

I.

DIAGNOSTICO BUCAL

## **DIAGNOSTICO BUCAL**

### **1. 1.- DIAGNOSTICO: DEFINICION**

La palabra diagnóstico deriva del griego diagnosis; distinguir, conocer; es la parte de la medicina que tiene por objeto identificar una enfermedad determinada sobre la base del conocimiento de los signos y síntomas.

### **1. 2.- TIPOS DE DIAGNOSTICOS**

Entre los principales diagnósticos tenemos los siguientes:

#### **1. 2.1.- Diagnóstico anatomopatológico**

El que puede ser macroscópico, por la simple observación y comprobación de las alteraciones anatómicas de las vísceras enfermas, y el microscópico con el auxilio del microscopio, para determinar las perturbaciones anatomohistológicas de las mismas.

#### **1. 2.2.- Diagnóstico fisiopatológico**

Que comprende el de los síndromes; ejemplo: Insuficiencia cardíaca.

#### **1. 2.3.- Diagnóstico funcional**

Nos permite apreciar el estado del funcionamiento de un determinado órgano; espirometría (del latín spirare; espirar y el griego metrón medida) medición de la capacidad respiratoria de los pulmones, ejemplo: Insuficiencia respiratoria; ergometría (del griego ergón, trabajo; metrón medida) en Cardiología se usa este término para designar el

se usa este término para designar el electrocardiograma de esfuerzo para apreciar la capacidad funcional de las arterias coronarias, ejemplo:

Insuficiencia coronaria.

#### **1. 2.4.- Diagnóstico anatómico**

Se refiere a la lesión anatómica que presenta un determinado órgano; ejemplo: Estrechez aórtica, Labio leporino, bronquiectasis, etc.

#### **1. 2.5.- Diagnóstico diferencial**

Sirve para diferenciar dos o más enfermedades que tienen signos y síntomas comunes o similares, valiéndose de algún signo o síntoma que no tiene tal carácter, y de los métodos auxiliares de diagnóstico; ejemplo: Hepatitis a virus con la fiebre amarilla, Hepatitis tóxica, Liteasis biliar, gripe, gastroenteritis, etc.

#### **1. 2.6.- Diagnóstico etiológico**

Este último de gran importancia, pues no puede haber diagnóstico completo sin determinar éste; ejemplo: la observación microscópica en el esputo del bacilo de kosch, previa coloración de Ziel Nielsen en la tuberculosis pulmonar, fiebre reumática, etc.

#### **1. 2.7.- Diagnóstico de presunción**

Cuando mediante los signos y síntomas indicios, sospechamos de una determinada enfermedad.

Sobre la base del diagnóstico anterior y con la ayuda de métodos auxiliares, podemos aseverar un diagnóstico definitivo.

Una vez realizado el diagnóstico, es necesario considerar el pronóstico (del griego pro, delante; gnosis, conocer), que nos permite anteladamente prever el curso bueno o malo de una enfermedad con el análisis de los signos y síntomas, que por esta razón reciben el nombre de pronósticos.

### **1. 3.- METODOS DE EXAMEN PARA DETERMINAR EL DIAGNOSTICO**

Para llegar al diagnóstico de una determinada enfermedad tenemos que recurrir a los métodos de examen conocidos en semiología; siendo los fundamentales: Interrogatorio, inspección, palpación, percusión, auscultación, cuadyuvados por los métodos auxiliares dentro de los cuales tenemos los instrumentales y los de laboratorio.

#### **1. 3.1.- Interrogatorio**

Este método también recibe el nombre de anamnesis (del griego ana, nuevo; mnesis, memoria).

Consiste en preguntar al paciente que concurre a la consulta en forma detallada y lo más minucioso posible, sobre una serie de datos o antecedentes de incalculable valor diagnóstico. Constituye la base fundamental e insustituible del diagnóstico.

Lo importante es crear mediante una interacción afectiva, un ambiente favorable para que el paciente

pueda adquirir la confianza necesaria, se debe dejar que el paciente exponga sus molestias, para luego el explorador oriente y conduzca el mismo. Debemos dirigir las preguntas de ser posible al paciente. Si este fuera de muy corta edad, al padre, madre, hermanos, etc.

Esquemáticamente debemos consignar lo siguiente:

**1. 3.1.1.- Datos personales**

O de filiación, hay que consignar el nombre, apellido, domicilio, teléfono, nacionalidad, por la relación que puede existir entre la enfermedad con su país de origen por ejemplo: pigmentaciones pardonegruzcas en las encías de carácter étnico en los filipinos, etc.

La edad es importante por la aparición con mayor frecuencia de una enfermedad a una edad determinada; enfermedades eruptivas en los niños, la bronconeumonía en los dos extremos (lactantes y viejos). La profesión de gran importancia en la génesis de muchas enfermedades, que adquieren el carácter de profesionales porque demandan gran esfuerzo mental ejemplo: aftas en la mucosa de la boca. El estado civil como ejemplo: enfermedades venéreas en los solteros. El sexo otro dato a consignar, ya que hay enfermedades frecuentes

en un sexo en relación al otro, ejemplo: en el hombre infarto de miocardio, en las mujeres, lupus eritematoso sistémico. La residencia actual como las anteriores, por la procedencia del enfermo de una determinada región con patología endémica especial, ejemplo; enfermedad de chagas, dientes veteados por exceso de flúor en el agua.

#### **1. 3.1.2.- Antecedentes personales**

Hay que preguntar sobre las enfermedades padecidas en la distintas etapas de la vida y los tratamientos realizados; en lo posible se indagará sobre los medicamentos que recibió la madre durante el embarazo, por ejemplo: la estreptomicina administrada durante la primera mitad de la gestación, por su acción tóxica sobre los órganos auditivos del feto al pasar la barrera placentaria, nos puede explicar la sordera del niño después del nacimiento, se debe consignar los hábitos, consumo de bebidas alcohólicas, factor que se debe tener en cuenta en afecciones tales como la cirrosis, gastritis, etc. El cigarrillo por su influencia en el cáncer del pulmón, leucoplasias o placas de los fumadores, cáncer de labio, lengua, etc. El té, café, mate, la cantidad y frecuencia en

su ingestión por la relación con afecciones digestivas (gastritis, ulcus, gastroduodenal), trastornos psicógenos sobre todo cuando se consume en exceso por su acción excitante sobre el sistema nervioso central. Finalmente las condiciones de vida, higiene, alimentación; el estado de las principales funciones biológicas, apetito, sueño, que pueden ser útiles en la orientación del diagnóstico.

#### **1. 3.1.3.- Antecedentes familiares**

Son los referentes a enfermedades del esposo, esposa, hijos, de los padres, abuelos y colaterales (hermanos, tíos), de mucho valor en las enfermedades de fondo hereditario, tales como la diabetes (predisposición familiar a padecerla), hemofilia, síndrome de peutz Jeguer, etc.

#### **1. 3.1.4.- Enfermedad actual**

Se indagará desde cuando y como comenzó la enfermedad, cuales fueron los primeros signos y síntomas que llamaron la atención del paciente, la evolución de los mismos, los tratamientos realizados, el uso de fármacos la dosis, y la vía de administración, por ejemplo: el uso de antibióticos, en cantidad suficiente y en forma repetida puede determinar la aparición de



Resistencia a los mismos, lo que nos puede explicar la ineficacia de la antibioticoterapia (penicilina, tetraciclina, estreptomina, etc), en un determinado proceso infeccioso, en este sentido es muy conocida la resistencia del bacilo de Koch a la estreptomina. Los fenómenos de la sensibilización de más frecuente observación con el uso de la penicilina, determina reacciones alérgicas, urticaria, edema angioneurótico de Quincke, escalofríos, fiebre, que configura un círculo vicioso ya que la hipertermia incita al uso del antibiótico y éste determina más fiebre, edema de glotis y aún shock anafiláctico que puede causar la muerte del paciente. Esta sensibilización se puede manifestar con dosis pequeñas y uso local como con cualquier otro alérgeno. Terminado el interrogatorio, pasaremos a considerar el examen clínico, propiamente dicho.

#### 1.4. PROCEDIMIENTO DE EXPLORACION

Para que la exploración sea eficaz, el examen tiene que ser sistemático, planificado de antemano y ordenado. El orden a seguir es cuestión de preferencia personal, sin embargo, independientemente del orden escogido, es de



suma importancia, comenzar siempre por el mismo sector y avanzar en forma predeterminada.

La exploración incluye los procedimientos de inspección (observación visual), palpación (tacto), exploración instrumental (tocar con un explorador), y percusión (golpeteo).

#### **1. 5.- TECNICA DE EXPLORACION**

En toda exploración física, la persona que explora ejecuta cuatro acciones: inspección, palpación, percusión y auscultación.

La siguiente técnica de exploración es la base para establecer un orden de sucesión lógico.

##### **1. 5.1.- Examen extrabucal**

- Apreciación generalizada del paciente.
- Cara.
- Area de ganglios linfáticos submentonianos y submaxilares.
- Glándulas parótidas.
- Area de articulación temporomaxilar.
- Orejas (detrás).
- Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales.
- Area de la glándula tiroides.

##### **1. 5.2.- Examen intrabucal**

- Labios y comisuras labiales.

Mucosa labial, vestíbulo bucal, encías, mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos paratídeos.

Paladar duro y encía palatina.

Paladar blando.

Áreas amigdalinas y faringe posterior.

Lengua: dorso, bordes laterales (amígdalas linguales).

Lengua: superficie inferior.

Piso de la boca y encía lingual.

Dientes (oclusión, caries).

La exploración física del paciente comienza con una valoración general del individuo. Esta parte de la exploración comienza con la observación del paciente cuando entra en la sala de espera y se sienta en el sillón dental.

Puede haber algo desusado en su caminar, como sucede en pacientes con parálisis cerebral, o puede haber algo raro en su postura, como ocurre en ciertas afecciones respiratorias, que solo queda en evidencia una vez que el paciente se ha sentado. Los tobillos del paciente pueden estar hinchados, sin que él mismo lo sepa, indicando alguna afección cardíaca.

Esta parte de la exploración física en realidad tiene lugar antes de que se haga el interrogatorio, ya que por lo general ésta es iniciado una vez que el paciente toma asiento.<sup>12</sup>

La palpación es una técnica de exploración en la cual el operador presiona y percibe diversas estructuras del cuerpo.<sup>11</sup> Esto se hará en cada exploración para adquirir pericia y descubrir fácilmente una anomalía que pudiera aparecer. La palpación se hace por lo menos de cinco maneras cada una de ellas está reservada para un área determinada.

- Palpación manual, con las dos manos.

Especialmente adecuada para examinar el piso de la boca.

- Palpación digital, se usan dos dedos de la misma mano y especialmente para examinar labios y partes de carrillos.

- Palpación lateral, es la técnica que sirve para valorar glándulas salivales (parótida y submaxilar), la articulación temporomaxilar y cualquier otra hinchazón extrabucal.

- Palpación de los dientes durante su función y cuando no funcionan para

determinar si hay movilidad.

- Palpación por compresión, esta técnica se usa para apreciar la textura y la densidad de la piel. Se efectúa sosteniendo la mano plana con los dedos juntos contra la piel.

La percusión se hace golpeando los dientes y otros tejidos con un instrumento o los dedos y escuchando los sonidos emitidos. Es de sumo valor para aislar un determinado diente como causa etiológica y no como molestia principal vaga y generalizada cuando el paciente no tiene noción de que la causa del dolor es el diente. Un diente sensible a la percusión suele ser señal de inflamación del periodonto.

La auscultación es una técnica para escuchar sonidos especialmente los producidos por el chasquido de la articulación temporomaxilar durante los movimientos del maxilar inferior; trastornos foniátricos que se producen porque faltan dientes o anomalías de la oclusión entre los maxilares que producen ceceo cuando el individuo coloca la lengua en esos espacios al hablar, debido a que están mal hechas.

Al explorar la cara, hay que fijarse en la simetría.

Se palpará toda hinchazón, porque entre las

causas más comunes de las hinchazones faciales están los dientes.

La investigación a fondo de esas hinchazones puede llevar a descubrir un diente con absceso. Los ganglios linfáticos pueden agrandarse como resultado de procesos infecciosos, inflamaciones o tumores.

En estos casos, su tamaño y consistencia varían.

Pueden estar sensibles o no, ser movibles o fijos. Cuando no hay enfermedad, suele ser difícil palpar los ganglios. Sin embargo algunos ganglios linfáticos persisten y se palpan muchos años después de concluida la enfermedad.

El orden de exploración va desde el área submentoniana hasta la submaxilar y luego hacia el cuello. Se recomienda la palpación bimanual, y en el área submaxilar puede hacerse tanto dentro como fuera de la boca."

Las glándulas parótidas se palpan para descubrir hinchazones. Si el paciente presiona los dientes, las hinchazones de la zona parotídea se pueden percibir sobre el músculo masetero. A continuación se palpa el área de la articulación temporomaxilar, frente al oído,

mientras el paciente abre y cierra la boca. Hay que anotar todo chasquido o presencia de dolor. Luego, se inspeccionará el área situada detrás del pabellón de la oreja. No es raro que ahí se encuentre un tumor o haya dolor. Después se palparán los ganglios cervicales. Estos ganglios se perciben a lo largo de los bordes, superficial y profundo del músculo esternocleidomastoideo. A continuación se pedirá al paciente que degluta mientras la mano del explorador cubre el frente del cuello. Durante la deglución se siente que la glándula tiroides se mueve en el área de la manzana de Adán (nuez).

Al comenzar la exploración bucal, primero se observaran los labios. Una cicatriz en la superficie cutánea puede representar el cierre de una fisura labial o de una herida accidental. Con frecuencia se transparentan glándulas amarillas en el borde bermellón. Después una vez que el paciente junta los dientes, se toman los labios y se los separa para ver la totalidad de la superficie mucosa. El frenillo será un punto de referencia normal en la base del labio superior. Frecuentemente hay un pequeño apéndice de tejido normal unido



al frenillo. De la misma manera se lleva hacia abajo y se inspecciona el labio inferior. Si secamos esta superficie, veremos minúsculas aberturas de los conductos de glándulas salivales mucosas, de los cuales salen gotas de moco. Ahora se observa el vestibulo bucal de uno y otro lado, Así como la encía libre y fija. También se separa la comisura labial para exponer la mucosa vestibular (carrillos). Aquí hay dos puntos de referencia. Uno es la papila del orificio de salida del conducto parotideo (de Stenon). De este orificio por lo general se verá salir saliva transparente. El flujo puede ser probado apretando la zona de la glándula parótida sobre el borde posteroexterno de la rama ascendente del maxilar. El otro punto de referencia no es anatómico, pero no se lo encuentra regularmente. Es la línea blanca correspondiente a la línea oclusal de los dientes y se observa a la mitad de la mejilla, de la parte posterior a la anterior de la boca. Es la llamada línea alba.

A continuación se observa el paladar duro directamente o con espejo dental. La porción anterior contiene los pliegues denominados rugosidades. Se ve una línea blanca en la línea



media porque aquí no hay glándulas ni grasa y el tejido conectivo está fuertemente unido al hueso firme que queda por debajo de ésta área. Con frecuencia en ésta zona hay un exceso de hueso del paladar duro (torus). En los sectores laterales hay abundantes aberturas de conductos glandulares que pueden hacerse mas conspicuos en fumadores; se presentan como minúsculos orificios rosados.

Yendo hacia atrás, el explorador observará la totalidad del paladar blando. Esto incluye la visualización de toda la úvula. A cada lado del paladar blando se verán las amígdalas faríngeas en el área de las fauces. Si las amígdalas se han extirpado, desde las fauces hasta el paladar blando se ven cintas blancas anchas de tejido cicatrizal. No es raro que queden pequeños restos de tejido amigdalino en las fauces, aunque las amígdalas hayan sido extirpadas. Si se lleva la lengua hacia abajo y adelante con el espejo dental y se pide al paciente que diga "ah", con buena luz se verá el área uvuloamigdalina y la faringe. Los pacientes que padecen un resfriado pueden tener franjas rojas en la mucosa de esta área.

Luego se observa la lengua. Es fácil ver la

superficie dorsal pidiendo al paciente que estire la lengua. Hay que tomar en cuenta diversos aspectos de la anatomía. La capa "Blanca" que puede estar acentuada en ciertas enfermedades representa las papilas filiformes de la lengua.

Estas pueden estar teñidas de color pardo en los fumadores o en los bebedores de té. Intercaladas entre las papilas filiformes hay pequeñas papilas en forma de cúpula, las fungiformes. Estas pueden ser muy destacadas en ciertas personas, particularmente en estados patológicos en los que faltan las papilas filiformes. Las papilas caliciformes no suelen verse. Cuando las hay, se presentan como hinchazones grandes en la superficie posterior de la lengua. Como están dispuestas simétricamente (bilaterales) en forma de V con la punta hacia la faringe, se las distingue de las hinchazones patológicas, que suelen aparecer en un solo lado (unilaterales).

Es fácil ver y sostener la lengua envolviendo la punta con un trozo de gasa. De esta manera, el Odontólogo puede llevar la lengua a derecha e izquierda y observar sus lados. Hay que estudiar el Área amigdalolingual inmediatamente

por delante del borde postero-externo.

Aquí hay pliegues verticales de tejido que pueden estar hinchados o enrojecidos, particularmente en los fumadores.

Se pide al paciente que toque el paladar con la lengua.

Al hacer esto, deja ver la superficie ventral de la lengua y el piso de la boca. Algunos pacientes no pueden tocar el paladar debido a la manera en que el frenillo lingual se inserta en la lengua (Lengua adherente).

El Odontólogo no observará solo el frenillo lingual, sino también las grandes venas que se extienden a cada lado. Estas son mas visibles en los pacientes de edad y son análogas a las venas varicosas de las piernas. Ahora se examina el piso de la boca. En la parte anterior, a cada lado, hay pliegues sublinguales que son cilindros horizontales de tejido levemente elevados, con orificios de salida de las glándulas linguales a la superficie. Con forma de V que apunta hacia los dientes anteriores, estos pliegues terminan en una prominencia algo mayor, con un orificio de conducto grande (conducto submaxilar o de warton), de estas aberturas es fácil extraer

saliva presionando las glándulas submaxilares contra el borde inferior del maxilar inferior. A veces en uno de los conductos se forma un cálculo y entonces el flujo es entorpecido o detenido.

Con un espejo bucal y mediante la observación visual directa se estudia la arcia fija y libre. Después se examina los dientes. Se pide al paciente que ocluya los dientes y se observa si hay alguna maloclusión. Con un explorador se buscan caries y otros defectos.

Mediante este examen sistemático es posible observar desviaciones de lo normal. Estas van de defectos simples e inocuos a enfermedades muy graves y mortales. Lo importante es observar estas desviaciones. El bienestar del paciente aumentará gracias a la observación sagaz y cuando sea necesario, a que se le envíe a otros especialistas.

#### 1. 5.3.- El examen general

No debe jamás omitirse; no solamente él puede aclarar la etiología de una lesión (sífilis, diabetes, mellitus, etc). Más aún todavía él nos permite prevenir las complicaciones post-operatorias; el surmenage (pérdida de la memoria), "Los disturbios sanguíneos, la hipertensión, una deficiencia

hepática, una alteración general reciente son igualmente factores que deberán retener la atención para planificar un correcto tratamiento.

#### **1. 5.4.- Métodos auxiliares o complementarios de diagnóstico.**

Los métodos auxiliares cuadyuvantes de diagnóstico son de suma importancia; comprenden los de laboratorio y los instrumentales.

##### **1. 5.4.1.- Exámenes de laboratorio**

Entre estos tenemos:

##### **- Hematológicos**

Hemogramas completos, que comprenden recuentos y fórmulas, heritrocedimentación, hemoglobina, valor globular, recuento de plaquetas; a manera de recuerdo los valores normales son los siguientes: Glóbulos rojos tienen un valor normal término medio de 5.400.000 por mm<sup>3</sup> en el hombre y 4.800.000 por mm<sup>3</sup> el término medio en la mujer.

La hemoglobina de 14 a 18 grs. por 100 ml. en el hombre y 12 a 15,5 grs por 100 ml. en la mujer.

La eritrocedimentación de 2 a 7 mm. en el hombre y de 3 a 10 mm. en la mujer.

La concentración de glóbulos blancos o

leucositos tienen un valor normal entre 5.000 a 10.000 grs por mm<sup>3</sup>.

**- Tiempo de Sangría**

Oscila entre 1 a 6 minutos.

**- Tiempo de Coagulación**

Su valor normal es de 5 a 15 minutos, se alarga cuando hay alteraciones de algunos de los elementos que intervienen en la coagulación.

