuando la mandíbula se lleva a la posición céntrica habitual,

### MORDIDA CERRADA.

O Mordida Profunda. Se refiere a un estado de sobremordida vertical excesiva, en el que la dimensión vertical entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesivo al llevar la mandíbula a su posición habitual (oclusión céntrica).

### MORDIDA CRUZADA.

Se refiere al caso en que uno o más dientes ocupan posiciones anormales en sentido vestibular, lingual o labial con respecto a los dientes antagonistas.

### MORDIDA DE TIJERA.

Se aplica cuando existe mordida cruzada total de la mandíbula en sentido vestibular o en sentido lingual, cuando la dentición inferior está contenida en su totalidad dentro de la dentición superior en oclusión habitual.

### CONCLUSION.

Al hacer el examen intraoral, es de gran interés que nos consentremos en todas aquellas regiones anatómicas de la cavidad bucal y de los órganos que la rodean para hacer un buen diagnóstico de todas aquellas patologías que lo afectan, incluso en casos de patología médica.

El estudio comprenderá enfermedades habituales de los dientes, tejidos de sostén, mucosa bucal, etc.

Por lo tanto nos encargaremos de hacer un diagnóstico de los tejidos dentarios duros y blandos, enfermedades de los tejidos de sostén (periodoncia), enfermedades que se limitan a

los labios y lengua, mucosa bucal, glándulas salivales y lesiones de la cavidad bucal en general, así como los órganos - vecinos que forman parte de una enfermedad general.

De este modo aplicaremos al paciente un servicio de salud de mayor calidad y sobre todo en aquéllos pacientes que se les tenga que intervenir quirúrgicamente.

#### BIBLIOGRAFIA.

THOMA  
 PATOLOGIA ORAL.  
 ROBERT J. GORLIN.  
 HENRY M. GOLDMAN.  
 EDITORIAL: SALVAT.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.  
 SHAFER HINE LEVY.  
 EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
 TERCERA EDICION.  
 1980.

MEDICINA BUCAL  
 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.  
 DR. LESTER W. BURKET.  
 EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
 SEXTA EDICION.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO  
 DE CIENCIAS MEDICAS.  
 EDITORIAL: SALVAT.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.  
 MITCHELL DAVID F.  
 EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
 SEGUNDA EDICION,  
 1973.

OCLUSION.  
 ASPECTOS CLINICOS / INDICACIONES TERAPEUTICAS.  
 JOSE AEJEAN.  
 JEAN MARIE KORBENDAU.  
 EDITORIAL: PANAMERICANA.

OCLUSION.  
 DR. FIGURD P. RAMFJORD.  
 MAJOR M. ASH, Jr.  
 EDITORIAL: INTERAMERICANA.

## CAPITULO XX.

## DIAGNOSTICO.

Diagnóstico, (del griego diagnostikos), se define como parte de la medicina que tiene por objeto la identificación, de una enfermedad fundándose en los síntomas de esta.

En la formación del clínico actual no sólo incluye su preparación en el conocimiento del hombre enfermo, sea o no sujeto susceptible a ser ayudado a su curación, sino como carácter más importante, su preparación en el conocimiento del hombre sano y de la comunidad en que vive, con el principal objetivo de ayudarlo a conservar la salud, luego su objetivo no es sólo el diagnóstico de enfermedad, sino que incluye el concepto de diagnóstico de salud.

El conocimiento del hombre sano y de su medio ambiente, y su preparación en la patología humana, le permiten al clínico desarrollar el procedimiento de diagnóstico, que es la operación mental que le permite identificar la enfermedad, evaluar el padecimiento e indicar los procedimientos más adecuados para el tratamiento, observese que se entiende que enfermedad es un concepto distinto a padecimiento; salud y enfermedad son los niveles extremos de la variación biológica resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse a las variaciones que condicione el medio ambiente, ya por imperfección biológica del individuo o condiciones agresoras del medio que lo rodea, ante la cual tiene dificultades para

su adaptación. Así pues el concepto de enfermedad debe contemplar la idea de desadaptación, desequilibrio o desbalance biológico.