**- Determinación de los grupos sanguíneos**

La determinación previa de los grupos sanguíneos de acuerdo a la nomenclatura propuesta por Dungner Hirzfeld y adoptada por la liga de las naciones; O, A, B AB, basada en la presencia de aglutinógenos en el estroma de los glóbulos rojos y aglutininas en el plasma de acuerdo al gráfico siguiente.

---

| GRUPO | AGLUTINOGENO | AGLUTININAS          |
|-------|--------------|----------------------|
| O     | -----        | a anti A<br>b anti B |
| A     | A            | b anti B             |
| B     | B            | a anti A             |
| AB    | A y B        | -----                |

---

**- Bioquímica de la sangre**

Para la determinación de la glucosa se verifica



la toma generalmente de la sangre capilar. La glucosa cuyos valores normales oscilan de 60 a 120 mgr.Por %.

**- El fibrinógeno**

Es sintetizado en el hígado, de gran importancia en la coagulación de la sangre, su valor normal es de 0,20 a 0,40 gr.100 ml.

**1. 5.4.2.- Instrumentales**

**- La presión arterial**

Auscultación del corazón que debe ser perfectamente conocida por el odontólogo, por la posibilidad de encontrarse con sorpresas desagradables, lipotimias, paros cardiacos, crisis hipertensiva, en cardiopatías e hipertensos por uso de anestésicos con vaso constrictores (epinefrina), al proceder a extraer una pieza dentaria o intervención quirúrgica sin previo reconocimiento. Los valores normales de la presión arterial oscilan en el adulto sano entre 100 y 140 mm. Hg para la máxima o sistólica y, 60 a 80 mm. Hg para la mínima o diastólica. El límite de normalidad para la máxima es de 140 mm.Hg y para la mínima de 90mm.Hg.

**- La Función exploradora**

Para lo que se utiliza la geringa de luer de 2



a 5 cc.cuando se trata de un quiste, se extrae liquido citrino, en tumores sólidos sólo gotas e sangre y pus en los abscesos.

#### **- Biopsia**

La biopsia en la cavidad bucal es un simple procedimiento quirúrgico con el cual se remueve una parte o toda la lesión completa. En cualquier caso, debe incluirse en la muestra la porción de tejido normal adyacente.

Al hacer la biopsia deben observarse las siguientes reglas:

##### **. Localización**

La muestra debe ser siempre mayor de 5 mm.De diámetro.

##### **. Forma**

La muestra debe ser de forma tal que sirva de orientación al patólogo.

##### **. Método para la biopsia**

El uso de un bisturí filoso es esencial para evitar la mutilación de la muestra. Se corta al rededor del área elegida; luego se levanta suavemente la muestra con una pinza para tejido y se corta la base. Es necesario tener cuidado de no aplastar la muestra. Si es preciso se sutura la herida o, si se trata de una biopsia gingival, úsese empaquetamiento quirúrgico de

. óxido de zinc.

La muestra debe fijarse inmediatamente. No permita que se saque. Fijar en formalina al 10% o en la solución de zenker.

**- fijación en formalina al 10%**

Lave la muestra y colóquela en la solución para fijarla. Para hacer esta solución agregue tres partes de agua a una parte de la solución de "Stock". La solución de stock es formalina concentrada (40% de formaldehído en agua) a la que se ha agregado suficiente carbonato de magnesio para cubrir el fondo de la botella para hacerla neutra. Cambie la solución a la media hora y envíe al patólogo.

**- Fijación con formalina o solución de zenker**

. Lave la sangre de la muestra.

. Coloque la muestra en solución de nueve partes de la solución zenker de "Stock" y una parte de formalina neutra. La solución de "Stock" y la formalina debe mezclarse inmediatamente antes de usarse.

Para tejido gingival debe permanecer 24 horas. Para muestras más grandes, debe permanecer más tiempo.

. Ponga la muestra en agua.

Solución de zenker "Stock" (nueve partes).

Bicromato de potasio ..... 12,5 grs.

Cloruro de mercurio ..... 25,0 grs.

Sulfato de sodio ..... 5,0 grs.

Agua destilada ..... c.s.p. 500 cm<sup>3</sup>

Formalina neutra (una parte).

Formalina ..... 40%

neutralizada con carbonato de calcio.

Con la muestra, dé al patólogo la ubicación, descripción clínica y un diagrama de la topografía de la misma. Dé su diagnóstico de presunción.

#### -Exámenes radiológicos

Las radiografías dentales, cuando se correlacionan con la historia del caso y el examen clínico, son los complementos más importantes en el diagnóstico oral. Las radiografías bien tomadas, examinadas bajo apropiadas condiciones, pueden revelar signos de enfermedad que ningún otro método es capaz de descubrir. Hay numerosos procesos patológicos que no pueden descubrirse clínicamente hasta que no han alcanzado cierto desarrollo; una radiografía puede revelarlos siendo todavía incipientes. Esto puede

aplicarse a los quistes odontológicos y tumores neoplasias óseas, reacciones periapicales correspondientes a piezas desvitalizadas, y a muchos otros.

Existen radiografías intraorales (radiografías periapicales, radiografías con aleta de mordida o interproximales) y radiografías extraorales (panorámicas). En el presente trabajo hemos recurrido a las radiografías periapicales.

#### **- Radiografías periapicales**

Son las que se utilizan más a menudo en el consultorio odontológico, se utiliza para el diagnóstico de procesos periapicales y alteraciones óseas como ser osteítis, osteomielitis, alteraciones en la erupción dentaria, para detección de bolsas periodontales, reabsorción ósea.

## II.

### EL SIGNIFICADO DENTAL DEL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO EN LA ENFERMEDAD SISTEMICA

## EL SIGNIFICADO DENTAL DEL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO • EN LA ENFERMEDAD SISTEMICA

Es muy importante que el odontólogo se familiarize con el estado físico del paciente y su historia médica pasada, debido a que muchas de las drogas que ahora se encuentran en uso general en medicina, pueden producir cambios corporales que requieren modificación de los procedimientos dentales o, en algunos casos puede contraindicar temporariamente cualquier forma de tratamiento odontológico. Otras drogas pueden producir manifestaciones orales que el odontólogo podría diagnosticar erróneamente si no tuviera en cuenta que el paciente está siendo tratado con cierto medicamento. Por esta razón es cada vez más importante, hacer la historia médica del paciente que acude al consultorio odontológico y que una de las partes del interrogatorio se refiera a la terapia con drogas actual y pasada.

Trataremos las drogas sistémicas de uso más común que producen reacciones de significación oral junto con una breve descripción de los problemas dentales que pueden incitar.

### 2. 1.- ESTEROIDES ADRENCORTICALES •

Un número creciente de personas está en tratamiento con esteroides adrenocorticales, cortisona o hidrocortisona, o con corticotropina (ACTH), las cuales estimulan una



secreción adicional de los esteroides adrenocorticales. Enfermedades tan variadas como la artritis reumatoidea y artritis gotosa, estados alérgicos enfermedades inflamatorias del ojo, pénfigo, colitis ulcerosa, fibrosis pulmonar, sarcoidosis, enfermedad renal, trastornos sanguíneos y enfermedad hepática son tratadas a veces con este grupo de drogas. Por lo tanto resulta evidente que una porción significativa de la población, está de tiempo en tiempo en tratamiento con corticotropina o corticoesteroides.

Entre los efectos colaterales que producen estos medicamentos, hay una depresión del mecanismo defensivo natural del cuerpo, incluyendo la inflamación. Como consecuencia un paciente que está siendo tratado con este grupo de drogas es más propenso a las infecciones postoperatorias y cuando va a realizarse cualquier forma de procedimiento quirúrgico bucal, suele estar indicada la administración profiláctica de los antibióticos. Como estas drogas suprimen también los signos y síntomas precoces usuales de la enfermedad, pueden complicar el diagnóstico, por ejemplo, un absceso alveolar agudo podrá desarrollarse casi inadvertidamente y alcanzar un estado grave, antes que el paciente se dé cuenta de su presencia. La aplicación tópica de corticoesteroides puede reducir las reacciones inflamatorias localizadas como la de las placas dolorosas debajo de las dentaduras. Sin embargo debe insistirse en

que éste tratamiento es solamente sintomático y que de ninguna manera elimina la causa de la afección.

Es sensato discutir con el médico del paciente cualquier procedimiento quirúrgico dental propuesto, si el mismo se encuentra tomando corticotropina o corticoesteroides. Los mas utilizados son: hidrocortizona, prednizona, dexametazona y betametazona.

## 2. 2.- ANTICOAGULANTES .

En la última década el uso de las drogas anticoagulantes sea extendido tanto en medicina que muchos pacientes ambulatorios están ahora bajo ese tratamiento. Las drogas más comunes son el dicumarol y la heparina. Como ésta debe administrarse por vía parenteral se usa con mucha frecuencia en el paciente hospitalizado, cuando se desea un efecto anticoagulante rápido y muy activo. El dicumarol puede administrarse por vía oral, y muchos pacientes que aparentemente gozan de buena salud a un examen casual, están tomando esta droga. Se emplea, en el tratamiento de estados como el embolismo pulmonar, tromboflebitis, oclusión arterial, trombosis venosa y oclusión coronaria.

La terapia anticoagulante tiene importancia para el odontólogo, porque el tiempo de coagulación está aumentado y por lo tanto, puede producirse una hemorragia postoperatoria aún después de procedimiento quirúrgicos simples.

Si es posible, cualquier intervención bucal debe posponerse

hasta que haya completado la evolución de la terapia anticoagulante. Si esto no es posible debe consultarse al médico del paciente, respecto a la conveniencia de una interrupción en el uso de anticoagulantes puede ser peligrosa y la cirugía bucal no puede posponerse en éste caso el odontólogo debe anticipar una posible hemorragia y estar preparado para tomar medidas locales para su control. Puede considerarse el uso tópico de trombina (con o sin una esponja de gelatina ), esponjas de celulosa oxidada y otros agentes hemostáticos, junto con la presión. El paciente debe ser observado muy de cerca hasta que el peligro de la hemorragia postoperatoria haya pasado.

## **2. 3.- DEPRESORES DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL •**

Actualmente hay muchas personas en tratamiento por diversos grados de nerviosidad corriente, neurosis o psicosis leve, y habitualmente se usa alguna forma de depresores del sistema nervioso central con éste propósito. Además muchos otros estados, incluyendo la epilepsia, enfermedad de parkinson, úlceras gástricas o duodenal, tensiones menopáusicas e insomnio son tratadas con varios grupos de depresores centrales.

### **2. 3.1.- Barbitúricos •**

Los más usados son: el fenobarbital y pentotal. Estos inhiben la acción del vago sobre el corazón. El fenobarbital se emplea para la sedación preoperatoria en odontología, debe recordarse que un paciente que

toma estas drogas consistentemente puede estar ya parcialmente sedado y que esto podría acentuarse excesivamente si se administra una dosis demasiado grande. Además, debe recordarse el hecho que algunas personas pueden tener una historia de reacciones a los barbitúricos que contraindican su uso.

### 2. 3.2.- Atarácticos •

En los últimos años las drogas atarácticas (tranquilizantes) han adquirido una amplia difusión, este grupo de drogas tienen importantes consideraciones en odontología, probablemente las drogas más usuales de este grupo, son: La clorpromazina (torazina o largactil) y el fenobarbital.

Aunque las drogas atarácticas se consideran teóricamente eficaces sin producir mucha depresión central, un cierto número de pacientes muestran diversos grados de somnolencia.

En una serie de 412 pacientes tratados con clorpromazina, el 147% tuvieron cierta tendencia a dormirse, mientras que el 23% quedó somnoliento y el 19% hipotenso. Esos mismos efectos se notaron con otras drogas atarácticas en diversos grados. Si el odontólogo desconoce que el paciente esta tomando una droga tranquilizante, y prescribiera un barbitúrico u otro depresor, para lograr sedación preoperatoria

podría seguir una profunda, y posiblemente seria, depresión central.

Un número significativo de pacientes que toman clorpromazina durante un periodo extenso se vuelven ictericos. Se ha mencionado que este sintoma ocurre aún algún tiempo después de interrumpida la terapia. Como en otros tipos de ictericia el tiempo de sangría y de coagulación está aumentado y cualquier procedimiento quirúrgico puede producir una hemorragia postoperatoria.

Muchos pacientes que toman clorpromazina se vuelven hipotensos. más aún, en lugar de combatir la hipotensión, la inyección de epinefrina tiende a agravarla por esta razón las soluciones anestésicas locales que contienen epinefrina no deben usarse en un paciente que está en tratamiento con clorpromazina. El levoarterenol (levofhet) o etilefrina (efortil) deben preferirse en esos pacientes. Han ocurrido casos ocasionales de agranulocitosis consecutivas a la terapia prolongada con las drogas atarácticas. El odontólogo debe estar alerta para descubrir lesiones bucales indicadoras de este estado si un paciente cuenta que está tomando desde hace mucho tiempo este tipo de medicamentos.

## 2. 3.- ANTICONVULSIVOS .

Las drogas anticonvulsivas se usan extensamente en el



tratamiento de la epilepsia. La de mayor significación en odontología es la fenitoína (indantina, epamin) que frecuentemente produce una marcada hiperplasia de la encía. Como no suele ser posible interrumpir éste medicamento, la hiperplasia con frecuencia exige la gingivectomía. Suele ocurrir con menos frecuencia cuando existe una buena higiene bucal.

La hiperplasia puede adoptar un aspecto duro o blando en ésta última circunstancia se producen hemorragias con facilidad; la alteración puede limitarse a una porción mínima de la encía que envuelve a la corona o extenderse a toda ella. Se ignora el mecanismo responsable de ésta alteración, aunque se acepta que la fenitoína predispone al tejido gingival para la actuación de factores irritantes. Algunas de las drogas antiepilepticas más nuevas no producen hiperplasia gingival. De ellas la primidona (mysoline); otras drogas carbamazepina (tegretol) producen a veces dolor en la zona gingival y todas tienen ciertas desventajas con respecto al costo y otros efectos colaterales, de modo que la fenitoína continúa siendo usada ampliamente. todo paciente con historia de epilepsia, tratada o no debe ser manejado con cuidado en el consultorio dental, evitándole cualquier forma de estímulo emocional que pudiera precipitar un ataque epiléptico.

## **2. 5.- DROGAS CARDIOVASCULARES •**

Es muy importante para el odontólogo saber de cualquier

medicación con drogas para el tratamiento de la enfermedad cardiovascular, tanto desde el punto de vista de los posibles efectos colaterales por las drogas como también posibles complicaciones durante el tratamiento dental, debido a la enfermedad misma.

#### **2. 5.1.- Agentes antihipertensivos .**

Existe ahora una cantidad de drogas que se usan para el tratamiento de la hipertensión. Estos pacientes suelen ser propensos a desmayarse con facilidad sobre todo con los cambios repentinos de posición, por ejemplo, sacarlos rápidamente de una posición parcialmente reclinada en el sillón dental. Las náuseas y los vómitos ocurren frecuentemente en pacientes que toman estas drogas y el stress de una cita dental podría precipitar estas reacciones. Entre estas tenemos el metil dopa (aldomet); el enalapril (lotrial).

#### **2. 5.2.- Nitrito de amilo y nitroglicerina .**

Estas drogas se recetan a menudo a personas que sufren ataques anginosos. Como estas drogas no solo dilatan los vasos coronarios, sino también otros vasos, la caída resultante de la presión sanguínea produce a veces desmayos. Aún más significativo, es el hecho que el stress de una cita dental, sobre todo si hay dolor puede precipitar un ataque anginoso.

#### **2. 5.3.- Digital .**



La digital y sus derivados, y la cantidad de agentes más nuevos se usan en la insuficiencia miocárdica (falla cardíaca). A menudo durante períodos prolongados. El paciente digitalizado se torna fácilmente nauseoso y es particularmente propenso a vomitar cuando se lo coloca bajo stress, por ejemplo, una extracción dentaria o aún los procedimientos de operatoria dental. La digital más usada es la digoxina (lanicor).

#### **2. 5.4.- Quinidina y amidoprocaína .**

La quinidina y la amidoprocaína se recetan frecuentemente para los pacientes con arritmia cardíaca o personas sometidas a taquicardia paroxística (períodos intermitentes de latidos cardíacos muy rápidos). Los pacientes bajo esa medicación muestran a veces una disminución muy grave en la presión sanguínea ante situaciones de stress. También están sujetos a episodios de náuseas, vómitos y mareos. Estas drogas deprimen la formación de glóbulos blancos y el odontólogo debe considerar cuidadosamente toda lesión que sugiera a granulocitosis, en pacientes a quienes se administra medicamentos antiarrítmicos desde hace mucho tiempo. Con respecto a estas drogas cardiovasculares es necesario consultar con el médico del paciente, antes de formular planes de tratamiento dental en personas

tratadas con este grupo de drogas. Muchas veces puede ser necesario postergar un tratamiento dental que no sea de emergencia en el paciente cardiovascular, y aún en otros casos estará indicada la sedación preoperatoria y las citas cortas.

## **2. 6.- DROGAS ANALGESICAS .**

Muchos pacientes con estados dentarios dolorosos demoran la visita al odontólogo durante días o semanas con la esperanza que su dolor remitirá espontáneamente. Durante este tiempo, frecuentemente toman ácido acetilsalicílico (aspirina), u otras drogas como el ascriptín, adiro u otros productos que contienen aspirina. Esto es importante cuando se consideran extracciones u otros procedimientos quirúrgicos en la cavidad bucal, por que tomar aspirina durante un periodo de días o semanas puede producir un tiempo de coagulación prolongado, lo cual, por supuesto aumenta la posibilidad de una hemorragia postoperatoria. En el caso de pacientes que toman aspirina constantemente durante un tiempo, deben hacerse tests apropiados para determinar si la coagulación sanguínea es normal. Si el tiempo de coagulación está aumentando, el estado puede corregirse habitualmente con la medicación preoperatoria de vitamina K, como el bisulfito sódico de menadiona. La dosis adulta corriente es de 5mg por día durante 4 a 7 días antes de los procesos quirúrgicos.

Cuando el odontólogo considera el uso de analgésicos,

resulta útil una historia de la experiencia pasada del paciente con estas drogas. Por ejemplo, unas pocas personas son seriamente alérgicas a la aspirina y aún las dosis terapéuticas pueden producir reacciones graves, como ser adema angioneurótico, ataques asmáticos graves, urticaria y otras manifestaciones severas o desagradables.

Si bien la mayoría puede tomar codeína sin dificultad, algunos individuos se vuelven bastante nauseosos cuando intentan hacerlo. Algunos pacientes se deprimen excesivamente cuando se les da meperidina (demorol) y en ciertos individuos aparecieron náuseas intensas después de la administración de metadona.

## **2. 7.- DROGAS PARA CONTROLAR LA ALERGIA**

Si bien se usan para el control de la alergia una cantidad de medicamentos diferentes, las drogas antihistaminicas son indudablemente las de más significación para el odontólogo. El clorhidrato de difenilhidramina (benadryl) y el maleato de clorferinamina (alergin, sinalerg) al igual que otros antihistaminicos como el selestamine, selestone, histal, metazona, pueden darse durante semanas, en esos casos, frecuentemente producen una depresión central considerable y sería insensato sobre agregar una sedación mayor (por ejemplo, un barbitúrico) antes de las citas dentales. También se ha sugerido que los pacientes en tratamientos con esas drogas podrían no mostrar los signos clínicos usuales de infección.

El hecho que un paciente sufra de alergias que exijan una medicación con cualquiera de las drogas mencionadas, es también de considerable significación para el odontólogo. Esas personas son más propensas a mostrar sensibilidad a la penicilina y otros antibióticos, y a los anestésicos locales y otras drogas que se utilizan en odontología.

## **2. 8.- ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Muchos pacientes toman ciertos estimulantes del sistema nervioso central de tiempo en tiempo, para contrarrestar estados menores de depresión mental o mantenerse alerta cuando es necesario trabajar varias horas sin dormirse. Ciertas drogas que se dan para disminuir el apetito son también estimulantes del sistema nervioso central. El medicamento usado más ampliamente de éste grupo es la anfetamina (Benzedrina) pero las sales de dextroamfetamina (Dexedrina, obesedrin) también se usan. La significación principal en odontología es que pacientes que han estado tomando estas drogas, muestran a menudo una nerviosidad excesiva y serán necesarias dosis mayores de barbitúricos y otros sedantes para lograr una sedación preoperatoria efectiva. Salvo que el médico del paciente considere que una medicación continua de éste tipo es esencial, sería sensato que el paciente las interrumpiera durante el curso de los tratamientos dentales.

## **2. 9.- ANTIBIOTICOS .**

Una porción cada vez mayor de la población es tratada con

antibióticos. Esto puede ser de considerable significación para planear las medidas terapéuticas cuando se encuentran infecciones intraorales graves.

#### 2. 9.1.- Penicilina

De particular importancia es el hecho que una gran parte de la población se ha vuelto sensible a la penicilina. La proporción exacta de personas que reaccionará desfavorablemente a la penicilina es difícil de determinar. Sin embargo, el número de personas sensibilizadas es lo suficientemente grande por lo que resulta esencial determinar si hay una historia pasada de reacciones a la penicilina, la droga debe evitarse, porque éstas pueden ser desagradables y serias, y en algunos casos raros, fatales. La mayor parte de estos últimos han sido consecuencia de reacciones anafilácticas. También se encuentran unos pocos casos fatales de dermatitis exfoliativa.

La aplicación tópica sensibiliza más que la vía parenteral o la bucal de medicación sistémica. Más aún, las reacciones de sensibilización pueden ser inducidas por la aplicación tópica y existe la posibilidad de producir cepas resistentes de microorganismos. Por estas razones, el consejo de Terapéutica dental de la Asociación Dental Americana han suprimido todas las formas de penicilina



indicadas para aplicación tópica. Los riesgos de la aplicación tópica de la penicilina, generalmente sobrepasan los beneficios potenciales y, por lo tanto, la aplicación tópica a la mucosa bucal está raramente indicada. Cuando sea necesaria deben usarse otros antibióticos como la bacitracina, neomicina, polimixina, o combinaciones de ellas, como sustituto para la penicilina. Hay pacientes sensibles a una amplia gama de antibióticos y en esos casos puede ser necesario sustituirlos por otras drogas antiinfecciosas como la sulfonamidas.

## **2. 9.2.- Tetraciclinas**

Los niños que han recibido tetraciclinas durante el período de calcificación de los dientes primarios o permanentes muestran un grado de pigmentación de la corona clínica de los dientes.

Las coronas de los dientes cambiarán de color, del amarillo al pardo y del gris al negro.

Mull informó que el depósito del medicamento en los dientes, según se supone, sería el resultado de sus propiedades quelantes, con formación de un complejo ortofosfato cálcico tetraciclínico. La exposición de los dientes a la luz produce una oxidación lenta, con un cambio de color del pigmento amarillo al pardo. Cuanto mayor es la dosis del antibiótico en relación con el peso corporal es más profunda la pigmentación.



La duración de la exposición al medicamento puede ser menos importante que la dosis total en relación con el peso corporal. Hennon informó que en una inspección de 1707 niños, de 5 a 11 años, se vió que en un 3,5% existía pigmentación tetraciclínica. La tetraciclina se depositará en la dentina y en menor extensión en el esmalte de los dientes que se estén calcificando en el momento de la administración. La localización del pigmento en el diente puede estar correlacionada con la etapa de desarrollo del diente y el momento y la duración de la terapéutica tetraciclínica. Las tetraciclinas, de color amarillo, fluorescen con la luz ultravioleta. Los compuestos experimentan una oxidación con la luz. Cuando las tetraciclinas de los tejidos dentales se oscurecen del amarillo al pardo, la fluorescencia disminuye por la destrucción del fluoróforo.

Como las tetraciclinas pueden ser transferidas a través de la placenta, las coronas de los dientes temporales pueden presentar su valor muy alterado. Soentgen y Keitel informaron que cuando se dan tetraciclinas durante el primer año de vida, las zonas de pigmentación suelen estar localizadas en el límite amelodentinario. Las zonas de decoloración de la dentina corresponden a las líneas de incremento del crecimiento. Como el crecimiento incremental se

corresponde con la forma de la corona, un solo tratamiento tetraciclinico de 4 a 10 días teñirá la corona del diente.

Busyke confirmó que la unión del medicamento a los tejidos calcificados se producía menos frecuentemente con el clorhidrato de tetraciclina, más frecuentemente con las clorotetraciclinas y por sobre todo, con las dimetilclorotetraciclinas.

Los dientes con pigmentación tetraciclinica muestran, a veces evidencias de hipoplasia adamantina. Esto tanto con los dientes temporales como con los permanentes. En general, se acepta que es la enfermedad por la cual se da el medicamento, y no éste en sí, la responsable de la hipoplasia adamantina. Los intentos de reducir el pigmento de los dientes temporales y permanentes no tuvieron éxito. Se demostró que los dientes afectados eran normales, con excepción de la decoloración.

### III.

## CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS CRECIMIENTOS MALIGNOS PRECOCES EN LA CAVIAD BUCAL

## CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS CRECIMIENTOS MALIGNOS PRECOCES EN CAVIDAD BUCAL

El cáncer oral es un problema que concierne a la profesión odontológica ya que es ésta la que tiene la mayor y mejor oportunidad de detectarlo al examinar a los pacientes en la consulta rutinaria y por ende la de hacer el diagnóstico temprano, única manera de obtener buenos resultados en su tratamiento.

Sabemos que para el diagnóstico, pronóstico y clasificación definitivos de las lesiones bucales, suele ser necesario el examen microscópico, sin embargo cuando se consideran las posibilidades de actuación del odontólogo en la aplicación efectiva de medidas preventivas en relación al cáncer bucal, especialmente en su período pre-patogénico de su historia natural, se debe aludir a la prevención primaria que busca evitar la ocurrencia de la enfermedad, en especial, a la protección específica correspondiente al segundo nivel, donde entre otras, una de las medidas a ser tomadas lo constituye el diagnóstico, eliminación y control de las lesiones y condiciones cancerizables. Se estima que una porción significativa de tumores malignos de la boca, podrían evitarse si son diagnosticados precozmente.

### 3. 1.- CONCEPTO DE LESION CANCERIZABLE

Una lesión cancerizable corresponde a alteraciones

tisulares que pueden asumir el carácter de tumor maligno en cualquier tiempo, aún cuando por otro lado, pueden permanecer estables por un considerable periodo de tiempo particularmente si se evita la acción de irritantes sobre la lesión. Unicamente cuando un considerable número de tumores malignos se originan a partir de lesiones no malignas pre-existentes. Se puede suponer que éstas tienen un potencial cancerizable. Para que se pueda aceptar que una lesión es cancerizable tiene que existir dos hechos:

- Que en su historia natural pueda evolucionar hacia un cáncer, especialmente sin sufrir irritación continua e intermitente y como afirma Borello, aun cuando su transformación maligna no se produzca fatalmente pudiendo permanecer benigna indefinidamente.

- Que la ocurrencia de tumores malignos sobre tales lesiones, sea considerablemente mayor que lo esperado en la población en general.

Consideramos como cancerizables, las siguientes lesiones: Leucoplasia, eritroplasia, liquen plano, fisuras y úlceras de contacto, hiperplasias irritativas, papilomas, fibrosis, submucosa, candidiasis crónica, nevus pigmentado e hiperqueratosis del labio.

### 3. 1.1.- LEUCOPLASIA

Leucoplasia es una lesión blanca de la mucosa bucal, representada clínicamente por una placa que puede ser lisa, rugosa o verrugosa, homogénea o no, revelando

histológicamente en la gran mayoría de los casos hiperqueratosis, paraqueratosis o hiperparaqueratosis, acompañada o no de otras alteraciones epiteliales, en especial, acantosis, espongirosis y edema intra-celular. Generalmente no experimentan regresión después de la eliminación de los agentes irritantes crónicos detectados, pudiendo experimentar transformación maligna cuando no se remueven quirúrgicamente en aproximadamente 6% de los casos.

### 3. 1.2.- ETIOLOGIA DE LA LEUCOPLASIA

Existencia de causas generales y locales. Es necesario que ambos factores estén asociados para originarla. Sin embargo cuando los factores locales, son persistentes y de gran intensidad, puede aparecer leucoplasia sin que se puedan demostrar causas generales.

El hábito del tabaco parece ser el responsable más importante del desarrollo de una leucoplasia.

### 3.1.3.- Causas generales y locales con respecto a la leucoplasia

#### 3.1.3.1.- Enfermedades Generales

Sífilis, hipovitaminosis A y B, hipercolesterolemia, arsenismo crónico, hipocloridrias, carencias alimenticias, anemias.



### 3.1.3.2. - Factores irritativos locales externos

Mecánicos, físicos, (frio, acción de los rayos solares), químicos (tabaco).

#### - Vinculados a dientes y prótesis

Caries, fracturas, abrasiones, malposiciones, sepsis bucal.

La prevalencia de las leucoplasias, la variación es de 0.2-4.9%.

### 3.1.3.3.- Diagnóstico y tratamiento

Para el establecimiento del diagnóstico es necesario la biopsia.

El tratamiento se fundamenta en la remoción quirúrgica de la lesión y corrección de las causas locales y/o generales existentes. Otros procedimientos que se utilizan, con mayor o menor éxito son: utilización del rayo láser, la criocirugía, electrocirugía y otros.

## 3. 2.- ERITROPLASIA

Esta lesión siempre presenta clínicamente lesiones enrojecidas de las cuales Wood y Goaz distinguen tres formas clínicas:

- Homogenea, lesión enrojecida, plana con bordes bien definidos.
- Homogenea, asociada con áreas leucoplásticas.
- Granular, elevada, bordes irregulares, mezclados con

áreas leucoplásticas.

Esta lesión es rara. Su tratamiento consiste en la remoción quirúrgica de la lesión con un margen pequeña de seguridad.

### 3. 3.- LIQUEN PLANO

Es una enfermedad que afecta a la piel y túnica mucosa. Se desconoce su causa exacta, pueden actuar como factores desencadenantes o predisponentes, la tensión nerviosa, iatrogenia medicamentosa y la diabetes mellitus.

En la piel, el liquen plano se presenta como lesiones escamosas múltiples, rojas o violáceas, que aunque causan prurito y aparecen en cualquier parte del cuerpo. No obstante, las superficies flexoras de la muñeca y pierna constituyen las localizaciones mas comunes. Las lesiones son de distribución simétrica.

Las lesiones del liquen plano son mas frecuentes en la cavidad bucal que en la piel, menos del 50% de los pacientes con manifestaciones orales muestran lesiones cutáneas.

El liquen plano comprende cerca del 9% de las lesiones blancas de la mucosa bucal. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Aparece entre los 20 y 80 años, siendo la edad promedio alrededor de los 40 años. La incidencia mayor se observa durante la quinta y sexta década. Aproximadamente de las lesiones aparece en la mucosa de la mejilla, cerca del 9% en el paladar y la lengua, respectivamente, y el resto en el labio, mucosa alveolar,

encias y piso de la boca.

Clínicamente las lesiones bucales tienen el aspecto de líneas blancas o blanco amarillentas, dispuestas en forma de encaje, sin embargo, también pueden aparecer como placas blancas o múltiples pápulas blancas. Son asintomáticas, pero en ocasiones los enfermos suelen quejarse de una sensación de ardor. El liquen plano puede desaparecer espontáneamente y se cree que las que aparecen rápidamente, desaparecen pronto. Además de la forma habitual del liquen plano se reconocen otras, aunque raras, como la ampollosa o vesicular la atrófica y la hipertrófica. En todas estas variedades las características líneas blancas o pápulas del liquen plano se observan en la periferia de la vesícula o ampolla, en la zona de erosión, en la zona de atrofia y en la hipertrofia, respectivamente.

La forma ampollosa o vesicular suele verse en el borde lateral de la lengua o en sus superficie ventral. La forma erosiva, en la mejilla y la lengua. La forma atrófica es habitual en el dorso de la lengua en su característica más destacada es la desaparición de las papilas linguales. La forma hipertrófica se acompaña de placas gruesas y blancas que suelen observarse en la lengua o las zona retromolar. Los cortes microscópicos revelan un espesamiento de la capa de queratina, formación de crestas dentadas en el epitelio, además de la capa basal y un infiltrado en el tejido conectivo su epitelial compuesto

dentadas en el epitelio, además de la capa basal y un infiltrado en el tejido conectivo subepitelial compuesto casi exclusivamente de linfocitos y que abraza estrechamente al epitelio. Todas las consideraciones al respecto de la transformación maligna del liquen plano, son extremadamente importantes, especialmente porque el tratamiento de la enfermedad es apenas sintomático y fundamentalmente a base de corticoides, que a su vez deprimen el sistema inmunológico en mayor o menor grado.

### 3. 4.- FISURAS Y ULCERAS DE CONTACTO

Las fisuras corresponden a rompimientos lineales del epitelio bucal y del labio, generalmente en regiones en donde la elasticidad de la mucosa está disminuida, relacionado con el uso de prótesis removibles, degeneración senil, reducción considerable del flujo salival. Estas lesiones presentan intensa sintomatología dolorosa, aún cuando tienden a repararse espontáneamente. De acuerdo con Barbosa, toda fisura en pacientes con más de 40 años que persista por más de dos o tres semanas, acompañada de endurecimiento o tendencia al sangramiento, debe recibir la sospecha de haber sufrido transformación maligna y por lo tanto debe ser objeto de biopsia. Estas aparecen con mayor frecuencia en el fondo del Surco Vestibular, reborde alveolar, paladar, región retrocomisural y otros sitios, relacionadas con prótesis totales y parciales removibles, generalmente mal adaptadas. Eventualmente las fisuras

aparecen en el labio de individuos desnutridos o con queilitis actínicas. En cualquier situación el tratamiento debe ser la corrección de la causa.

las úlseras de contacto, relacionados con la irritación mecánica continua sobre las más variadas regiones de la boca y provocadas por aristas dentales, grampas y bordes de prótesis, restauraciones mal adaptadas y otras, en algunos casos están acompañadas en ciertas reacciones hiperplásica. Al igual que las fisuras, cuando éstas son persistentes deben ser objeto de biopsia y la irritación existente debe ser eliminada.

### 3. 5.- HIPERPLASIAS IRRITATIVAS

Estas hiperplasias constituyen respuestas a irritación crónica de baja intensidad, casi siempre asociadas al uso de prótesis incorrectamente confeccionadas. Las lesiones varían considerablemente en color y consistencia, de acuerdo a su localización, tipo de irritante y tiempo de evolución. Cuando están localizadas próximas o en el propio fondo del surco vestibular, reciben varios nombres como: "tejido redundante", "granuloma fisurado" y otros. las que se instalan en el reborde alveolar son llamadas "épulis".

Son más significativas en términos de lesiones cancerizables, las hiperplasias irritativas que se instalan en el fondo del surco provocadas por bordes de dentaduras y otros aparatos protésicos, porque presentan una mayor



tendencia a la cancerización que las lesiones similares del paladar.

Estas son lesiones iatrogénicas, pueden ser evitadas realizando trabajos correctos. El tratamiento consiste en la remoción inmediata del aparato protésico, la remoción quirúrgica de la lesión y el examen histopatológico. Cuando se presentan figuras, ulceración o sangramiento, debe sospecharse de que ya existe transformación maligna, por lo tanto deben someterse a biopsia. La llamada muco - abrasión que se realiza con piedras montadas, es un método práctico y eficiente para la remoción de las hiperplasias provocadas por cámaras de vacío.

### 3. 6.- PAPILOMAS

El papiloma de células es uno de los tumores benignos más comúnmente encontrados en la boca, especialmente en el paladar, lengua, labios, encía y carrillos. Su tamaño varía considerablemente desde 1 - 2 mm., hasta algunos cm. de diámetro. Son normalmente pediculados con superficie lisa o rugosa aún verrugosa y frecuentemente están queratinizados. cuando no son removidos quirúrgicamente, consideramos que ocasionalmente pueden sufrir transformación maligna.

### 3.7.- FIBROSIS SUB - MUCOSA

La fibrosis Sub - Mucosa fue descrita por Schwartz. La fibrosis densa ocurre en el paladar duro y blando, fosa amigdalina y en general en toda la mucosa bucal. La



infiltración puede alcanzar los planos musculares, produciendo fijación de los tejidos. Frecuentemente acompañan a la enfermedad anemia, ocasionalmente eosinofilia y disminución del ácido clorhídrico libre en el jugo gástrico. La fibrosis sub-mucosa constituye una lesión cancerizable, porque aproximadamente un tercio de los casos se transforman en carcinomas espinocelulares de desarrollo lento. Está confirmado el potencial cancerizable de esta lesión debido a que la disminución de la espesura del epitelio que ocurre en la enfermedad, hace a este más susceptible a la acción de los agentes cocancerígenos como el tabaco y otros.

No existe tratamiento específico conocido para esta lesión y la mejor conducta consiste en la eliminación de todo agente irritante posible y la observación periódica del paciente.

### 3. 8.- CANDIDIASIS CRÓNICA

Robinson y Tasker sugieren que la *Candida albicans* es capaz de producir lesiones mucosas con aparente potencial carcinomatoso. Lucas considera que el hallazgo de candidiasis en leucoplasias epiteliales debe ser visto como pura contaminación secundaria por microorganismos oportunistas y que no existe aun suficiente evidencia sobre el poder carcinogénico de las infecciones por *Candida albicans*. Esta enfermedad será descrita en capítulos posteriores.

### 3. 9.- NEVUS PIGMENTADO

El Nevus pigmentado es una anomalía de desarrollo, es muy frecuente en la piel, pero raro en la mucosa bucal.

A pesar de ser raro en la mucosa bucal, no puede ser clínicamente diferenciado del melanoma inicial. Sin embargo si la variación es rápida en la intensidad de la pigmentación, extensión de la lesión y la presencia de sangramiento, deben ser encaradas como señales de probable transformación maligna, y se deben someter a biopsia.

### 3.10.- HIPERQUERATOSIS DEL LABIO

Son lesiones semejantes a la leucoplasia, las cuales ocurren más frecuentemente en la piel y en el labio inferior, principalmente en áreas expuestas al sol. La luz solar constituye una acción co-cancerígena, especialmente en individuos con piel clara. La hiperqueratosis del labio son lesiones características de la edad adulta, sin embargo, se han visto casos en niños. Estas aparecen como placas queratósicas en la región expuesta del labio principalmente en pacientes de piel clara, son comunes en agricultores, pescadores y marineros. Estas lesiones desaparecen parcial o totalmente cuando dejan de estar expuestas a los elementos naturales por un tiempo determinado, la hiperqueratosis del labio presenta una nítida tendencia de transformación maligna, pudiendo desarrollarse carcinomas tanto baso-celulares como espinocelulares, está claro que cuanto más antigua es la lesión,

mayor será esa posibilidad, principalmente si la lesión está asociada al hábito de fumar.

El tratamiento consiste en proteger el labio de los elementos naturales, también se utilizan cremas fotoprotectoras.

### 3.11.- CONCEPTO DE CONDICION CANCERIZABLE

La condición cancerizable se refiere a una situación sistémica, obviamente con algún tipo de manifestación bucal y por ello no específica. Entre ellos tenemos: condiciones hipo-inmunitarias, xeroderma pigmentado, síndrome de Plummer-Vinson, carencias nutritivas y metabólicas, sífilis y albinismo. En todas ellas una de las siguientes dos constantes son observadas:

- Alteraciones, particularmente atróficas de la mucosa bucal.
- Reducción de las defensas inmunológicas.

Estas condiciones favorecen la actuación de agentes cancerígenos primarios y secundarios que encuentran así un terreno propio, produciendo sus efectos más fácilmente y en menor tiempo.

El xeroderma pigmentado y albinismo, son condiciones hereditarias, la primera relacionada a una hipersensibilidad cutánea a las radiaciones solares y la segunda a la ausencia de melanina. Ambas predisponen al desarrollo de carcinomas baso o espino celulares del labio, éstas dos enfermedades hereditarias en lo que se refiere al

cáncer bucal, son importantes únicamente en lo que se refiere a los tumores del labio inferior. En cuanto al albinismo, el diagnóstico no tiene mayores problemas y los cuidados con los portadores es evitar su excesiva exposición a los rayos solares.

En el caso del xeroderma pigmentado, la situación es un poco más compleja, una vez que desde la primera infancia los niños ya presentan un acentuado eritema cutáneo, luego surgen muchas pigmentaciones que se distribuyen por todo el cuerpo. Con el tiempo sufren alteraciones hiperqueratósicas y degeneran en carcinomas baso o espinocelulares y rara vez alcanzan la edad adulta.

### **3.12.- LESIONES MALIGNAS**

Las lesiones malignas pueden agruparse de acuerdo a su ubicación, de la manera siguiente:

#### **3.12.1.- Lesiones superficiales •**

##### **3.12.1.1.- Carcinoma a células escamosas •**

El carcinoma a células escamosas es la más importante de las lesiones malignas superficiales, porque es el tumor bucal más común (90%) y su ubicación superficial y visible permite el diagnóstico y tratamiento precóz.