El concepto de padecimiento sugiere, por que es la respuesta del individuo en particular ante el daño físico o emocional, que produce la enfermedad, que es la entidad que puede ser descrita, diferenciada y clasificada: Es decir; cada individuo padece a su propia manera, una determinada enfermedad.

El conjunto de las operaciones y reglas que el pensamiento clínico aplica en el estudio del enfermo, compone el método diagnóstico que debe constituir un sistema normativo de la conducta clínica. Una vez identificado el signo y síntoma y ubicado adecuadamente en sus niveles anatómicos y funcionales correspondientes (DIAGNOSTICO SINTOMATICO), debe interpretarlos en términos fisiológicos analizando así, desde el punto de vista de su sitio y su mecanismo de producción, y reconociendo otros de la misma manera, el clínico procurará agruparlos para formar síndromes, que son el conjunto de síntomas y signos que se presentan habitualmente juntos, que representan la alteración de uno o varios órganos o sistemas pero que tienen un mismo mecanismo fisiopatogénico aun cuando obedezcan a diversas etiologías (DIAGNOSTICO SINDROMATICO).

Una vez compuesto el síndrome clínico, deberán distinguirse todos los procesos patológicos que en un momento dado pueden ser capaces de configurarlo. Se entenderá pues, que reconocido el proceso morboso que lo provoca, se tiene (DIAGNOSTICO NOSOLOGICO), de la enfermedad. Esta debe definirse -

adecuadamente y analizar sus posibles o diversas causas específicas en su caso y tendrá entonces el (DIAGNOSTICO ETIOLOGICO).

Por supuesto, toda esta mecánica, incluye la utilización de datos obtenidos por el laboratorio clínico, gabinete, radiológico y de exploración armada, que invariablemente han de ser utilizados con un criterio razonable de identificación, - que la más de las veces será para confirmar los conceptos clínicos, otras para comprobarlos, otras para evaluar su importancia, su evolución, su pronóstico o el tratamiento en sí mismo. La operación mental es primero de análisis y luego de síntesis, pero requiere generalmente devolver sobre los pasos para analizar los datos, a buscar otros necesarios para completar el cuadro o ampliarlo en relación al proceso evolutivo de la enfermedad, dando por consecuencia una sucesión circular de las necesidades de actitud, dependientes de la evolución misma.

Finalmente, el o los diagnósticos deben ser valorados en relación con su importancia para el pronóstico y el plan de tratamiento. Aunque un diagnóstico proporciona la identificación de los trastornos encontrados, solamente el conocimiento básico de los principios subyacentes en la enfermedad y el juicio clínico pueden asegurar la institución del tratamiento adecuado.

#### BIBLIOGRAFIA.

FUNDAMENTOS DE DIAGNOSTICO.  
DR: LUIS MARTIN ABREU.  
EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ C.  
SEGUNDA EDICION.



PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.  
MANUEL ORTEGA CARDONA.  
EDIT. Y DISTRIBUIDOR: FRANCISCO MENDEZ C.  
DUODECIMA EDICION.  
1978.

PROPEDEUTICA MEDICA.  
DR. JOHN A. PRIOR.  
DR. JACK S. SILBERTEIN.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
TERCERA EDICION.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.  
MITCHELL DAVID F.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.  
1973.

## CAPITULO XXI.

### PRONOSTICO.

Es la predicción de la evolución probablemente segura de una enfermedad.

Es la previsión de la evolución y de las posibles complicaciones de una enfermedad. Se basa, por un lado, en la historia de casos semejantes y, por otro, en la edad, sexo y condiciones generales del paciente en cuestión; también revisten importancia la gravedad de la enfermedad y la eficacia del tratamiento terapéutico y farmacológico.

El diagnóstico se elabora basandose en la experiencia personal.

Este conocimiento no será cierto sino probable, pues siendo nuestros conocimientos incompletos o imperfectos, siempre hay que contar con factores desconocidos, que puedan cambiar el curso de los acontecimientos, pero es evidente que el pronóstico depende fundamentalmente del diagnóstico y de la exactitud de este.

### BIBLIOGRAFIA.

FUNDAMENTOS DE DIAGNOSTICO.  
DR. LUIS MARTIN ABREU.  
EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ C.  
SEGUNDA EDICION.

## CAPITULO XXII.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento se define como el conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

El tratamiento odontológico acertado se basa en el diagnóstico exacto y cuidadosa planeación del tratamiento. Deben evaluarse tres consideraciones antes de llevar a cabo cualquier tratamiento: Urgencia, secuencia y resultados probables. Una secuencia bien ordenada de tratamiento evita muchos falsos comienzos, repetición del tratamiento y pérdida de tiempo, energía y dinero.

Esbozo de planeación de tratamiento de un paciente que llega al consultorio dental.

- Tratamiento médico:

Envío a un médico general.

- Tratamiento general:

Premedicación.

Terapéutica para infección bucal.

- Tratamiento preoperatorio:

Profilaxis bucal.

Control de caries.

Consultas con ortodoncista.

Cirugía bucal.

Terapéutica de endodoncia.

- Tratamiento correctivo:

Operatoria dental.

Protesis dental.

- Exámenes por recordatorio periódico y tratamiento de mantenimiento.

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL.

TRATAMIENTO MEDICO. A veces, el paciente ha estado bajo cuidado de otros especialistas médicos (psiquiatras, oftalmólogo, cirujano plástico, cardiólogo, etc). Cuando el historial y el examen sugieren que existe un problema médico, el odontólogo deberá consultar al médico del paciente para asegurarse de la salud de éste durante el tratamiento. Si alguno de los pacientes no está seguro sobre alguna enfermedad (por ejemplo, fiebre reumática), pero ha respondido afirmativamente a preguntas que sugieren la existencia de tal enfermedad, deberá enviarse este caso a algún médico para que haga la evaluación.

El odontólogo frecuentemente tiene la oportunidad de examinar la mucosa del paciente con más frecuencia que el médico. Por lo tanto es deber del odontólogo evaluar los cambios de tejidos y transmitir cualquier información pertinente al médico del paciente.

TRATAMIENTO SISTEMATICO. Frecuentemente es necesario premedicar a pacientes aprensivos espásmicos o con problemas cardíacos. Esta premedicación deberá hacerse solo después de consultar con el médico del paciente. La dosis exacta de todas las drogas que se han de usar deberán incluirse en el

plan de tratamiento.

**TRATAMIENTO PREOPERATORIO.** Después de que se ha establecido el estado médico y el régimen de premedicación del paciente, deberán limpiarse sus dientes a fondo. Esto da al odontólogo la oportunidad de enseñarle una higiene bucal general y otros elementos de cuidado elementales en casa. El tratamiento de afecciones inflamatorias agudas tales como abscesos alveolares, úlceras traumáticas, gingivoestomatitis herpética y algún caso de gingivitis necrosante puede generalmente posponerse, esperando resultados favorables de drogas o tratamiento quirúrgico.

Si se sigue de cerca la profilaxis inicial, deberá hacerse la evaluación de la susceptibilidad del paciente a la caries. Ofreciendo varios medios entre los cuales se cuentan los fluoruros sistemáticos y tópicos, substitutos en la dieta y comidas más regulares sin comer entre horas. Estas medidas pueden instituirse conjuntamente con la eliminación de caries y colocación de restauraciones permanentes o temporales. A veces, es necesario consultar a algún especialista dental. Deberán considerarse desde el punto de vista práctico y odontológico todas las posibilidades de tratamiento alternados y futuros tales como problemas de reemplazamiento con prótesis fija y removible.

**TRATAMIENTO DE CORRECCION.** Después de que se han iniciado las fases médicas y preoperatorias podrá comenzarse el tratamiento correctivo final. La secuencia sigue siendo importante, incluso en el plan de tratamiento. Por ejemplo: deberán pulirse las restauraciones antes de iniciar cuidados de -

ortodoncia. Cuando se está dando tratamiento correctivo al paciente, el odontólogo tiene la oportunidad de observar los resultados de las instrucciones en higiene bucal que le dio en las visitas iniciales. Al terminar el tratamiento, el odontólogo dará una fecha determinada para las próximas visitas de recordatorio. El intervalo varía de tres meses a seis.

#### PLANES ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO.

Existe un plan de tratamiento para cada paciente. El odontólogo debiera presentar al paciente modelos, radiografía, y otros medios. En esta etapa existe una tremenda capacidad para poder educar al paciente, lo que es un reto para cada dentista consciente. Los honorarios para llevar a cabo un plan de tratamiento sugerido deberá, ser claramente subrayados para evitar cualquier mal entendido con fechas posteriores.