##### **- Ubicación y frecuencia**

Se ha estimado que el carcinoma a células escamosas se produce más frecuentemente en los

labios que dentro de la boca, que es mucho más común que en los hombres que en las mujeres y que alcanza su máxima incidencia después de la cuarta década. De los tumores labiales, al rededor del 95% se producen en el labio inferior, y se ven habitualmente a cada lado de la línea media, las comisuras, son sitios raros de complicación. Resulta interesante tratar que las lesiones de la sífilis extragenital primaria, muy frecuentes en los labios y que pueden parecerse a algunos de los carcinomas, tienen una cierta predilección por el labio superior más que el inferior.

Los carcinomas intraorales a células escamosas, suelen localizarse en la lengua, donde aparecen algo más del 50%, sitios menos comunes son la mucosa alveolar, paladar, piso de la boca y mucosa bucal, que son afectados con más o menos la misma frecuencia. Los carcinomas linguales surgen más a menudo a los costados y en la superficie dental que en el dorso, y en los dos tercios posteriores más que en el tercio anterior.

El paladar blando es afectado algo más que el paladar duro, en el piso de la boca, el tercio anterior es la ubicación más usual.

Se realizó un estudio en 792 pacientes que presentan carcinoma de labio y se observó las siguientes características:

| Carácter Clínico                      | Nro.  | %     |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Úlcera                                | 227   | 28,6  |
| Verruga                               | 147   | 17,8  |
| LLaga                                 | 130   | 16,4  |
| Costra                                | 87    | 11,0  |
| Ampolla                               | 63    | 8,0   |
| Fisura                                | 62    | 8,0   |
| Escama                                | 23    | 3,2   |
| Rugosidad                             | 16    | 2,0   |
| Eritema                               | 11    | 1,3   |
| Tumor                                 | 9     | 1,1   |
| Pústula                               | 9     | 1,1   |
| Trauma residual                       | 5     | 0,6   |
| Otros (placa, infección, queratosis). | 9     | 1,1   |
|                                       | ----- | ----- |
|                                       | 792   | 100,0 |

Este carcinoma se ha asociado con la infección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

#### - Aspectos clínicos

Es variado. Puede presentarse como una placa o raspadura, una ampolla, una verruga, una úlcera, un crecimiento, o cualquier otra irregularidad o anomalía en la superficie



o color de la mucosa, indudablemente, sus características clínicas en si mismas no son diagnósticas.

Una lesión de la lengua, blanca o gris elevada, escamosa, fisurada, por ejemplo: puede ser una queratosis benigna o la comprobación de anormalidades celulares e invasión de los tejidos subyacentes pueden identificarla como carcinoma a células escamosas. Es evidente, entonces que las lesiones queratósicas van desde formas benignas a precoces, llevan un pronóstico muy diferente y requieren una terapia distinta. El desafío al clínico es el reconocimiento de las posibilidades inherentes en esa lesión, para que recurra al análisis del tejido.

Muy comunmente, el carcinoma bucal a células escamosa, se presenta como una úlcera de diverso y profundidad cuando es pequeña y superficial, la úlcera suele ser asintomática y a menudo se encuentra por accidente. ese aspecto clínico de los carcinomas a células escamosas del piso de la boca no es raro, por que en esta ubicación la invasión se produce rápidamente y el reconocimiento precóz es la máxima importancia. La biopsia debe realizarse en cualquier ulceración bucal, aunque sea pequeña, que no cicatriza completamente o casi completamente, en dos a tres semanas de eliminada toda causa aparente. Las úlceras más grandes van casi siempre asociadas con infección y dolor, según su ubicación pueden interferir con la dicción y la alimentación, estas lesiones ulceradas tienen a menudo

márgenes irregulares socavados, si son duros a la palpación. La induración en los tejidos que rodean la úlcera, se debe en parte al exudado inflamatorio y en parte a la infiltración del tumor en el tejido que rodea la úlcera. El diagnóstico clínico diferencial dependerá, por supuesto, de la edad del paciente, de la historia, la ubicación de la lesión, una úlcera en el labio superior es más probable que sea un chancro que una úlcera en la zona retromolar y la presencia o ausencia de lesiones en otras partes del cuerpo. En cualquier caso, es evidente que estas úlceras induradas, generalmente infectadas, dolorosas o asintomáticas de la mucosa bucal, deben despertar considerablemente sospechas y exigen la biopsia. Las lesiones irregularmente elevadas en la mucosa suelen ser papilomas o verrugas. En circunstancias relativamente raras, sin embargo lesiones mucosas exifilíticas que clínicamente recuerdan los papilomas, pueden al análisis histológico, resultar carcinomas. Ese cuadro clínico es sobre todo característico de un tipo de lesión llamado carcinoma verrugoso, generalmente se produce en personas ancianas, a menudo en el reborde alveolar.

#### **- Metástasis**

Además de evaluar el aspecto grosero de carcinoma a células escamosas, el clínico debe investigar si existen metástasis. El avenamiento linfático de los labios y la cavidad bucal pasan a través de uno o más numerosos.

ganglios del cuello, y de los grupos submaxilar, submentoneano y el cervical superficial, anterior y profundo. Deben palpase los ganglios asociados con el afeamiento de la zona afecta por posibles metástasis. Con referencia a esto debe recordarse que un ganglio palpable no significa necesariamente el sitio de una metástasis y que una lesión cerca de la línea media de la lengua, piso de la boca o labio, puede dar metástasis en el otro lado.

#### 3.12.1.2.- Linfopitelioma .

Es un tumor maligno raro de orofaringe y las amígdalas faríngeas y linguales, zonas frecuentemente examinadas por el dentista. La histogénesis es un asunto en discusión, pero puede considerarse un carcinoma a células escamosas anaplásticas. Habitualmente se presenta como una úlcera muy pequeña casi insignificante, en los costados de la base de la lengua o en las amígdalas, puede pasar desapercibido y la primera evidencia de tumor es un ganglio linfático palpable.

Por lo tanto, en todos los exámenes bucales, es esencial tomar la lengua firmemente y tirarla hacia afuera para permitir una buena visión de su base y de las zonas orofaríngeas y tonsilar, esas partes deben ser inspeccionadas cuidadosamente por si existen cualesquiera

anormalidades. Los linfopiteliomas ocurren en la tercera década de la vida y son tumores radiosensibles.

### 3.12.1.3.- Nevos confluyentes - nevos compuestos - melanoma

Se trata de lesiones raras de la mucosa bucal, pero debido a su naturaleza agresiva deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones de superficie.

La diferencia entre el nevos confluyente y el compuesto, se basa en sus características microscópicas, los nevos, sin embargo, son elevados o chatos, habitualmente pardos o negros. Sobre la piel y en pacientes jóvenes, no llevan el mismo pronóstico peligroso que cuando se ven en la mucosa bucal y en adultos y personas ancianas.

A pesar de ser raro en la mucosa bucal, no puede ser clínicamente diferenciado del melanoma inicial. Sin embargo variaciones rápidas en la intensidad de la pigmentación, extensión de la lesión y la presencia de sangramiento deben ser encaradas como señales de probable transformación maligna. En caso de existir alguna sospecha sobre la lesión, ésta

debe someterse a biopsia.

El melanoma es un tumor altamente maligno que, en general, se ve como una lesión no ulcerada, profundamente pigmentada de negro en el paladar, labio, mucosa, gingival. En algunos casos, puede haber ulceraciones, pero la pigmentación profunda es la característica saliente. Estos tumores dan metástasis precoces y son invariablemente fatales; por lo tanto, cualquier lesión pigmentada solitaria en la mucosa bucal, debe considerarse con sospecha.

### **3.12.2.- Lesiones profundas del tejido blando •**

Los tumores malignos del tejido blando profundos, son raros en la cavidad bucal, pero se presentan, y en esta zona se han registrado casi todas las variedades de los neoplasmas mesenquimáticos malignos. El fibrosarcoma y los rhabdomyosarcomas se ven quizá con más frecuencia que los otros. Debido a la rareza y a la ubicación profunda de los tumores de este grupo, no se les puede asignar características clínicas y ubicaciones detalladas. Sin embargo como regla no son movibles, forman masas mal definidas, crecen rápidamente en los primeros estadios la superficie mucosa es normal, mientras que la ulceración, la infección y la necrosis, son manifestaciones tardías. Cualquier hiperplasia generalizada de la encía que se

desarrolla rápidamente, con o sin pérdida de sangre y linfadenopatía cervical, debe investigarse por medio de una biopsia o análisis de sangre.

### **3.12.3.- Lesiones de los maxilares .**

Los tumores malignos de los maxilares, debido a su localización profunda, no son fáciles de descubrir en un estadio precoz. Esto combinado como el hecho que son altamente malignos y que su extensión es difícil de determinar durante la remoción quirúrgica, los hace muy peligrosos. Como todos estos tumores, no producen materiales calcificados o reemplazan al hueso, pueden descubrirse en las radiografías. La biopsia debe realizarse en presencia de cualquier radiopacidad o radiolucidez no explicada en los huesos.

Entre los tumores malignos de los maxilares tenemos:

#### **3.12.3.1.-Osteosarcoma .**

Es el más común de los tumores que afectan a los maxilares. Se ve principalmente en personas entre 10 a 25 años de edad y pueden ser de origen perióísticos o endóísticos.

Clinicamente, se presenta como tumefacción dura, rápidamente creciente, de los maxilares. Los osteosarcomas suelen ser dolorosos y, si afectan el conducto dentario inferior, están asociados con parestesia.



A medida que el tumor crece es común la inclinación y aflojamiento de los dientes y reabsorción de las raíces. Radiográficamente, se ven varios radios de radiolucidez y radiopacidad, dependiendo del tipo de tumor. En la forma esclerosante, las características predominantes son una zona densa de radiopacidad, destrucción de la cortical, obliteración de la arquitectura normal de la médula, y formación de hueso perióstico. Como este se forma en espículas en ángulo recto con la cortical, da el aspecto denominado "Rayo solar" en la radiografía. Las formas osteolíticas de este tumor producen una radiolucidez irregular y destruyen la cortical. Muchos tumores muestran zonas osteolíticas al igual que osteoescleróticas.

#### **3.12.3.2.- Condrosarcoma .**

Se presentan habitualmente en personas entre los 25 y 50 años de edad. Estos tumores afectan el maxilar inferior más que el superior y predominan en la rama y en la porción anterior, respectivamente.

Son de crecimiento rápido, y producen tumefacciones de diverso tamaño. Pueden estar asociados con inclinación y aflojamiento de los

dientes y reabsorción radicular. Radiográficamente el condrosarcoma produce un aspecto veteado.

#### **3.12.3.3.- Fibrosarcoma\* - sarcoma de Ewing - sarcoma a células Reticulares,**

Son tumores malignos raros, que a veces afectan a los maxilares. Si bien el fibrosarcoma y el sarcoma a células reticulares ocurren a cualquier edad, el sarcoma de Ewing se ve principalmente entre los 10 a 25 años. Las características clínicas de estos tumores no son diagnósticos. Producen dolor, tumefacción y parestesia. En las radiografías, muestran zonas irregulares de radiolucidez.

El sarcoma de Ewing está asociado con fiebre y leucocitosis y, por lo tanto, se lo confunde muy a menudo con la osteomielitis.

En relación con esos tumores debe manifestarse también el mixoma. No produce metástasis, pero es de naturaleza filtrante y agresiva. Debe considerarse localmente maligno, debido a que es muy difícil de eliminar. Se caracteriza por una masa radiolúcida, de crecimiento lento, generalmente indolora, en uno de los maxilares.

#### **3.12.3.4.- Mieloma Múltiple\***

Es un tumor maligno generalizado, habitualmente

fatal, de la médula ósea, ocurra después de los 50 años de edad y generalmente afecta el esqueleto axial, el esqueleto facial y el fémur. En más del 30% de los casos están afectados los huesos maxilares y en el 8 a 10% esos huesos son afectados inicialmente. En vista de esto es de máxima importancia que el odontólogo este familiarizado con la enfermedad de los huesos faciales, el más afectado es la mandíbula siendo la parte posterior del cuerpo mandibular el sitio más común. En los maxilares el tumor se expande y produce dolor, estrucción de la cortical, embotamiento y aflojamiento de los dientes. Radiográficamente las lesiones aparecen como zonas radiolúcidas claras, de diversos tamaños. No dan una zona de "reacción" periférica, en otras palabras, los bordes de la radiolucidez no son radiopacos.

En el esqueleto extra - axial, el cráneo, la columna vertebral y la pelvis, son los sitios comunes. Se produce dolor y fractura en los huesos afectados. Hay una cantidad de tests que ayudan en el diagnóstico del mieloma múltiple. Por ejemplo, la presencia de proteína Bencen Jhon, en la orina, la hipercalcemia, la hiperglobulinemia y un aumento de la gama

globulinas. El cuadro histológico da el diagnóstico.

Además del mieloma múltiple, puede verse también en los maxilares el denominado mieloma solitario. como indica su nombre, se presenta como una lesión aislada que histológicamente y radiográficamente es idéntica a la variedad múltiple. La lesión solitaria va acompañada de hipergamaglobulinemia y la presencia de las células del mieloma en la médula, leucopenia, anemia, etc. Finalmente, el mieloma puede tomar la forma del denominado plasmocitoma extra medular del tejido blando. Estos tumores del tejido blando se producen en la cavidad bucal y nasal, en la orofaringe y en la nasofaringe. Son pedunculados o sésiles y están compuestos exclusivamente de células plasmáticas. Estas lesiones pueden, después de muchos años terminar en un mieloma generalizado.

El lugar más frecuente de la metástasis es el maxilar inferior, particularmente el ángulo que es donde más médula ósea existe, constituyendo alrededor del 75% de las metástasis bucales. Y de las partes blandas son la lengua y las encías las zonas preferentes de metástasis, en su mayoría provenientes de adenocarcinomas

distantes.

#### 3.12.4.- Lesiones de las glándulas salivales •

Las glándulas salivales pueden ser el sitio de neoplasmas malignos. El sitio más común entre las glándulas principales es la parótida o intraoralmente son más frecuentes en el paladar. Las tumefacciones en la zona parótida que crecen rápidamente, están fijadas en los tejidos, no fluctúan de tamaño y van asociadas con algún trastorno menor o mayor de este tipo neurológico, son muy probablemente tumores malignos de las glándulas salivales. Esta característica clínica son también aplicables a las lesiones de las glándulas submaxilares y sublinguales, y de las glándulas menores de la cavidad bucal. Los tumores palatinos generalmente se caracterizan por la destrucción de huesos y aflojamiento de los dientes de la región. Como todos esos tumores son malignos deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de todas las tumefacciones en la región bucal y alrededor de ella, y en todas las zonas radiolúcidas del maxilar superior.

De los diversos tipos de tumores malignos de las glándulas salivales aquellos que se ven con más frecuencia son el carcinoma arenoquístico, carcinoma mucoepidermoide y adenocarcinoma. Los detalles de estos tumores escapan al propósito de este trabajo.

### 3.13.- METASTASIS

Debemos recordar que en los tejidos bucales duros y blandos, aparecen metástasis procedentes de un tumor maligno de cualquier localización anatómica. Si bien la detección de estas metástasis suelen acontecer en fases avanzadas de la enfermedad neoplásica, aunque en algunas ocasiones las metástasis orales pueden visualizarse antes del diagnóstico de la enfermedad primitiva.

Para considerar a un cáncer como metastásico se adopta el criterio de Claussen y Poulsen (1.953).

- Comprobación histológica del tumor primitivo.
- Que el secundario tenga estructura histológica semejante.
- Y que exista amplia distancia entre el tumor primitivo y el secundario.

En cuanto a las vísceras con cánceres primitivos que dan más metástasis en la boca son; en el hombre: los pulmones, seguidos de los riñones y, por último la próstata.

En la mujer: en primer orden se encuentran las mamas, seguido de los riñones. Este orden en las localizaciones difieren en algunos trabajos.

Los aspectos clínicos más frecuentes de la metástasis en las partes blandas son masas vegetantes sangrantes, a veces dolorosas, o nódulos de cierto tamaño que suelen ser solitarios. En las encías parecen lesiones benignas y a veces abscesos periodontales o émulis. Ellis y Cole exigen que no hayan lesiones óseas cuando la localización es



gingival para asegurar que es una metástasis de partes blandas. En la lengua se localizan cerca de la base, fuera de la línea media y aparentan a veces un carcinoma primitivo, o bien nodulos, papilomas y en ocasiones ulceraciones e incluso pigmentaciones. Por lo general, los tumores metastasicos aparecen bruscamente y coexisten con metástasis en otros órganos, particularmente piel y cuero cabelludo.

En su localización ósea, según Epker y Cols se manifiestan pro-tumoraciones que deforman el maxilar, extra o extraoralmente, por dolor, síntoma fundamental y por desplazamientos dentarios y pérdida de estas piezas.

Son raras las fracturas espontáneas, se pueden producir disestesias, que incluyen parestesias, anestecia o dolor, síntomas desfavorables para el pronóstico. En su mayoría las metástasis óseas aparecen en los primeros años del desarrollo primitivo. Se extienden en su crecimiento a la encía, que nuestras masas vegetantes sangrantes. Para Bhaskar las metástasis se detectan con frecuencia antes que el tumor primitivo.

IV.  
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

## ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

### 4.1.- INTRODUCCION

La función básica del sistema cardiovascular es la de conducir hacia los tejidos el oxígeno y otras sustancias nutritivas, eliminar los productos residuales y acarrear sustancias tales como las hormonas desde una parte a otra de nuestro organismo. Aparte de dichas funciones de transporte, el sistema cardiovascular interviene también en la regulación de la temperatura corporal.

La estrecha cooperación entre el dentista y el médico de la familia o el internista, es esencial en el cuidado del paciente dental cardíaco. Los puntos a tratar son la prevención de la endocarditis bacteriana subaguda, la evaluación del riesgo operatorio cardíaco, y los principios de tratamiento, antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos bucales, en especial cuando se están administrando terapéuticamente determinadas drogas para las diversas afecciones cardiovasculares.

### 4.2.- MANIFESTACIONES ORALES

El color de los labios es útil para la evaluación de la cantidad de hemoglobina (palides por anemia) y el grado de su saturación (cianosis). Es dable observar la asociación de ambas alteraciones en las cardiopatías congénitas cianóticas con déficit de hierro y hematocrito dentro de valores normales, es decir con ausencia de poliglobulia

compensadora. El color resultante, es un azul pálido llamado por Nadas "azul picasso" por la similitud con el tono utilizado con frecuencia por ese pintor en sus cuadros.

La presencia de adherencias congénitas de las encías con la cara interna de los labios y de la mucosa bucal es casi constante en el síndrome de Ellis - Van Greveld, entidad que se acompaña con frecuencia (50 % de los casos) de aurícula única. En la trisomía 13-15 (síndrome de Patau) es común la presencia de fisuras labiopalatinas (labio leporino) bilateral, mientras que en la monosomía del brazo corto del cromosoma 4 (síndrome de Wolf) suele ser unilateral.

Los focos sépticos dentarios (caries de distinto grado, destrucción de las coronas con retención de raíces) deben ser prolijamente investigados (incluso estudio radiográfico para descubrir absesos o granulomas apicales) en presencia de una fiebre reumática o endocarditis infecciosa. Un ribete gris azulado en el borde implantación dentaria (ribete de Burton) puede aclarar el origen de una crisis hipertensiva (saturnismo).

Un paladar ojival es común en el síndrome de Marfan, en niños con hipertrofia adenoidea y asociado con algunas cardiopatías congénitas (comunicación interauricular). Tanto en él como en la mucosa yugal aparecen con frecuencia petequias puntiformes o lineales en el curso de la

endocarditis infecciosa.

Una macroglosia puede ser expresión de amiloidosis primaria y con ello aclarar la etiología dudosa de una miocardiopatía restrictiva, o de una cardiomegalia sin causa aparente en un geronte. Lo mismo sucede en la miocardiopatía hipertrófica de la enfermedad de Pompe (glucogénesis tipo II de Cori).

En el edema generalizado de la insuficiencia cardíaca también participa la lengua, lo que puede ser revelado por la impresión dentaria de sus bordes, ya que obedece con mayor frecuencia a causas locales, tienen más valor semiológico la sequedad y aspereza secundaria a un exceso indebido de diuréticos para el tratamiento de aquella.

Es notable la ingurgitación venosa de la superficie inferior de la lengua y del piso de la boca en cardiopatías congénitas cianóticas con poliglobulia acentuada y en la éstasis por obstrucción de la vena cava superior o por hipertensión auricular derecha (insuficiencia cardíaca, pericarditis constrictiva, mediastinopericarditis).

Las amígdalas "rojas" o eritematosas (angina catarral aguda) con o sin exudado purulento (angina pultácea), son originadas con frecuencia por estreptococos hemolíticos, responsables a su vez de la puesta en marcha de una fiebre reumática o de una recidiva de la misma. La angina pseudomembranosa diftérica suele haber desaparecido cuando aparecen los primeros signos de miocarditis, pero puede

estar aún presente en la variedad de esta última llamada maligna precoz, que representa en realidad una insuficiencia circulatoria periférica (colapso vasomotor grave).

Una amigdalitis con pseudomembrana parecida a la diftérica no es excepcional en la mononucleosis infecciosa y junto a las clásicas poliadenopatías cervicales y los signos hematológicos (células monocitoides, positividad de la reacción de Paul Bunnell), pueden explicar una miocarditis de origen oscuro. Lo mismo sucede con las amigdalitis eritematosas o herpéticas que proceden en días o semanas al desarrollo de una pericardiomioscarditis viral (Kosackie B, la amigdalitis críptica crónica con agudizaciones invernales y la hipertrofia amigdalina con o sin criptas infectadas, puede ser causa del desencadenamiento o recidiva de una fiebre reumática, del injerto bacteriano en válvulas cardíacas alteradas) (endocarditis infecciosas) y del comienzo de una miocarditis.

Conviene recordar al respecto, que la rubicundez del pilar anterior y la adenopatía del ángulo de la mandíbula (ganglio de Chassignac) testimonian la presencia de una infección crónica amigdalina.

El enrojecimiento pulsátil del velo palatino o pilares unido a la propulsión hacia la línea de ambas amígdalas en cada latido cardíaco constituyen el clásico signo de Muller de la insuficiencia aórtica grave (pulso amigdalino).



#### 4.3.- PRINCIPIO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CARDIACO \*

Las bases de la buena práctica médica y quirúrgica deben por supuesto incorporarse en el tratamiento de pacientes cardíacos que serán sometidos a procedimientos operatorios dentales. Además un cuidado y precauciones especiales puede ser de vital importancia para estos pacientes, en quienes, como hemos mencionado previamente, pequeñas diferencias en ciertas variables pueden ser peligrosamente, exageradas. En realidad, el resultado quirúrgico puede bien depender del cuidado y de la atención extra que recibe un paciente cardíaco considerado por riesgo pobre. Vamos a considerar brevemente unos pocos principios fundamentales de terapia, especialmente aplicables a este grupo de pacientes.

##### 4.3.1.- Tratamiento Preoperatorio \*

Si existe una falla cardíaca en un paciente que requiere intervención, el procedimiento quirúrgico (salvo que sea de extrema emergencia) debe ser diferido hasta que se alcance la compensación cardíaca. Medidas terapéuticas para lograr esto incluyen el uso de descanso en cama, preparados a base de digitalis, restricción del cloruro de sodio y de los diuréticos. La compensación cardíaca una vez restaurada, debe mantenerse por lo menos una semana o dos antes de la intervención, dependiendo de la enfermedad quirúrgica.

El paciente debe encontrarse en el mejor estado

posible de compensación cardíaca antes de la intervención quirúrgica, ya que el riesgo operatorio aumentará seriamente en presencia de falla cardíaca.

En un paciente cardíaco compensado que requiera mantenimiento de preparados de digital para control, esta droga debe continuarse hasta la intervención (mientras no exista contraindicación alguna).

La quinidina puede administrarse preoperatoriamente en pacientes sujetos a las taquicardias ectópicas o a contraindicaciones prematuras frecuentes, aunque estas últimas a menudo indican una preocupación indebida y habitualmente no requieren una terapia específica. En pacientes con angina pectoris, tabletas de nitroglicerina (0,3 mg) por debajo de la lengua pueden emplearse para el alivio o prevención de los ataques anginales, aunque el excesivo uso puede resultar riesgoso si se produce hipotensión.

Un descanso físico y mental con alivio del dolor, aprehensión, ansiedad y miedo deben lograrse con el trato amable, como explicaciones simples y el uso juicioso de analgésicos y sedantes si es necesario. Cuando se emplea anestesia local en pacientes aprehensivos, quizás un barbitúrico como el fenobarbital 60 a 100 mg por boca podrían darse una hora más o menos antes. Dosis elevadas de narcóticos y barbitúricos, con sus efectos depresores

o de la presión sanguínea y la respiración, los peligros incidentes de hipotensión y la hipoxia deben evitarse sobre todo en el paciente cardíaco de más edad (más susceptible). Para el paciente cardíaco "riesgo moderado" de continuación corriente que va a ser sometido un procedimiento quirúrgico mayor, bajo anestesia general en el hospital, nuestro anestesiólogo recomienda preoperatoriamente un barbitúrico como el pentobarbital 50 a 100 mg por boca una hora y media antes de la operación, y Demerol 50 a 75 mg hipodérmicamente media hora después del barbitúrico, pero en pacientes más seriamente enfermos se sugiere una menor dosis de pentobarbital y nada de Demerol. Es mejor equivocarse inicialmente por el lado de demasiado poco, ya que siempre pueden darse incrementos suplementarios si se necesita. También se recomienda escopolamina o atropina 0,3 mg hipodérmicamente más o menos una hora antes de la anestesia general, para prevenir la salivación que podría interferir con el intercambio gaseoso (anestésico y oxígeno) en los pulmones. La atropina, como droga parasimpaticolítica, podría además ser conveniente por su efecto en la disminución de reflejos vagales peligrosos. La taquicardia puede ser inducida también por este efecto vagolítico, pero en las dosis utilizadas de

atropina no se observa generalmente y no debe constituirse en contraindicación práctica para el uso de la droga.

Los pacientes cardiacos no toleran bien grandes cantidades de infusiones intravenosas, especialmente líquidos que contienen sodio, que podrían precipitar falla cardiaca en esos individuos susceptibles. recargar el sistema circulatorio con solución salina, sangre, plasma, etc. debe evitarse.

El reemplazo preoperatorio de líquidos intravenosos en los pacientes cardiacos deshidratados por ejemplo, los incapaces de tomar líquidos por boca debido a lesiones bucales debe ser conservador, equivocándose de preferencia del lado de un ligero menor reemplazo. De la misma manera, en cardiacos anémicos con sus muchas alteraciones hemodinámicas, las transfusiones de sangre si están absolutamente indicadas preoperatoriamente deben administrarse cuidadosamente en pequeños incrementos. Quizá se podría emplear con más seguridad glóbulos rojos empaquetados que sangre total. Como una precaución más se sugiere que el paciente esté sentado durante la administración intravenosa o al menos con la cabeza y hombros elevados, y que se efectúe una frecuente observación y examen médico durante la infusión para evitar o descubrir precozmente cualquier edema pulmonar

incidente o falla congestiva.

En caso de notarse estas alternativas, debe interrumpirse de inmediato la infusión intravenosa.

La infección, que aumenta el consumo de oxígeno y puede también precipitar falla del corazón en pacientes cardíacos, debe ser tratada y controlada con antibióticos apropiados en la medida necesaria antes de la operación. Sería ideal identificar por medio de cultivos las bacterias causantes, determinar su sensibilidad a los diversos antibióticos, emplear racionalmente los más eficaces. En cualquier caso, como medida de protección ya tratada, está generalmente indicada la profilaxis antibiótica (penicilina) contra la endocarditis bacteriana subaguda, continuándola durante el día de la intervención y el siguiente en las dosis señaladas.

#### **4.3.2.- Manejo operatorio .**

El manejo del paciente con enfermedad cardíaca compensada durante el procedimiento quirúrgico no difiere esencialmente del que corresponde al paciente no cardíaco.

Con buena técnica quirúrgica y anestésica, existe poco riesgo adicional. Sin embargo, en las personas cuya reserva cardíaca es limitada, el cirujano y el anestesiólogo deben tener en cuenta, pues es en esos pacientes que la hipotensión debe evitarse debido a

los conocidos efectos deletéreos sobre el corazón enfermo, posiblemente precipitando edema pulmonar, infarto de miocardio o una arritmia cardíaca.

La elección de la anestesia debe dejarse al cirujano o al anestesiólogo, ya que lo importante para el cardíaco, como para el no cardíaco durante la cirugía, es la capacidad del anestesista más que un determinado anestésico. Trocelliti ha comentado recientemente este tan importante aspecto del tratamiento quirúrgico. Cuando va a emplearse un anestésico local no debe usarse epinefrina en los cardíacos o, si resulta necesaria, sólo en una concentración de 1:100.000 o menos y en una cantidad total no mayor de 4 cm<sup>3</sup> debido a su efecto excitador sobre el corazón y la presión sanguínea.

La posición del cardíaco durante el procedimiento quirúrgico es importante. En el individuo bastante compensado, quién duerme más cómodo con la cabeza elevada y a quién le falta el aliento al ejercicio leve, resulta beneficiosa la posición erecta. Finalmente, merece destacarse, como en el cuidado pre y posoperatorio, que la administración excesiva de líquidos intravenosos debe evitarse durante la operación.

#### **4.3.3.- Manejo Post - Operatorio .**

Con un buen tratamiento preoperatorio, un cuidadoso



manejo operatorio sin inconveniente, el periodo post-operatorio del paciente dental-cardíaco no debe presentar problemas indebidos, si bien deben mantenerse muchos de los principios generales comentados más arriba. Si antes de la operación se ha necesitado digital, debe continuarse después, lo mismo que las medidas cardíacas requeridas previamente, como la restricción de sales y diuréticos, tanto como la indicación exista (y no contraindicación). La profilaxis penicilínica contra la E.B.S. debe continuarse también en la forma señalada.

El paciente quirúrgico oral puede estar incapacitado para tomar líquidos adecuadamente por boca después de la intervención debiendo recurrirse a la administración parenteral de los líquidos y electrolitos necesarios. Nuevamente, insistimos en el cuidado de los líquidos intravenosos, especialmente las infusiones que contienen sodio. Quizá es aconsejable, en general, evitar soluciones salinas en el periodo posoperatorio inmediato, pero si existe una buena indicación habrá que dar líquidos conteniendo sodio, como solución salina, plasma sanguíneo, etc. En ese caso la administración debe ser conservadora y con las precauciones descritas en la preparación preoperatoria de esos pacientes.

Complicaciones post-operatorias importantes incluyen varias arritmias cardiacas (especialmente taquicardia atrial paroxística y fibrilación atrial) y tromboembolismo (trombosis coronaria, flebotrombosis y embolismo pulmonar e infarto) angina de pecho y edema pulmonar agudo u otras manifestaciones de falla cardiaca. Las arritmias cardiacas serias consecutivas a la operación pueden requerir tratamiento con digital, quinidina o sales de potasio, etc. dependiendo de la naturaleza del ritmo anormal y las circunstancias en que se desarrolla. Las complicaciones del tromboembolismo, que pueden llevar a la muerte, ocurren frecuentemente en pacientes (no necesariamente post-operatorios) con enfermedad cardiaca, sobre todo en presencia de éstasis circulatorio, inactividad y falla congestiva. Además, el embolismo pulmonar puede originar el cor pulmonar agudo y confundirse con trombolismo pulmonar agudo de origen cardiaco. La trombosis en las venas de la pierna es la fuente fundamental de embolismo pulmonar, y por lo tanto la prevención de esa flebotrombosis por el movimiento pasivo y activo en cama y la ambulacióm precoz es capital. El tratamiento puede requerir el uso de anticoagulantes y quizá la ligadura venosa (femoral superficial bilateral).

Con el tratamiento correcto, la falla congestiva en el periodo post-operatorio no suele ser común, aún en presencia de enfermedad cardiaca seria, como lo señala P.D. White, probablemente debido a que esos pacientes mantienen un régimen de reposo en cama. Cuando se desarrolla una falla cardiaca en este periodo, las causas habitualmente asociadas, descartando "accidentes" cardiovasculares, incluyen la excesiva administración de líquidos, infección y pérdida excesiva de sangre durante la operación. Si se produce una descompensación cardiaca en el post-operatorio, pueden instituirse las mismas medidas mencionadas. La infección, como siempre pero especialmente en estos pacientes, requiere pronto tratamiento y control (con los antibióticos apropiados).

#### **4.4.- ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA •**

Es una enfermedad seria, a veces fatal, muy importante en esta consideración del paciente dental con enfermedad cardiaca, porque frecuentemente sigue a procedimientos dentales en personas con lesiones cardíacas y porque pueden prevenirse en la actualidad con la profilaxis penicilínica apropiada.

La endocarditis bacteriana subaguda resulta de la infección bacteriana de la cubierta endocárdica del corazón (válvulas) y se caracteriza por fiebre, murmullo cardíaco,

bacteremia, anemia, esplenomegalia y fenómenos embólicos y vasculares locales. Al principio los síntomas son oscuros y poco definidos e incluyen pirexia, malestar, debilidad, palidez, anorexia, pérdida de peso y artralgia. Son posibles los escalofríos y sudores nocturnos, hay signos de cardiopatía preexistente, y pueden presentarse nuevos soplos durante la enfermedad, debido por ejemplo, a insuficiencia mitral o aórtica: un signo precoz puede ser el fallo inexplicable del corazón en un paciente hasta entonces bien compensado. Son corrientes las Petequias, que en general se localizan en las mucosas, conjuntivas y alrededor de los tobillos y muñecas. Puede haber hemorragias en las manos y pies, también se comprueban en ocasiones hemorragias retinianas.

El microorganismo causal más frecuente es el estreptococo viridans (alfa) no hemolítico, un habitante común de la cavidad bucal, frecuentemente hallado en la enfermedad periodontal y en los abscesos periapicales. Otros microorganismos causales pueden ser enterococos (estreptococo grupo D), *Staphylococcus albus* o *aureus* y hongos. Aunque los factores predisponentes no están claros en todos los pacientes, la infección por estreptococo viridans puede ser consecutiva a intervenciones orales o faríngeas, sobre todo a extracciones dentarias.

Las bacterias de esos focos pueden entrar al torrente sanguíneo (bacteremia) y ser llevadas al corazón para

implantarse en los sitios endocárdicos previamente dañados por enfermedad, multiplicarse en colonias, formar vegetaciones, y producir erosiones y ulceraciones con sus secuelas devastadoras.

#### **4.4.1.- Patogénesis .**

#### **4.4.2.- Lesiones cardíacas subyacentes .**

En la mayoría de los pacientes la implantación bacteriana ocurre en una válvula cicatrizada por la fiebre reumática. Es muy interesante que las válvulas dañadas solo ligeramente (por ejm. insuficiencia mitral leve), parecen ser más susceptibles que aquellas cicatrizadas extensamente (por ejm. estenosis mitral grave). Alteraciones producidas por defectos congénitos (por ejm. defecto septal ventricular, conducto arterioso patente, coartación de la aorta) e infrecuentemente por la sífilis, pueden brindar "terreno" para la infección. En pacientes de más edad, alteraciones ateromatosas en la aorta y en la válvula aórtica, pueden ser el sitio de la implantación bacteriana, y se ha mencionado, que válvulas normales pueden raramente ser afectadas.

#### **4.4.3.- Bacteremia .**

Es otro factor importante en la patogénesis (y en la prevención) de la endocarditis bacteriana subaguda. La invasión bacteriana intermitente o transitoria de la circulación ocurre no excepcionalmente en muchos

de nosotros. Normalmente esas invasiones de bacterias son eliminadas inocuamente por los mecanismos de defensa fagocíticos del cuerpo, sin contratiempos serios. Sin embargo, la bacteremia en pacientes con lesiones cardiacas puede, como se ha dicho, conducir a la endocarditis bacteriana.

#### **4.4.4.- Extracciones dentales .**

Que la bacteremia puede ocurrir después de las extracciones dentarias está comprobado. Elliott ha demostrado que el movimiento de luxación preliminar de un diente antes de la extracción, puede iniciar una bacteremia y que esta invasión bacteriana al torrente circulatorio puede ser disminuida si la extracción se la realiza con menor traumatismo. Burket y Burn recalcan la esterilización de la hendidura gingival antes de la extracción.

#### **4.4.5.- Manipulaciones en la encía .**

El cepillado, raspaje u obturación de dientes o, en ese sentido, simplemente el masajear y desgastar durante la alimentación y masticación en pacientes con infección dentaria o gingival, puede producir una bacteremia transitoria.

En resumen, aún sin trauma quirúrgico evidente, los microorganismos pueden penetrar al torrente circulatorio de personas con boca aséptica. De 110 personass con sepsis oral, el 10,9 % tenían (a un



examen simple de la sangre) una bacteremia estreptocócica antes de cualquier intervención quirúrgica. Como daño gingival leve es suficiente, la presencia de infección parece ser más importante que el trauma, en la reproducción de ese tipo de bacteremia.

Una infección grave, crónica de las encías, es la causa más común. Resulta muy interesante mencionar que la infección apical aguda no suele estar vinculada, quizá porque este foco está más "amurallado" por la reacción inflamatoria.

#### **4.4.6.- Profilaxis con penicilina •**

La asociación médica Norteamericana recomienda el uso profiláctico de antibióticos 48 horas antes de cualquier tratamiento odontológico que pueda iniciar una bacteremia y la prosecución por lo menos hasta 72 horas después de ese tratamiento. Cualquier defecto del sistema cardiovascular que produzca grandes diferencias en los niveles de presión determinará una acumulación de sangre o mala circulación de la sangre, aumentará las posibilidades de endocarditis bacteriana, y se deberán tomar medidas profilácticas. El antibiótico de elección es penicilina benzatínica.

##### **4.4.6.1.- Penicilina benzatínica**

Viene en frasco de 1,200.000 unidades y de

2.400.000 unidades. Este antibiótico se administra por vía intramuscular una dosis cuyo efecto es de 1 mes en el organismo.

Esta penicilina es la más recomendable para profilaxis de la E.B.,S.

#### 4.4.6.2.- Penicilina V o Fenoximetilpenicilina Vía Oral

400.000 unidades en pacientes menores de 15 años cada 6 horas antes de cualquier tratamiento odontológico y la prosecución de 5 días después, se administra por vía oral.

Si el paciente presenta alergia a la penicilina, se usa otro antibiótico, como ser la eritromicina.

### 4.5.- ENFERMEDADES QUE REQUIEREN PROFILAXIS

#### 4.5.1.- Diatesis reumática

Antes de la cirugía dental todos los pacientes con historia de "murmullo" cardíaco, fiebre reumática, escarlatina, dolores en las articulaciones o corea deben ser advertidas de las posibles complicaciones que pueden desarrollarse. Si es necesario, debe consultarse al médico para establecer el diagnóstico. En pacientes con enfermedad cardíaca reumática conocida, es necesario la profilaxis.

#### 4.5.2.- Enfermedad cardíaca congénita

Todos los pacientes que se sabe padecen enfermedad, o

han sido un "bebe azul" o han tenido un soplo desde el nacimiento deben ser protegidos adecuadamente.

#### **4.5.3.- Enfermedad cardiaca arteriosclerótica**

En años recientes, la endocarditis bacteriana subaguda se ha visto ocasionalmente en una válvula cardiaca arteriosclerótica. Cuando se desea la máxima protección, la profilaxis está indicada.

#### **4.5.4.- Enfermedad cardiaca hipertensiva**

La hipertensión debe ser tratada con profilaxis al igual que cualquier enfermedad.

#### **4.5.5.- Enfermedad cardiaca sifilitica**

Estos pacientes deben recibir definitivamente el tratamiento profiláctico previo.

#### **4.5.6.- Diabetes mellitus**

Esta enfermedad ya no es más una contraindicación para ninguna clase de cirugía. Básicamente estos pacientes son tratados como cualquier otro paciente, pero debe tenerse en cuenta que son facilmente propensos a la infección y deben recibir protección antibiótica. Además, la dosis terapéutica de antibióticos apropiados deben mantenerse hasta que la cicatrización esté bien establecida.

#### **4.5.7.- Enfermedad sistémica generalizada**

Queremos significar cualquier enfermedad diseminada, como las enfermedades colágenas, en las que puede haber complicación cardiaca. También, cualquier

enfermedad en la que hay debilidad, presenta un paciente propenso a las complicaciones y merece protección.

#### **4.5.8.- El paciente geriátrico**

Cualquier persona que presente las enfermedades de la senilidad debe suponerse que tiene una enfermedad arteriosclerótica latente y probablemente merece profilaxis.