#### PLAN DE TRATAMIENTO.

Se define el plan de tratamiento como el enunciado anticipado de las acciones o procedimientos que vamos a efectuar, para mantener o restaurar el estado de la salud de un individuo o de un grupo de individuos.

Una vez que se apruebe el plan de tratamiento, tanto por el paciente como el dentista, cualquier alteración será necesario explicarsele al paciente y anotando en su registro. Los pacientes aceptarán mejor un cambio de tratamiento, si el odontólogo se toma el tiempo necesario para explicarle las causas de este nuevo tipo de acción.

**PROGRAMA DE TRATAMIENTO.**

Consiste en la ubicación del tiempo y las acciones que vamos a efectuar y en la previsión de los recursos que vamos a emplear para ello y la zona que vamos a intervenir.

**DIFERENCIAS ENTRE PLAN DE TRATAMIENTO Y PROGRAMA.****PLAN**

- Nos indica las acciones, que debemos de llevar a cabo.
- Concibe la forma en que habremos de efectuar estas acciones.
- Indica cuál será la secuencia del tratamiento.

**PROGRAMA**

- Tiempo del tratamiento que incluye.  
Calendario de Citas.  
Que acciones se efectuarán en cada cita.
- El lugar que se realiza cada uno de los pasos.
- Con que realizamos cada una de las maniobras.
- Costos y forma de pago.
- Preparación oportuna del material e instrumental.

Factores que intervienen en la elaboración del Plan de tratamiento.

- Las necesidades de atención del paciente definidas por el diagnóstico previamente elaborado.
- Las condiciones sobre la actitud y conducta del paciente; éstas pueden llevarnos a modificar el orden de los procedimientos a fin de lograr una actitud positiva del paciente hacia el tratamiento.
- Las indicaciones técnicas de uno o más procedimientos clínicos (indicaciones, contraindicaciones, ventajas, -

- desventajas, grado de dificultad, etc.).
- El sistema de trabajo que se tenga (abordaje por diente o por cuadrante; trabajo por demanda o programado; en población controlada o espontánea, etc.).
  - Los recursos disponibles; humanos, físicos, materiales y tiempo.

#### CONCLUSION.

El diagnóstico es uno de los procedimientos más importantes en toda Cirugía Oral, ya que está se establecerá al comparar, examinar y sintetizar las características descriptivas de las enfermedades y los datos obtenidos de los métodos de exploración. Para lograr un buen diagnóstico es necesario que se tenga cierta habilidad, conocimiento y experiencia en el diagnóstico de cada una de las alteraciones funcionales de todo el organismo en general y valorar así todos los signos y síntomas encontrados en los métodos de exploración del paciente, logrando con esto que cada diagnóstico debe ser valorado en relación con la importancia para el pronóstico y un buen plan de tratamiento.

#### BIBLIOGRAFIA.

- FUNDAMENTOS DE DIAGNOSTICO.  
 DR. LUIS MARTIN ABREU.  
 EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ C.  
 SEGUNDA EDICION.
- PROPEDEUTICA MEDICA.  
 DR. JOHN A. PRIOR.  
 DR. JACK S. SILBERTEIN.  
 EDITORIAL; INTERAMERICANA.  
 TERCERA EDICION.



## RESULTADOS.

Como resultado obtuvimos principalmente, la elaboración de una Historia Clínica completa, para cada uno de los pacientes que se presenten en el consultorio dental, logrando con esto un reforzamiento de los conocimientos adquiridos durante nuestra formación profesional.

La aplicación continua de la Historia Clínica, nos proporcionará la habilidad necesaria para su elaboración, en cada caso que se presenten en la práctica diaria y dándonos facilidad para detectar alteraciones locales y generales.

Nuestra Historia Clínica como resultado, nos dará una información en relación con las enfermedades de la niñez y sus secuelas, lesiones, padecimientos graves, operaciones y alergias, es quizá el aspecto más importante de la Historia Clínica de cada uno de los pacientes, debido a que existen muchos procedimientos que pueden ser llevados a cabo en el consultorio del dentista y, si se llevan a cabo en pacientes con ciertos problemas médicos podría ocasionarse su muerte.