V.

ENFERMEDADES CUTANEAS DE INTERES PARA  
EL DENTISTA

## ENFERMEDADES CUTANES DE INTERES PARA EL DENTISTA

Mencionaremos algunos de los trastornos más comunes de la piel y las mucosas de la cavidad bucal. Algunos de éstos son inducidos por factores externos y locales, mientras otros representan manifestaciones orales de procesos sistémicos.

Agrupamos las lesiones de acuerdo con ciertas características clínicas y en orden decreciente de frecuencia .

### 5.1.- TRASTORNOS CARACTERIZADOS POR ULCERACIONES MULTIPLES

#### 5.1.1.- Estomatitis aftosa

Es muy común en niños y se caracteriza por úlceras pequeñas, redondas, discretas, dolorosas; generalmente cubiertas por una membrana gris amarillenta y rodeadas por un borde rojizo. Aparecen en la túnica mucosa interna del labio, mejilla, bordes y base de la lengua, piso de la boca, paladar, encías y surcos gingivales. Las lesiones tienen de 2 a 20 mm. de diámetro. Comienzan como zonas blancas pequeñas o pápulas rojas y elevadas en la mucosa que aumentan en tamaño y experimentan luego necrosis central con formación de úlceras. Los pacientes habitualmente no presentan fiebre ni linfadenopatía.



Esta enfermedad se presenta en el 20 a 50 por ciento de la población, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, tiene tendencia familiar y su máxima prevalencia es durante los meses de invierno y primavera.

Más del 90 % de los pacientes son no fumadores. Se cree que el aumento de la queratinización de la mucosa bucal en los fumadores brinda protección contra la enfermedad. Una confirmación adicional de este fenómeno la brinda el hecho de que las lesiones se presentan a menudo en las mujeres durante el período premenstrual cuando el grado de queratinización de la mucosa bucal es bajo. Existe una correlación definida entre un stress físico y emocional y la aparición de las lesiones. Su evolución es autolimitada y curan espontáneamente en una a dos semanas.

Actualmente se considera que el organismo causal es una forma L del estreptococo hemolítico alfa. Se supone que en el conducto de las glándulas mucosas de la cavidad bucal, bajo ciertas circunstancias la forma L se transforma en una forma madura. Durante esta transformación se producirá una cápsula de un mucopolisacárido alrededor de su cuerpo con la formación de una úlcera aftosa resultante de una respuesta alérgica a ese polisacárido. por esta razón

las úlceras se observan por lo general en las regiones de la boca donde existen glándulas mucosas. El tratamiento de las aftas recurrentes es sintomático.

En caso de úlceras persistentes y particularmente dolorosas a resultado benefiosa la administración de tetraciclina (250 mg. en 5 ml. de agua, se enjuaga la boca y luego se traga de 3 a 4 veces por día).

#### 5.1.2.- Eritema multiforme

El eritema multiforme es una enfermedad de crecimiento autolimitado de la piel y tónica mucosa. Se desconoce su causa, sin embargo, se piensa en un origen viral o alérgico, y en muchos casos, la enfermedad ha demostrado ser una respuesta alérgica a alimentos, agentes infecciosos o drogas tales como sulfonamidas, penicilina y salicilatos.

Las lesiones pueden presentarse en cualquier lugar de la piel, mucosa bucal, conjuntiva y mucosa genital. Los pacientes suelen ser adultos jóvenes.

Las lesiones consisten en máculas rojas (eritema) que se transforman en vesículas, en ampollas y úlceras (multiforme). La enfermedad desaparece en pocos días o en semanas, pero pueden recidivar. Las vesículas bucales se abren pronto y dejan úlceras con bordes rojos, pueden verse en cualquier lugar de la mucosa y curar sin dejar cicatrices.

El tratamiento es solamente paliativo. Es importante mantener el aporte de líquidos y una nutrición adecuada, en caso de infección secundaria son necesarios los antibióticos. la administración de corticosteroides produce remisiones del proceso pero no la curación.

#### 5.1.3.- Gingivo-estomatitis herpética primaria y lesiones herpéticas secundarias (herpes labiales).

La gingivo-estomatitis herpética y primaria es causada por el virus del herpes simple.

Se llama primaria porque representa el primer contacto con el virus. La frecuencia más alta se comprueba entre el primer y tercer año de vida. la enfermedad puede ser precedida de algún otro proceso infeccioso, por ejemplo, una infección del tracto respiratorio superior.

Los enfermos se quejan de cefaleas, dolor y llagas en la boca, todo ello acompañado de irritabilidad, sialorrea y rechazo de la comida. Las lesiones de la cavidad bucal a menudo están precedidas por un agrandamiento de los ganglios cervicales y elevación de la temperatura.

En la boca los síntomas consisten en enrojecimiento de la mucosa seguido de la aparición de numerosas vesículas. las vesículas pronto se abren, dejando úlceras limpias. Poco después sobreviene una

infección secundaria y como consecuencia aparece un anillo rojo de inflamación (halo) alrededor de la úlcera. Las úlceras son dolorosas, la curación se inicia tres días, y en siete a catorce días, las lesiones curan completamente sin dejar cicatriz. En formas menos severas de la enfermedad, las lesiones pueden pasar inadvertidas.

Después de la infección primaria, es posible que el virus del herpes permanezca latente en la célula. Posteriormente, cuando quiera que se presente una disminución de la resistencia de los tejidos, vuelve a manifestarse bajo la forma de unas pocas vesículas herpéticas (lesiones herpéticas secundarias). Estas pueden producirse en las regiones fijas de la mucosa bucal (encía adherente y paladar duro) o el labio ( en el borde rojo o cerca del mismo). En este último sitio se conoce con el nombre de herpes labialis o de llagas frías. Las lesiones herpéticas secundarias se presentan en cerca del 40 % de la población. Las lesiones pueden aparecer a continuación de la fiebre (vesícula febril), en una infección del tracto respiratorio superior, de un traumatismo, stress, visitas al dentista, menstruación, etc.

Comienza como una zona de ardor o eritema que se sigue de la aparición de una sola vesícula o de un racimo que pronto se ulceran.

En el labio las vesículas comienzan a formar costras en el término de cuatro a cinco días y curan en una semana a 10 días sin dejar cicatrices. La aplicación tópica de idoxuridina es efectiva en el tratamiento de las lesiones por virus del herpes simple.

La infección herpética de la mano y de las uñas pueden producirse en dentista o personal de sanidad que tratan a pacientes afectados. También se ha observado en los mordedores de uñas y cutícula, que puede reinfectarse así mismo durante el episodio bucal.

#### **5.1.4.- Sífilis**

La sífilis es una enfermedad venérea por espiroquetas (*treponema pallidum*) puede ser adquirida o congénita.

##### **5.1.4.1.- Sífilis adquirida**

Tiene tres periodos: primario, secundario y terciario.

##### **- Sífilis primaria**

La sífilis primaria se presenta por lo general después del contacto sexual con una persona infectada. por esta razón la lesión primaria (el chancro) suele verse en las zonas genitales. Sin embargo, según los lugares expuestos al microorganismo, pueden resultar afectados los dedos, los labios y en pocas ocasiones la lengua.

El chancro aparece aproximadamente tres semanas después de la infección y comienza con una mácula que poco a poco se convierte en pápula y por último en úlcera. Esta posee bordes indurados. Los labios constituyen la localización extragenital más común de la sífilis primaria. El labio superior es afectado más a menudo que el inferior y las lesiones se sitúan habitualmente en el tercio medio del mismo.

El chancro desaparece espontáneamente en cuatro a seis semanas. Los cortes microscópicos muestran una úlcera con una infiltración densa de células plasmáticas, linfocitos, macrófagos y edema.

#### **-Sífilis secundaria**

Las lesiones de la sífilis secundaria comienzan cinco a seis semanas después de la desaparición del chancro. Esta etapa se inicia con dolores de garganta, malestar, fiebre, escalofríos y, erupción cutánea macular de color grisáceo en la mucosa que reciben el nombre de placas mucosas. Las placas mucosas pueden presentarse en cualquier punto de la mucosa bucal pero la lengua, los labios y las amígdalas representan los sitios afectados con



mayor frecuencia .

Aunque esas lesiones se asocian habitualmente con una erupción cutánea pueden no obstante, ser la única manifestación de la sífilis secundaria. Son sumamente infecciosas y el odontólogo que tenga erosiones de la piel de los dedos o corte de los mismos pueden adquirir la enfermedad. Además de las placas mucosas la sífilis secundaria puede estar representada por excreciones semejantes a verrugas en la mucosa genital, y en algunos casos en la mucosa bucal. Estas lesiones se denominan condilomas planos, al microscopio aparecen como masas elevadas al tejido conectivo con infiltrados densos de células plasmáticas, macrófagos y linfocitos y una envoltura de epitelio hiperplásico.

#### **- Sífilis terciaria**

La sífilis terciaria se manifiesta algunos años más tarde. Presenta muchos síntomas que resultan de la afección del sistema nervioso central, el aparato cardiovascular, el esqueleto, las articulaciones, la piel. Sin embargo, las lesiones son esencialmente de dos tipos . El primer tipo corresponde al Goma; se trata de un foco circunscrito de 2 a 10 cm. De tamaño que

consiste en una inflamación y necrosis gomosa que ocupa un órgano o tejido. En el segundo tipo existe una inflamación prolongada o latente en un órgano o parte de él. Por consiguiente los síntomas varían según el lugar de la afección.

Las lesiones bucales de las sífilis son de dos tipos:

a) Los gomas, que aparecen en el paladar y lo perforan.

b) La inflamación crónica de la lengua (glositis sífilítica) asociada con arteritis (inflamación de la pared arterial.)

La arteritis conduce a la proliferación de la tónica y al estrechamiento u oclusión de la luz con la consiguiente isquemia.

Es la razón por la cual se atrofian las papilas linguales, de lo que resulta una lengua lisa y atrófica. En los casos graves se observa fibrosis y fisuras de la lengua (lengua escrotal). La glositis sífilítica se asocia a menudo con la leucoplasia y en esos pacientes la incidencia del carcinoma de células escamosas es elevada.

#### **5.1.4.2.- Sífilis congénita**

Se adquiere, en el útero. Hasta la décima

semana, el embrión, de alguna manera está protegido contra la infección y el desarrollo prosigue sin complicaciones. Si la madre es tratada con éxito antes de esa fecha, el niño será normal.

La sífilis congénita puede presentar cualquiera de las manifestaciones secundarias y terciarias de la adquirida.

Las lesiones bucales consisten en dientes de Hutchinson, molares de Pflüger y moriformes, gomas, glositis, placas mucosas, fisuras y cicatrizaciones de las comisuras (ragades).

#### - Dientes de Hutchinson

La forma de los incisivos centrales está alterada en el 10 al 30% de los niños portadores de sífilis congénita.

Estos dientes pueden semejar un destornillador (los bordes incisivos más estrechos de la parte media de la corona, o presentar una escotadura en los bordes incisivos).

Aunque los incisivos centrales del maxilar son los afectados con mayor frecuencia, los laterales y los incisivos mandibulares también pueden mostrar el defecto, la dentición temporaria no se altera. Aproximadamente en el 1 % de los pacientes con sífilis congénita los

se relacionan con queratosis intersticial (inflamación y cicatrización de la córnea) y sordera. Este complejo de síntomas se denomina triada de Hutchinson. La alteración de la forma de los dientes se debe a los cambios sufridos por el germen dentario durante la morfodiferenciación.

Estos cambios consisten en inflamación dentro y alrededor del germen dentario e hiperplasia del epitelio del órgano del esmalte.

#### - Molares en mora (moriformes y de Pflüger)

La forma de los primeros molares se altera del 10 al 30% de los pacientes con sífilis congénita. Las superficies de oclusión son mucho más estrechas que lo normal y confieren a la corona un aspecto comprimido. Los dientes también presentan hiperplasia del esmalte y se llaman molares en mora. El molar de Pflüger es idéntico al moriforme sólo que no existe hipoplasia.

#### 5.1.5.- Pénfigo

El pénfigo es una enfermedad de etiología desconocida que afecta piel y mucosa, que adopta las siguientes formas: vulgar, vegetante, foliáceo.

El pénfigo vulgar es el tipo más común. Afecta a varones y mujeres por igual, y habitualmente aparece

entre los 40 a 70 años. La lesión característica es una ampolla (vesícula grande). Las ampollas cubren zonas extensas de la piel y de la mucosa bucal. En ambos lugares, el revestimiento apitelial de las zonas afectadas puede eliminarse mediante fricción con el pulgar o los dedos: es el llamado signo de Nikolsky.

En un 33% de los enfermos, las lesiones bucales pueden preceder a las cutáneas, y en aproximadamente un 20% las lesiones bucales pueden ser la única manifestación. Las ampollas de la cavidad bucal se abren pronto y dejan úlceras superficiales grandes y dolorosas. En más del 50% de los pacientes la enfermedad es fatal a corto plazo. No se conoce ningún tratamiento curativo, aunque la administración local y sistémica de cortisona es de valor temporario.

Microscópicamente en el interior de la vesícula o ampolla de pénfigo se observan células epiteliales redondas en degeneración con núcleos hipercromáticos: se denomina células de Tzanck. Una de las formas menos comunes de pénfigo es el pénfigo vegetante. Se parece a la forma vulgar en todos los aspectos, con la diferencia que después de la ruptura de las ampollas se produce una hiperplasia papilomatosa del epitelio. Microscópicamente, este tipo revela

numerosos eosinófilos. En el pénfigo foliáceo y eritematoso, que son formas raras, las ampollas se asocian con un marcado eritema. El pénfigo eritematoso es una forma leve del pénfigo foliáceo. Las lesiones bucales son raras.

## **5.2.- TRANSTORNOS CARACTERIZADOS POR PLACAS BLANCAS EN LA MUCOSA BUCAL**

Liquen plano, leucoplasia (ya fueron descritas)

Moniliasis (descrita en capítulos posteriores)

### **5.2.1.- Lupus eritematoso**

Es una enfermedad de la piel de etiología desconocida que se presenta en dos formas: la forma crónica o discoide y la forma aguda. En la forma crónica suelen aparecer máculas y placas blancas y escamosas en la zona malar y el puente de la nariz, que adoptan una configuración semejante a una mariposa. Pueden desaparecer espontáneamente, pero se agravan con la luz solar. Las lesiones bucales pueden preceder o seguir a las lesiones cutáneas y se observan en aproximadamente un 25% de los pacientes, consisten en placas blancas múltiples con bordes de un color rojo purpúreo oscuro, y clínicamente pueden parecerse a una leucoplasia. En algunos pacientes existe ulceración de las placas. La forma aguda del lupus eritematoso suele presentarse en mujeres jóvenes. Se caracteriza por máculas edematosas de color rojo,



pápulas, vesículas, ampollas o escamas en la región malar y en otros lugares de la piel. Además de las lesiones cutáneas, los pacientes tienen fiebre, leucopenia, hiperglobulinemia, esplenomegalia, vómitos, diarrea, anorexia, disfagia, vegetaciones de las válvulas cardíacas y degeneración fibrinoide de los capilares del riñón.

Las lesiones bucales del lupus eritematoso agudo están representadas por máculas hemorrágicas que pueden ulcerarse y experimentar una infección secundaria.

### 5.3.- LESIONES AISLADAS DE LABIOS O LENGUA: LESIONES EROSIVAS E INFLAMATORIAS

Las lesiones aisladas del labio o de la lengua incluyen algunos de los más comunes y más importantes trastornos dérmicos, y a menudo requieren biopsia u otros datos de laboratorio para un diagnóstico exacto. El odontólogo está en una posición decididamente favorable para descubrirlas y obtener el tratamiento adecuado del paciente.

Herpes simple

Será descrito en otro capítulo, (SIDA).

Chancro sifilítico

Ya fué descrito.

#### 5.3.1.- Granuloma piógeno

El granuloma piógeno es un crecimiento semejante a un tumor, que aparece a cualquier edad. Es algo más

frecuente en las mujeres que en los hombres. Aproximadamente, el 75% de las lesiones afecta la encía, el porcentaje restante se distribuye en mejillas, labios, lengua, paladar, pliegue mucobucal y frenillo. Las lesiones gingivales son más comunes en el maxilar que en la mandíbula (44%), en la superficie bucal más que en la lingual y en la parte anterior de los maxilares más que en las regiones posteriores. Con excepción del área lingual correspondiente a los molares inferiores, las lesiones aparecen en todas las zonas de la encía.

El granuloma piógeno aparece habitualmente como un crecimiento elevado, blando, pedunculado o de base ancha, con una superficie suave, frecuentemente ulcerado, que sangra con facilidad y que puede presentar el aspecto de una frambuesa. Su duración es de semanas a meses. La lesión está parcial o completamente cubierta de epitelio escamoso estratificado, y cerca del 65% están ulcerados en parte o casi en su totalidad; un exudado fibrinoso cubre las zonas ulceradas.

La causa del granuloma piógeno es desconocida, sin embargo, por el hecho de que está compuesto esencialmente de tejido de granulación, se cree que la lesión representa una reacción exagerada de los

tejidos a algún traumatismo local.

El tratamiento consiste en la escisión. A pesar de que constituyen lesiones benignas, un 16% recidiva después de la extirpación.

#### 5.4.- LESIONES GRANULOMATOSAS

Carcinoma

Goma sifilítico

Ya fueron descritas

Tuberculosis (descrita en capítulos posteriores)

#### 5.5.- LESIONES VERRUGOSAS

##### 5.5.1.- Verruga común

La verruga común es causada por un virus, y el periodo de incubación es aproximadamente seis semanas hasta un año; constituye primordialmente una lesión cutánea; sin embargo, puede presentarse en la cavidad bucal, sobre todo en los labios y el paladar.

Clinicamente, la verruga común es una lesión sésil y blanda, con forma de coliflor, de sólo pocos milímetros, las lesiones pueden desaparecer espontáneamente; también es posible tratarlas con nitrógeno líquido o mediante escisión. La recurrencia es rara en el caso de una verruga común en las que han sido tratadas.

#### 5.6.- TRANSTORNOS VARIOS

##### 5.6.1.- Dermatitis de contacto

O dermatitis venenata o estomatitis (estomatitis

venenata), es una reacción alérgica local de la piel o la mucosa, a sustancias que actúan en superficie. Aparecen comúnmente en el borde bermellón del labio y en la piel facial vecina y es probablemente menos frecuente en la mucosa bucal.

El labio puede aparecer seco, escamoso y fisurado, o rojo y tumefacto, con complicación de las zonas dérmicas que lo rodean. En esos casos deben vigilarse cuidadosamente los dentríficos, cosméticos y alimentos (especialmente en niños). Deben emplearse entonces los test de placa para determinar cuales son las sustancias ofensoras. La complicación de la mucosa bucal puede ocurrir por diversos agentes, en especial las sustancias edulcorantes de los dentríficos, materiales de base para dentaduras, aleaciones metálicas o medicamentos dentales. La ubicación del proceso dará las pistas respecto a las posibles causas, que pueden entonces verificarse con los tests de placa. La mucosa afectada puede aparecer simplemente enrojecida e hiperémica, mostrar un daño más extenso por tumefacción o formación de vesículas o ulceración.

#### **5.6.2.- Glositis migratoria benigna**

O lengua geográfica, es de etiología desconocida, ésta enfermedad se caracteriza por una o varias zonas irregulares de descamación (manchas peladas) en

la lengua. En esas zonas faltan las papilas filiformes, pero permanecen las fungiformes. Las manchas peladas están rodeadas de papilas filiformes normales que, ya sea por contraste o debido a la acumulación de queratina, aparecen como hipertrofiadas. Son zonas blancas. Las regiones descamadas curan, pero aparecen otras en otra parte de la lengua, por esta razón se denomina migratoria. Por lo general las lesiones no responden al tratamiento pero desaparecen espontáneamente. No es necesario ningún tratamiento, pero muchas veces se administra complejo vitamínico B.

#### **5.6.3.- Enfermedad de Fordyce**

Mal llamada enfermedad, esta anomalía del desarrollo, afecta la mucosa bucal y se caracteriza por la presencia de múltiples gránulos blanco - amarillentos que pueden agruparse en racimos o formar placas. Se observa en un 80% de la población y las localizaciones más comunes son la mucosa bucal a nivel del plano oclusal, el labio y la región retromolar. Estas lesiones representan glándulas sebáceas aberrantes en zonas en las que generalmente faltan. No producen síntomas y adquieren importancia sólo debido a su frecuencia y a la preocupación que pueden causar a un paciente con tendencia a la cancerofobia.