### CONCLUSION GENERAL.

En la propedéutica clínica en Cirugía Oral, los métodos de exploración son de gran utilidad, pues nos permite reunir, la información necesaria para toda fuente posible, al mismo tiempo nos permite establecer un diagnóstico, cuando menos, una hipótesis provisional de la enfermedad por diagnosticar.

En lo que respecta a signos vitales consideramos necesario que todo odontólogo deberá registrar por lo menos la presión sanguínea, frecuencia del pulso y temperatura corporal antes de cualquier tratamiento y sobre todo en Cirugía Oral.

La exploración de los diferentes aparatos y sistemas son de gran importancia en la elaboración de toda Historia Clínica ya que nos ayuda a detectar alteraciones fisiológicas y/o anatómicas, siendo éstas de gran valor para todo tratamiento quirúrgico. Tomando en consideración que el odontólogo tiene la responsabilidad de reconocer los signos y los síntomas de cualquier enfermedad que presente el paciente.

Para que el odontólogo llegue a un diagnóstico correcto es necesario que acuda a los exámenes auxiliares de diagnóstico, los cuales deben ser utilizados en forma adecuada, ya que nos brindarán una información importante y esencial de las enfermedades generales y bucales.

Al hacer el examen intraoral es de gran interés que nos consentremos en todas aquellas regiones anatómicas de cavidad oral y de los órganos que los rodean, para hacer un buen diagnóstico de todas aquellas patologías que la afectan. El estu

dio comprenderá enfermedades habituales de los dientes, tejidos de sostén y mucosa bucal.

De éste modo aplicaremos al paciente un buen servicio de salud de mayor calidad y sobre todo en aquellos pacientes que se les tenga que intervenir quirúrgicamente.

En toda Cirugía Oral el diagnóstico se establecerá al comparar, examinar y sintetizar las características descriptivas de las enfermedades y de los datos obtenidos en los métodos de exploración. Considerando de esta forma que cada diagnóstico debe ser valorado en relación con la importancia para el pronóstico y de un buen plan de tratamiento.

### PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.

Se aconseja a todo Cirujano Dentista, mostrar especial interés en cada uno de los pacientes que se presenten a la consulta dental, esto se logrará elaborando una Historia Clínica detallada de cada caso en particular, considerando que deberá incluir todas aquéllas enfermedades del Aparato Cardiovascular, Respiratorio, genitourinario, Digestivo, del Sistema Nervioso, etc.

Se recomienda especial atención en los antecedentes quirúrgicos, los cuales pueden ser importantes para el dentista, especialmente los que involucran las regiones faciales y del cuello, debido a que tanto el dentista o el médico del paciente podrán estar involucrados en el control posoperatorio de la cirugía en ésta zona.

Se propone a todo Cirujano Dentista, elaborar la Historia Clínica en forma ordenada y sistemática, esto es con el fin de que abarque todos y cada uno de los aparatos y sistemas y, el reconocimiento inmediato de alguna alteración que se presente, no siendo necesaria una Historia Clínica impresa ya que se pueden utilizar o registrar en papel blanco, con todos los datos pertinentes.

## BIBLIOGRAFIA.

APARATO RESPIRATORIO.  
ISMAEL COSIO VILLEGAS.  
ALEJANDRO CELIS SALAZAR.  
MIGUEL COSIO PASCAL.  
EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ OTEO.  
NOVENA EDICION.

CARDIOLOGIA CLINICA.  
MAURICE SOKOLON MCICROX.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.  
PRIMERA EDICION.

CIRUGIA BUCAL.  
GUILLERMO A. RIES CENTENO.  
EDITORIAL: EL ATENEO.  
OCTAVA EDICION.

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA.  
EDITORIAL: FONDO DE LA CULTURA ECONOMICA.

DICCIONARIO TERMINOLOGICO,  
DE CIENCIAS MEDICAS.  
EDITORIAL: SALVAT.

FISIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA BASICA.  
GUYTON ARTUR C.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.

FUNDAMENTOS DE DIAGNOSTICO.  
DR. LUIS MARTIN ABREU.  
EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ O.  
SEGUNDA EDICION.

GASTROENTEROLOGIA CLINICA.  
DR. HOWARD M. SPIRO.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.

GUIA DE LABORATORIO PARA EL  
DIAGNOSTICO CLINICO.  
R. H. EASTHAM.  
EDITORIAL: PANAMERICANA.  
PRIMERA EDICION.

GUIA PARA LA RADIOLOGIA DENTAL.  
RITA A. MASON.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO  
PRIMERA EDICION.

INTERPRETACION RADIOLOGICA INTRABUCAL.  
ROBERT P. LANGIAIS.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO  
PRIMERA EDICION.

LA CLINICA Y EL LABORATORIO.  
ALFONSO BALCELIS GORINA.  
EDITORIAL: MARIN.  
UNDECIMA EDICION.

MANUAL DE NEUROLOGIA CLINICA.  
AURELIO REYES CASTELLANOS.  
EDITORIAL: TALLERES GRAFICOS VICTORIA.  
PRIMERA EDICION.

MANUAL DE PSIQUIATRIA.  
PHILIP SOLOMON.  
VERMAND PALCH.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.  
SEGUNDA EDICION.

MEDICINA BUCAL.  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.  
DR. LESTER W. BURKET.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEXTA EDICION.

NEUROLOGIA CLINICA.  
JOSE NAVA SEGURA.  
EDITORIAL: IMPRESIONES MODERNAS.  
TERCERA EDICION.

NEUROANATOMIA CORRELATIVA.  
JOSEPH G. CHUSID.  
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.  
TERCERA EDICION.

NEUROLOGIA FUNCIONAL.  
SINDROMES NEUROLOGICOS.  
JOSE NAVA SEGURA.  
EDITORIAL: IMPRESIONES MODERNAS.  
SEXTA EDICION.

OCCLUSION.  
ASPECTOS CLINICOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS.  
JOSE ABJEAN.  
JEAN MARIE KORBENDAU.  
EDITORIAL: PANAMERICANA.

OCCLUSION.  
DR. FIGURD P. RAMFJORD.  
MAJOR M. ASH. JR.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.

ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA.  
DR. T. M. GRABER.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
TERCERA EDICION.

PROPEDEUTICA FUNDAMENTAL.  
MANUEL ORTEGA CARDONA.  
EDITORIAL: FRANCISCO MENDEZ O.  
DUODECIMA EDICION.

PROPEDEUTICA MEDICA.  
DR. JOHN A. PRIOR.  
DR. JACK S. SILBERTEIN.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
TERCERA EDICION.

PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA.  
MITCHELL DAVID F.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.

RADIOLOGIA DENTAL.  
RICHARD C. O'BRIEN.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
SEGUNDA EDICION.

SEMILOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATIVA.  
JUAN SUROS FORNS.  
JUAN SUROS BALLO.  
EDITORIAL: SALVAT.  
SEXTA EDICION.

SIGNOS Y SINTOMAS.  
FISIOLOGIA APLICADA E INTERPRETACION CLINICA.  
MAC. BRYDE BLACKLOW.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
QUINTA EDICION.

TEXTO DE PATOLOGIA.  
PELAYO CARNEA.  
JAVIER ARIASN STILLA.  
EDITORIAL: PRENSA MEDICA MEXICANA.  
SEGUNDA EDICION.

THOMA.  
PATOLOGIA ORAL.  
ROBERT J. GORLIN.  
HENRY M. GOLDMAN.  
EDITORIAL: SALVAT.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.  
GUSTAVO C. KRUGER.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
CUARTA EDICION.

TRATADO DE FISILOGIA MEDICA.  
ARTHUR C. GUYTON.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
CUARTA EDICION.

TRATADO DE MEDICINA INTERNA.  
BEESON MACDERMOTT.  
EDITORIAL: INTERAMERICANA.  
TOMO I Y II.

UROLOGIA E INTRODUCCION A LA SEXOLOGIA.  
JAIME WOOLRICH DOMINGUEZ.  
EDITORIAL: ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.  
SEGUNDA EDICION.

UROLOGIA GENERAL.  
DONALD R. SMITH.  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO.  
TERCERA EDICION.