## VI.

### MANIFESTACIONES BUCALES CLINICAMENTE OBSERVADAS EN LAS ENDOCRINOPATIAS



## MANIFESTACIONES BUCALES CLINICAMENTE

### OBSERVADAS EN LAS ENDOCRINOPATIAS

La relación de factores extrínsecos, genéticos y endócrinos, con el crecimiento y desarrollo, es un estudio muy complejo. La función total de las glándulas endócrinas es de catálisis, esto es aceleración o retardo de sistemas enzimáticos básicos dentro de las células mismas.

Es probable que ninguna hormona tenga una acción independiente. Más aún los efectos de las secreciones endócrinas sobre las estructuras dentales humanas son restringidos de acuerdo a factores de tiempo, intensidad y duración de la acción. Factores genéticos, defectos congénitos y adquiridos, enfermedades infecciosas, y deficiencias, ejercen sus influencias sobre las estructuras dentales con mayor grado y frecuencia que las de origen puramente endócrino. De todas las glándulas endócrinas, la glándula tiroides parece ser la más claramente relacionada con el desarrollo y la velocidad de erupción de los dientes.

#### 6.1.- TRANSTORNOS DE LA GLANDULA TIROIDES

La tiroides regula primariamente la velocidad del metabolismo del oxígeno celular y la metamorfosis, y secundariamente afecta el crecimiento y desarrollo.

##### 6.1.1.- Hipotiroidismo

En el hipotiroidismo congénito o infantil, mixedema del adulto, las alteraciones dentales como otros

cambios físicos y mentales, pueden ser sorprendentes. El crecimiento retardado del cráneo resulta en un arco pequeño, con una tendencia al apiñamiento y mala alineación de los dientes primarios. El desarrollo óseo está retardado en notable medida, y produce la típica facies del cretino: mordida abierta, meton fugaz y una lengua grande protruyendo. El tamaño anormal de la lengua y su posición serán a menudo la causa de una mordida abierta anterior y la separación de los dientes anteriores.

Se opina en general que no hay un aumento directo en la susceptibilidad a la caries asociada con este trastorno, y se ha supuesto que la mal nutrición y la mala higiene bucal son factores muy importantes asociados con la disfunción tiroidea. En los pacientes que se han observado, a pesar de su mala oclusión la incidencia de caries era baja. Probablemente debido a su estado nutricional mejorado y al cuidado bucal cuidadosamente supervisado. La erupción demorada era la principal anomalía dental.

Las primeras observaciones de insuficiencia tiroidea puede hacerlas el padre, quien observa una falta en el ritmo normal de crecimiento, o el dentista de la familia, quien nota una demora de la erupción o un retardo en la exfoliación de los dientes primarios,

con una tendencia a una maloclusión por apiñamiento del sector anterior del maxilar sin separación progresiva de los primarios anteriores. También deben considerarse otros factores aparte del endócrino, que probablemente son la causa más común. Tager, en el estudio de los problemas ortodóncicos especiales de 100 niños, encontró que sólo 10 mostraban una franca endocrinopatía, nueve de ellos eran hipotiroides.

En el mixedema adulto, no hay influencia directa aparente del hipotiroidismo sobre los dientes y sus estructuras de soporte. Las anomalías dentales que se notaron podrían considerarse relacionadas a la edad del paciente y estado nutricional. Becks notó un alto porcentaje de periodontitis en el mixedema adulto. Lewis comunicó una mejoría en el estado periodontal después del tratamiento del mixedema.

Al revisar las historias clínicas de 143 pacientes con mixedema adulto vistos en la Cleveland clinic, hubo 38 pacientes en las que se registró historias dentales completas. De los 38 pacientes, 26 mostraron poco o ningún trastorno periodontal. Mientras 12 tenían enfermedad periodontal de moderada a marcada. Dieciocho pacientes tenían una notable susceptibilidad a la caries.

#### 6.1.2.- Hipertiroidismo

En la enfermedad de Graves es un tipo de hipertiroidismo, conocido también como tirotoxicosis, enfermedad de Basedow o bocio exoftálmico, acelera la erupción de los dientes y la exfoliación de los primarios. Es rara en niños, y con un tratamiento precoz el efecto es breve.

Welti, comunicó el caso de un niño de 5 años con una edad ósea de 10 a 12 años, y una edad dentaria de 9 años. Los dientes primarios habían sido exfoliados a los tres años y medio. Se hicieron observaciones de los niños con bocio difuso e hipertiroidismo con erupción precoz de los dientes. Uno de los niños fue visto a los 4 años y medio, cinco meses después de la tiroidectomía, y sus dientes primarios habían erupcionado a los cinco meses de edad. En el momento del examen, los incisivos centrales inferiores de la segunda dentición y los molares de los seis años, estaban erupcionando. Había caries graves en los primarios, que se presentaban con cambios de coloración y diastemas de crecimiento. No se obtuvieron radiografías; seis años más tarde, el paciente, con diez años y dos meses, tenía todos sus dientes permanentes erupcionados, excepto los segundos y terceros molares. Los molares de los 12 años parecían listos para erupcionar, la formación radicular por completarse. Los terceros molares

habían comenzado a calcificar. La formación dentaria, formada, tamaño de los dientes, y la oclusión eran normales. La susceptibilidad a la caries era moderada, había restauraciones en siete dientes. Se notaba alguna osteoporosis de la estructura ósea de soporte con un patrón trabecular fino.

El segundo niño de 10 años, con bocio difuso e hipertiroidismo, también presentaba erupción precoz de dientes de tamaño normal. Las raíces parecían ser largas y delgadas. La incidencia de caries era baja y confinada a los primarios remanentes. Los arcos eran angostos y había una leve maloclusión.

Se piensa que la enfermedad periodontal está asociada con el hipertiroidismo, sin embargo, esta relación no ha sido confirmada firmemente por equipos de investigadores. Las observaciones clínicas aquí comunicadas se refieren a seis pacientes cuyas edades iban de 39 a 67 años, los seis mostraban un gran descuido bucal, tres con avanzada enfermedad periodontal y tres con poca o nada. Cinco mostraban una extrema susceptibilidad a la caries.

#### **6.2.- TRANSTORNOS DE LA GLANDULAS PARATIROIDES**

Las glándulas paratiroides tienen alguna relación con la calcificación de los dientes. desempeñan un papel conductor en la regulación de la concentración del calcio y fósforo en la sangre, la excreción de esos elementos y por ende el

mantenimiento de la estructura ósea. No afectan la dimensión de los dientes, la formación general puede ser afectada por hipoplasia del esmalte, y se han comunicado estados así. Tienen poco o ningún efecto sobre el crecimiento o erupción de los dientes.

#### 6.2.1.- HIPERPARATIROIDISMO

El hiperparatiroidismo puede producir cambios sorprendentes en las estructuras óseas de soporte. Las trabéculas, se hacen tipo encaje, entremezcladas fina y estrechamente. Al aumentar la gravedad del estado, se desarrollan osteoporosis y formaciones quísticas. En algunos casos, se han presentado formaciones tumorales a células gigantes con evidencia de reabsorción radicular de los dientes vecinos.

La desaparición de la lámina dura de los alveolos se considera patognomónica del hiperparatiroidismo, pero no acompaña invariabilmente a la enfermedad. La desaparición queda muy confinada a la zonas sometidas al stress mecánico de la masticación normal. Stafne señala que la evidencia radiográfica incluye también la desaparición de las líneas radiopacas de la lámina dura que representa los límites de los senos maxilares, fosas nasales, crestas alveolares y las crestas más anchas de los bordes inferior y laterales de la mandíbula. Esos cambios ocurren después de una



embargo después de controlado el hiperparatiroidismo, la lámina dura se vuelve a formar.

Aunque la estructura ósea se descalcifica, los dientes permanecen bien calcificados y hasta pueden mostrar calcificación en aumento. Las raíces dentarias aparecen en forma de huso. La actividad de caries no está aumentada. Los dientes pueden o no presentar movilidad, pero tienen una tendencia a inclinarse y maloclusión acelerada.

#### **6.2.2.- Hipoparatiroidismo**

En el hipoparatiroidismo sea descrito hipoplasia del esmalte y la dentina.

### **6.3.- TRANSTORNOS DE LA GLANDULA PITUITARIA**

La disfunción pituitaria se manifiesta en las estructuras de soporte, sobre todo en el hueso. La actividad del lóbulo anterior, que regula, entre otras funciones, la velocidad del crecimiento, es de alguna importancia para las estructuras dentarias. Normalmente, el periodo de la vida durante el cual la hormona de crecimiento pituitaria es más importante, es antes del cese del crecimiento corporal total. Ejerce influencia sobre las otras glándulas del sistema endócrino, principalmente las glándulas, tiroides, adrenales y gónadas. Por lo tanto la variación dental asociada con la glándula tiroides puede tener su origen en la disfunción pituitaria.

#### **6.3.1.- Hipopituitarismo**

La deficiencia pituitaria retarda el crecimiento de los tejidos.

En el enanismo pituitario, la cara es pequeña comparada con el cráneo y los senos paranasales están menos desarrollados, los dientes son de forma y tamaño normal, pero la erupción está retardada y la caída demorada, probablemente en parte a los efectos secundarios del hipotiroidismo. Con el aumento insuficiente en la dimensión vertical y longitud del arco, resulta un efecto de apiñamiento o diastemas muy marcados de los dientes. Como están algo sumergidos también la corona clínica puede aparecer más pequeña y las raíces, aunque completamente formadas, pueden ser más cortas y con conductos pulpares pequeños. Se ha comunicado una mayor calcificación con esclerosis de la dentina y el hueso. La reducción del crecimiento condilar resulta en una mala relación de la mandíbula infantil.

En un paciente de 12 años, la dentadura era de 8 ó 9 años de edad; los dientes estaban apiñados y habían algunas caries. Cuando el paciente tenía 19 años, todavía la maloclusión era considerable, con dientes apiñados de tamaño y forma normal. La edad ósea se estableció entre 12 y 13 años. No había aumento en la incidencia de caries o enfermedad periodontal.

El síndrome de Froelich, es un estado en el que hay

deficiencia pituitaria en hormona gonadotrópica, con hipogonadismo secundario y obesidad asociada. En el estado clásico, tal como fué descrito originalmente, hay también un neoplasma suprasillar. En su forma verdadera el síndrome es muy raro. El diagnóstico se aplica a veces, equivocadamente, a la obesidad de la adolescencia con retardo sospechado en la pubertad.

Un adulto joven quien supuestamente tenía el síndrome de Froelich nunca había consultado un dentista. Tenía las 32 piezas dentarias en perfecta oclusión sin una lesión de caries o restauración; los dientes estaban bien formados y eran de tamaño normal. No había pigmentaciones ni formación de tártaro. Otro paciente en quien se suponía éste síndrome e hipotiroidismo, tenía todo sus dientes permanentes, excepto la erupción retardada de un diente anterior superior. Se comenzó la medicación tiroidea y a los tres meses se produjo la erupción de ese diente.

Todos los otros eran de tamaño y forma normal y la actividad de caries era moderada. el estado dental de esos paciente parecería ser mejor que lo corriente.

Un tercer caso con hipopituitarismo, hipoovarianismo y leve hipotiroidismo, tenía dientes de tamaño algo pequeños, y había oligodoncia de los laterales superiores, también presentaban maloclusión de tipo prognático que sugería una retrusión maxilar con

bóveda palatina elevada. Caries rampante junto con rápida acumulación de tártaro y pigmentación se observaba también.

#### **6.3.2.- Hiperpituitarismo**

En el hiperpituitarismo con un exceso de hormona de crecimiento resulta un estado de gigantismo en el niño, con un sobrecrecimiento del sistema esquelético. Se caracteriza por un crecimiento de proporción relativamente uniforme y un aumento total en el tamaño absoluto del esqueleto, especialmente en altura corporal. Con el comienzo de los síntomas, raramente antes de los seis años de edad, las coronas de los dientes de la segunda dentición no son afectadas en cuanto a variación de tamaño aunque las velocidades de erupción y exfoliación parecen aumentadas. La evolución dental es de dientes de tamaño normal erupcionan temprano y crecimiento aumentado de los maxilares que producen separaciones de los dientes en maxilares grandes sin desproporción en la relación oclusal.

En la acromegalia o hiperpituitarismo del adulto, el crecimiento del maxilar por la cabeza condilar continúa, produciendo prognatismo con angulación obtusa marcada del maxilar. Con la supraerupción de los dientes hay también un marcado sobrecrecimiento del proceso alveolar. Las raíces muestran

hipercementosis. Los dientes de tamaño y forma normal, están separados con una característica forma en abanico de los incisivos inferiores hacia labial que ha sido señalada por Korkhaus como patognomónica de la enfermedad y como resultado probablemente directo del agrandamiento de la lengua.

#### **6.4.- TRANSTORNOS DE LAS GONODAS**

Las hormonas segregadas por testículos y ovarios controlan el crecimiento de los órganos sexuales y características sexuales secundarias. Limitan el efecto de la hormona del crecimiento de la pituitaria, afectando así la maduración de las epifisis. Probablemente no tienen efecto directo sobre los dientes humanos; en animales, se ha comunicado un trastorno en la calcificación dentaria después de la gonadectomía. Como el hipogonadismo no puede diagnosticarse precozmente y como la función de estas glándulas se activa en la pubertad, su actividad asociada con la dentición humana es difícil de establecer. El hipogonadismo relacionado con el hipopituitarismo ya ha sido comentado.

#### **6.5.- TRANSTORNOS DE LAS GLANDULAS ADRENALES**

La secreción adrenal no tiene efecto directo aparente sobre las estructuras dentarias humanas. La extirpación de las adrenales en animales altera la calcificación de la dentina.

#### **6.5. HIPOADRENA (insuficiencia adrenal)**

La hipofunción de las glándulas adrenales produce la

enfermedad de Addison, caracterizada por la fatiga y la hiperpigmentación de la piel y la cavidad bucal. Los signos dentarios pueden ser una manifestación precoz, la mucosa bucal está pálida con una cubierta parduzca o pigmentada con máculas. A medida que la enfermedad progresa, el deterioro parecía reflejarse en las estructuras dentarias por una susceptibilidad en aumento a la caries y un trastorno periodontal cada vez mayor. Los trastornos que requieren cirugía dental deben considerarse con mucho cuidado, en vista de una crisis adrenal fácilmente precipitable con terminación fatal.

#### **6.5.2.- Hiperadrenocorticismismo**

El hiperadrenocorticismismo (hiperfunción adrenocortical) se reconoce en tres formas: Síndrome de Cushing, síndrome adrenogenital, y aldosterismo primario.

El síndrome de Cushing se caracteriza por marcada osteoporosis, entre otros cambios. Levine y Weisberg comunicaron la producción de osteoporosis en el 64% de todas las mujeres y el 73 % de todos los hombres en 51 casos. Stafne describió una osteoporosis uniforme del maxilar superior, de la mandíbula con obliteración parcial de las corticales, de la lámina dura y de los bordes del seno maxilar sin mayor transformación del patrón trabecular. Con los factores de patrones constitucionales, stress mecánicos e infecciones, esta alteración de los maxilares es difícil de establecer.



El síndrome adrenogenital en la niñez produce pubertad precoz, debido a la hiperactividad funcional de la corteza adrenal o un tumor. Se notan signos precoces de pubertad, sin embargo, no sigue ninguna aceleración del crecimiento óseo y madurez epifisaria avanzada al desarrollo dentario precoz. En estos casos, la edad dentaria es paralela a la edad cronológica. No hay cambios en la forma o tamaño de los dientes, la oclusión puede ser normal y no se nota aumento en la susceptibilidad a la caries.

En el aldosterismo primario no se han registrado comprobaciones dentarias. En tres historias clínicas revisadas, se comunicó en una lengua roja tipo bistec y en otra la queja principal era un trastorno de garganta durante un periodo de tres años. Este último paciente era desdentado.

VII.  
DIABETES

## DIABETES

### 7.1.- DEFINICION

La diabetes mellitus es un trastorno crónico del metabolismo de los carbohidratos caracterizado por hiperglicemia. La glucosuria resultante, así como las alteraciones, probablemente secundarias del metabolismo de las proteínas y las grasas, conducen a poliuria y en los casos graves a cetoacidosis, deshidratación, coma y muerte. Se admite, en general, que este trastorno metabólico resulta de una deficiencia relativa o absoluta de insulina. La predisposición hacia la enfermedad es hereditaria, si bien aún se desconoce la naturaleza misma del trastorno genético.

### 7.2.- TIPOS DE DIABETES

En la actualidad se distinguen dos tipos de diabetes:

#### 7.2.1.- Insulinodependiente o diabetes de comienzo juvenil

En este tipo de diabetes el paciente no puede utilizar adecuadamente su azúcar sanguíneo, ya que su páncreas no suministra suficiente insulina, estos pacientes deben ser tratados con insulina para sobrevivir. Estos pacientes son delgados, aunque puede presentarse, justo antes que la enfermedad haga su aparición un breve periodo durante el cual el paciente sube de peso. Este tipo de diabetes se presenta en los niños y en los jóvenes, con poca

frecuencia suele presentarse en sujetos adultos.

#### 7.2.2.- Insulinodependiente o diabetes del comienzo adulto

En este segundo tipo, el paciente segrega algo de insulina pero no lo suficiente para mantener el azúcar sanguíneo en niveles normales. Estos pacientes son mayores de 25 años y generalmente son obesos. En muchos casos se puede controlar por medio de una dieta para reducir peso y mantenerlo en límites normales, pero puede ocurrir que incluso en esta situación no segregue suficiente insulina. El médico le recetará pastillas que actuarán sobre el páncreas segregando más insulina. Si aún así no se consigue un buen control, se debe recomendar la administración de insulina.

#### 7.3.- SINTOMAS

Los síntomas de la diabetes son los siguientes:

- Sed excesiva.
- Orina abundante
- Apetito voraz.
- Adelgazamiento.
- Cansancio inexplicable.
- Picaón y hormigueo en pies y manos.
- Dolor y calambre de piernas.
- Visión borrosa
- Infecciones de la piel.

- Cicatrización defectuosa de las heridas.
- Angina en las mujeres.
- Enfriamiento de las extremidades.

#### 7.4.- MANIFESTACIONES ORALES

Periodontitis. (con reabsorción perialveolar ósea)  
 Xerostomía (boca seca)  
 Lengua saburral

#### 7.5.-CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER CON EL PACIENTE DIABETICO

En la mayoría de los casos es recomendable consultar al médico del diabético, antes de realizar aún intervenciones menores como una extracción dentaria. En algunas circunstancias el médico dará su aprobación si la dosis de insulina y el régimen dietético están bien controlados.

En otros casos puede ser necesario tomar precauciones extensas, incluyendo la hospitalización, aún para procedimientos quirúrgicos menores.

Recordar siempre que el stress emocional tiende a aumentar el azúcar sanguíneo, y que en el diabético esto puede ser serio. se ha producido coma diabético después de una extracción. Habitualmente, al diabético hay que sedarle preoperatoriamente para reducir su aprehensión. Un buen acercamiento psicológico aumenta la confianza del paciente. Es insensato usar altas concentraciones de epinefrina en las soluciones anestésicas locales, tanto por la isquemia local como por la absorción de epinefrina, que tiende a aumentar el nivel de azúcar en la sangre. Debe recordarse

que esto ocurre también con los anestésicos generales y que con el paciente diabético son necesarias precauciones especiales.

Es sumamente importante para el odontólogo tener presente la diabetes en su paciente y obtener el consejo médico necesario y observar las precauciones sugeridas, antes de intentar aún procedimientos quirúrgicos menores.

Además del peligro de precipitar un coma diabético, pueden ocurrir serias infecciones post-operatorias en el diabético no correctamente tratado. Por supuesto, no debe intentarse ninguna intervención quirúrgica en diabéticos no controlados.



## VIII.

# MANIFESTACIONES BUCALES DE TRASTORNOS NUTRICIOS

## MANIFESTACIONES BUCALES DE TRANSTORNOS NUTRICIOS

A las estructuras que cubren la cavidad bucal se las considera como un espejo que refleja la salud de todo el cuerpo. Los tejidos bucales son afectados precozmente en el curso de las deficiencias nutricias, y las alteraciones objetivas y subjetivas en esas estructuras suelen ser la queja principal de los pacientes que buscan alivio por desórdenes nutricios.

En la medida que los tejidos bucales están correctamente nutridos soportan en grado sorprendente los traumas repetidos a los que están sujetos. En contraste, los mismos tejidos cuando están desprovistos nutriciamente, tienen gran dificultad en mantener su integridad celular. La exposición a irritantes químicos, físicos, térmicos o microbianos, acelera el desarrollo de lesiones que afectan el color, topografía y sensibilidad de las estructuras complicadas.

Estas lesiones son casi invariablemente complicadas por infecciones superpuestas que alteran el aspecto y curso de la discrasia nutricia subyacente. Los tejidos bucales difieren en su vulnerabilidad a restricciones nutricias idénticas en el mismo paciente y en pacientes diferentes. Los pacientes observados con recidivas de la misma deficiencia nutricia desarrollan lesiones en el mismo orden regular y en el mismo sitio definido en un patrón.

predecible. Aunque las manifestaciones clínicas pueden ser múltiples o aisladas en su causa y no específicas en su aspecto, ciertas estructuras bucales tienen una mayor predilección para el cambio en presencia de desequilibrio nutricional que los otros.

#### **B.1.- DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA (Vit. G y B2)**

La degeneración e inflamación de la mucosa labial, denominada diversamente estomatitis angular, queilosis o queilitis, es un signo prominente de deficiencia riboflavínica. Esas lesiones fueron observadas frecuentemente en relación con la pelagra y respondieron al tratamiento con polvo de levadura desecado o extracto de hígado crudo. En 1938 Sebrell y Butler indujeron exitosamente la deficiencia de riboflavina en voluntarios humanos, que se apreció la significación plena de la queilosis angular. En dos meses, Vilter y Spies comunicaron que la queilosis que se produjo naturalmente por falta de riboflavina en la dieta se alivió con la administración de esta vitamina.

Los cambios patológicos en los tipos experimentales y clínicos de la queilosis por deficiencia de riboflavina son clínicamente idénticos. Siguen un patrón definido de desarrollo comenzando con palidez en los labios, sobre todo en las comisuras que no toma temporalmente las zonas húmedas de la mucosa bucal vecina. La palidez continúa durante varios días y es seguida por maceración y

acumulación de una sustancia blanquecina sobre un fondo rosado. Fisuras superficiales invaden luego los pliegues naturales en las comisuras. Las fisuras son aisladas o múltiples y habitualmente aparecen en ambos lados. A continuación, las lesiones maceradas pueden secarse y se forman costras amarillentas en los ángulos que pueden removerse sin sangrar. El resto de los labios se pone anormalmente rojo a lo largo de la línea de cierre y hay un notable aumento en las fisuras verticales resultante de la denudación superficial de la mucosa. Esto suele notarse más en el labio inferior. A medida que la enfermedad progresa las lesiones en los ángulos se profundizan y extienden cruzando el borde bermellón a la mejilla hasta una distancia de 10 mm. y en la mucosa bucal de 1 a 3 mm.

Las comisuras constantemente irritadas muestran zonas sangrantes, costras y escamas. En algunos casos, los ángulos de la boca están muy dolorosos en el estadio agudo y pueden permanecer así por el resto de la enfermedad. Habitualmente las lesiones son bien toleradas por el paciente. Cuando recidivan repetidamente y son bastante profundas, se producen cicatrices que dan a la zona afectada un aspecto atrófico. Las infecciones secundarias por estreptococos hemolíticos, estafilicocos hemolíticos, levaduras, hongos y virus herpéticos, son comunes durante el estadio agudo. Estos agentes pueden alterar la morfología de las lesiones.

La queilosis angular no es una manifestación exclusiva de la deficiencia de riboflavina y no debe considerarse patognomónica de esta enfermedad. En algunos casos de anemia por deficiencia de hierro con queilosis no se la puede distinguir clínicamente y la curación se produce cuando se corrige la anemia. A veces, se ha observado la desaparición de las lesiones labiales después de la administración de sustancias tan distintas como la niacina, piridoxina, ácido pantoténico, ácido ascórbico, ácido fólico o vitamina B12, en casos en que una deficiencia específica de uno de estos elementos era la causa precipitante. Otros factores de carácter no directamente nutricional que deben considerarse en la diferenciación clínica de la queilosis angular son la sensibilidad a alimentos, materiales de dentaduras, cosméticos o radiación actínica, terapia antibiótica que produce alteraciones en la flora microbiana bucal prevaescente, irritación por pasarse la lengua habitualmente en las comisuras (perleche); y pérdida de la dimensión vertical en el tercio inferior de la cara, esto último es común en el paciente desdentado sin reposición protética y aquellos con dentaduras mal adaptadas que no restauran las eminencias caninas y la altura dentaria correcta. El término "seudoqueilosis" ha sido aplicado a tales casos y se ha propuesto que esas lesiones se distingan de las producidas por deficiencias nutricias por su característica extensión

hacia abajo y afuera a partir de los ángulos de la boca; la lengua está roja e inflamada, pierde sus papilas, puede mostrar ulceración y se presenta cianótica. Debido a la cianosis, el estado se denomina glossitis magenta.

La lengua puede estar dolorosa y quemar cuando se introduce alimento en la boca, pero debido a la falta de descamación, la incomodidad no suele ser tan grave.

#### **8.2.- DEFICIENCIA DE TIAMINA (vitamina B1)**

La deficiencia de esta vitamina produce el beriberi. Las manifestaciones bucales de esta enfermedad consisten en edema de la lengua, pérdida o disminución del sentido del gusto.

#### **8.3.- DEFICIENCIA DE NIACINA (ácido nicotínico, factor antipelagra o PP)**

La falta de esta vitamina provoca la pelagra, caracterizada por lesiones queratósicas, ásperas y escamosas en las zonas expuestas de la piel (dermatitis), las manifestaciones bucales consisten en inflamación de la membrana mucosa de la boca y sangra con facilidad.

La lengua se presenta roja y agrandada y sus papilas desaparecen, lo que le confiere un aspecto "pelado" (Lengua de Sandwich), es un signo precoz y prominente de la glositis pelágrica, los bordes laterales de la lengua muestran escotaduras causadas por los dientes. Las lesiones de la lengua revisten gran importancia porque en algunos pacientes, constituyen los únicos síntomas presentes, que



pueden preceder en meses o años a cualquier otra manifestación de la pelagra.

En la pelagra puede producirse también incomodidad y quemazón de la lengua antes que se hagan visibles otros cambios. La pérdida o disminución del sentido del gusto se ve con frecuencia en esta enfermedad.

En la deficiencia aguda de niacina los poderes protectores del epitelio gingival están disminuidos. La invasión por bacilos fusiformes, *Borrelina vincenti* y estrepto y estafilococos proteolíticos es muy común. La infección de Vincent ha sido observada en casi todos los casos de estomatitis pelágrica aguda vistos en la clínica de nutrición. Las lesiones típicas aparecen como úlceras en forma de cuña, que afectan las papilas interdentarias y encía marginal, son necróticas, sensibles, con mal olor y hemorrágicas. Están cubiertas con una pseudomembrana blanco grisácea sobre una base rojo intenso. La infección se extiende para complicar la lengua y la mucosa bucal, labial y palatina. Debe recalcarase que una deficiencia de niacina no es un factor contribuyente en todos los casos de infección de Vincent. Cuando lo es, la corrección de la deficiencia hace desaparecer rápidamente la infección. El tratamiento de la infección de Vincent consiste en reposo, administración de líquidos, aspirina y desbridamiento con escarificadores manuales o uno de los aparatos ultrasónicos. Después del desbridamiento, se cubre la

úlceras con una cura periodóntica o una solución anestésica suave, por ejemplo, una mezcla de partes iguales de Kaolín y pectina (Kaopectate) y elixir de difenhidramina (Benadryl).

#### **8.4.- DEFICIENCIA DE VITAMINA C**

Si la deficiencia es grave produce el escorbuto.

La complicación gingival (sangrado), es con frecuencia el primer signo de esta enfermedad. La incidencia de gingivitis y destrucción periodontal en el escorbuto es extremadamente elevada.

Los cambios gingivales en el escorbuto no se desarrollan ordinariamente en ausencia de dientes. En infantes y niños pequeños, la mucosa directamente sobre los dientes en erupción se ingurgita, se pone esponjosa y de color azulado. Después de la erupción, los dientes están parcialmente o plenamente cubiertos por tejido gingival hipertrofiado. En adultos con una dentición parcial, los cambios escorbúticos quedan confinados a las encías que rodean los dientes, permaneciendo sin perturbaciones las zonas desdentadas. En el escorbuto adulto las encías están tumefactas, lisas, congestionadas y sensibles. El color va de rojo brillante a púrpura azulado a negro. Las encías sangran con facilidad durante la masticación y por la aplicación de leve presión directa.

Las manifestaciones escorbúticas prosiguen en un orden definido, afectando las papilas interdentarias, encías

marginales y alveolares en secuencia. Las encías del maxilar superior e inferior no siempre son afectadas igual, a menudo, pero invariablemente, las superiores muestran el proceso más avanzado. Con el tiempo los dientes se mueven debido a un desequilibrio entre las respectivas velocidades de degeneración total del periodonto y a cambios osteoporóticos en el hueso alveolar de soporte. Superpuestas a las hemorragias gingivales e hiperemia están la degeneración epitelial y la ulceración compuestas por invasión microbiana secundaria. La gingivitis escorbútica responde prontamente a la administración bucal de 500 mg. de vitamina C por día.

#### **8.5.- DEFICIENCIA DE VITAMINA D**

La deficiencia de vitamina D produce el raquitismo en el niño en crecimiento, y osteomalasia en el adulto. Ambas enfermedades se caracterizan por una mala calcificación del cartilago y el hueso. En los niños con raquitismo, pueden presentarse trastornos graves en relación con los dientes y maxilares, así podemos indicar que la erupción de los dientes primarios está demorada y el orden de erupción alterado. Defectos en el esmalte de los dientes primarios son muy raros, en contraste con la gama de alteraciones hipoplásicas que van desde el punteado y la formación de surcos a la ausencia de esmalte que pueden ocurrir en los dientes permanentes formados durante un periodo de raquitismo prolongado no corregido. Los defectos se

encuentran en incisivos permanentes, caninos y primeros molares, pues sus periodos de desarrollo coinciden con las edades en las que el raquitismo es más común. En la osteomalasia, una forma adulta de deficiencia vitamínica D, el cambio más notable que afecta las estructuras bucales es una pérdida de la lámina dura alrededor de los dientes.

## IX.

### ENFERMEDADES SISTEMICAS EN LOS NIÑOS DE INTERES PARA EL ODONTOLOGO

## ENFERMEDADES SISTEMICAS EN LOS NIÑOS DE INTERES PARA EL ODONTOLOGO

Los niños llegan al consultorio dental generalmente para un servicio particular sobre todo de naturaleza especializada y técnica, a saber, examen y tratamiento de los dientes. Sin embargo, es también obligación del odontólogo investigar aquellas enfermedades que afectan los maxilares, los tejidos blandos contiguos y los dientes. Muchos de los estados bucales que se ven en los niños son resultado de la enfermedad sistémica.

La caries es la más común de todas las enfermedades que afectan a los niños. Si bien los factores etiológicos locales son los más prominentes, hay alguna evidencia de que el suplemento con vitamina D, en niños es beneficioso para reducir la incidencia de caries.

Mencionaremos las enfermedades más importantes que afectan al cráneo y los maxilares, sobre todo las que se manifiestan en los tejidos blandos, la lengua, los labios y las encías.

### 9.1.- ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE AFECTAN EL CRANEO Y LOS MAXILARES

Muchas de las enfermedades sistémicas que producen un trastorno en el desarrollo dentario o en la erupción lo hacen por su efecto sobre los maxilares y el cráneo; el raquitismo infantil puede producir deformidades del cráneo



y de los maxilares, en consecuencia alteraciones de los dientes. Debido a que las víctimas del raquitismo no utilizan correctamente las sales minerales por la falta de vitamina D, puede resultar también una hipoplasia dentaria. El gigantismo, producirá maxilares grandes en los niños pero las coronas dentarias serán de tamaño normal, mientras los dientes estarán muy separados y las raíces agrandadas. El agrandamiento radicular puede deberse a hiper cementosis. En la acondroplasia, la bóveda del cráneo es grande y la base está menos desarrollada. La víctima de esa enfermedad tiene en apariencia, una nariz en silla de montar y una cara pequeña. Como la mandíbula es relativamente normal, parece estar en marca de protrusión.

En la leontosis ósea, hay un sobrecrecimiento de hueso, localizado en la cara, y que comienza generalmente en la infancia, la etiología es desconocida. La hipertrofia ocurre en el maxilar superior, huesos malares, rebordes supraorbitarios y ocasionalmente en la mandíbula.

En el microcéfalo, la cara y los dientes son de aspecto normal, pero el contenido craneal está muy reducido. el cráneo generalmente es muy pequeño, las suturas se cierran temprano. El estado del paciente puede caracterizarse por deficiencia mental, parálisis, mudéz, convulsiones.

En la oxicefalia, la cabeza tiene una corona alta, cónica, conocida como "cabeza en campana". La etiología es desconocida, pero la sutura coronaria y la sagital se

cierran temprano. Hay retrusión maxilar, un arco maxilar contraído, maloclusión y erupción demorada de los dientes superiores. La inteligencia generalmente es normal.

El enanismo, por menor actividad pituitaria produce individuos pequeños, pero bien proporcionados. Debido a que los dientes se diferencian más temprano que la inadecuación pituitaria, son generalmente de tamaño normal y, por lo tanto, apiñados en los maxilares pequeños.

El mongoloide, tiene una cabeza más pequeña que lo normal, pelo escaso y una boca pequeña con la lengua grande, protruida, y una dentición demorada. La causa del mongolismo no se conoce.

Dos enfermedades muy raras de la infancia son la hemiatrofia y la hemipertrofia; pueden ocurrir en el feto, en el momento del nacimiento o la primera infancia. Son anormalidades del desarrollo que afectan un lado del cuerpo, incluyendo la cabeza, tórax, abdomen, extremidades y todos los tejidos componentes. Todo el cuerpo puede estar afectado, o sólo una extremidad o la cara.

Cuando la cara está afectada en la hemiatrofia, el desarrollo de ese lado está retardado. Se produce atrofia en la mandíbula, maxilar superior, arco cigomático y en la órbita. Aún la lengua y los dientes pueden estar disminuidos de tamaño, en un sólo lado.

En la hemipertrofia de la cara, los dientes y maxilares del lado afectado son considerablemente más grandes que en

el lado normal, y el desarrollo y la erupción de los dientes están acelerados.

## **9.2.- ENFERMEDADES QUE AFECTAN LOS TEJIDOS BUCALES BLANDOS Y DIENTES**

Hay varias enfermedades sistémicas con síntomas en la cavidad bucal. Algunos de esos trastornos presentan un real peligro para el paciente, si su tratamiento dental no se realiza con un cuidado correcto.

Entre estas enfermedades tenemos:

### **- Leucemia**

La leucemia producirá la hipertrofia gingival en la infancia; es generalmente marginal, de naturaleza local o general. La verdadera hipertrofia leucémica suele ser de un rojo azulado opaco con una superficie lisa, brillante, de forma irregular. Hay tendencia a sangrar profusamente. La hipertrofia se debe al engurgitamiento del torrente sanguíneo y de la submucosa por infiltración de gran número de glóbulos blancos formados. Las células producen edema y un mayor agrandamiento de tejidos gingivales. Las bolsas que se forman alojan a los microorganismos y, debido a la menor resistencia tisular, aparecen pronto zonas de necrosis.

La hemorragia profusa de las encías puede ser el primer signo de la enfermedad. Los signos bucales pueden sólo sugerir la presencia de leucemia; no son específicos.

### **- Hemofilia**

En caso de hemofilia puede haber una salida de sangre espontáneamente de la encía. Por esta razón, hay que tener sumo cuidado para prevenir aún traumas mínimos a las mucosas de los hemofílicos. Los pacientes que requieren extracción deben ser hospitalizados.

Si es necesario extraer más de un diente, deben planearse todas las extracciones en una sola intervención, para no repetir el mismo procedimiento en varias ocasiones. Todo hemofílico debe estar bajo vigilancia de un internista, quién proporcionará la atención correcta y adecuada, antes y después de la extracción. Lo importante a recordaar es que, operaciones menores pueden ser extremadamente peligrosas.

La hemofilia es una enfermedad rara, sin embargo, la hemorragia consecutiva a la extracción dentaria puede ser la primera manifestación de la misma y, por lo tanto, es importante para el dentista, los síntomas no son los mismos en todos los pacientes, pero parecen constantes en un determiando individuo. Los primeros síntomas en la infancia pueden ser las hemorragias subcutáneas extensas consecutivas a traumas leves. La enfermedad puede ser descubierta por primera vez después de la extracción o de la exfoliación de un diente primario, La salida de sangre, con frecuencia ocurre junto con la infección localizada. Por ejemplo, una hemorragia gingival marcada puede estar asociada con un diente abscedado.

La hemorragia en los hemofílicos es típicamente un fluir suave y no una salida profusa de sangre.

#### **- Púrpura Trombocitopénica**

Se trata de una enfermedad que puede confundirse con la hemofilia. Los valores de sangría y coagulación y el test de Rumpel - Leede permitirán un diagnóstico diferencial.

En la púrpura trombocitopénica esencial hay una marcada reducción en el número de plaquetas sanguíneas, tiempo de sangría aumentado y una falla en la retracción normal del coágulo. Antes de los 15 años de edad, ésta es la forma más común de púrpura. La etiología es desconocida, pero se piensa que está relacionada con alguna actividad esplénica anormal. Como en la hemofilia, la primera manifestación puede ser la hemorragia gingival. La hemorragia nasal es también común en estos casos. El tratamiento general es, por supuesto, responsabilidad del médico. Después de la esplenectomía hay un rápido aumento en el recuento de plaquetas.

#### **- Tuberculosis**

La tuberculosis en niños puede tomar la forma de úlceras bucales primarias o secundarias. Cuando hay complicaciones pulmonares, las lesiones serán primarias y afectarán el labio, la lengua, la encía o la amígdala. La induración estará bien definida, se ulcerará y producirá una complicación de los ganglios linfáticos. El diagnóstico se hace por la biopsia. El examen de laboratorio muestra un

proceso granulomatoso y la presencia del bacilo en caso de tuberculosis con manifestaciones bucales.

En niños con tuberculosis pulmonares, es más frecuente la úlcera tuberculosa secundaria, y puede ocurrir en la encía o en la lengua y en la mucosa bucal. Otras enfermedades que afectan los tejidos bucales blandos y dientes son: enfermedad de Addison, epilepsia, endocrinopatías, diabetes mellitus, sífilis congénita, escorbuto y raquitismo (ya fueron descritas).



## X.

SIDA, HALLAZGOS ORALES Y PRECAUCIONES  
HEPATITIS VIRICA Y CLINICA DENTAL

## SIDA, HALLAZGOS ORALES, DIAGNOSTICO Y PRECAUCIONES HEPATITIS VIRICA Y CLINICA DENTAL

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) comenzó en la primavera de 1.981, es una enfermedad extraordinariamente grave caracterizada por uno varios defectos en el sistema inmunitario natural. Ese defecto o defectos hace al individuo susceptible a ciertas enfermedades que habitualmente no se ven en personas con un sistema inmunitario normal. Dos enfermedades raras que suelen afectar a los pacientes con SIDA, son la neumonía por *Pneumocystis carinii*, una infección pulmonaar parasitaria, y el sarcoma de Kaposi, una neoplasia muy infrecuente de la pared vascular.

Recientemente se ha identificado un virus que actuaría como agente causal precipitante del SIDA. Se trata del llamado virus linfotrópico T humano III (HTLV - III), perteneciente a la familia de los retrovirus. Durante mucho tiempo se ha sabido que los retrovirus producen enfermedades en animales, pero últimamente también se han puesto en relación con la etiología de ciertos transtornos en el humano.

Lesiones que aparentemente no son propias del virus de la inmunodeficiencia humana, ya que son provocadas por microorganismos oportunistas, pueden ponernos sobreaviso sobre la presencia de un SIDA, como son lesiones por hongos (candidiasis), herpes, leucoplasia vellosa, sarcoma de

Kaposi, carcinoma; que en el pasado no tenían importancia, actualmente se las relaciona con el SIDA.

#### **10.1.- SINTOMAS GENERALES**

Referente a los síntomas el paciente puede presentar fiebre, sudores nocturnos, adenopatías cervicales, axilares e inguinales, pérdida de peso inexplicada, micosis (también en la cavidad oral), diarrea, tos persistente, fatigabilidad y pérdida del apetito.

#### **10.2.- MANIFESTACIONES ORALES**

##### **10.2.1.- Infecciones oportunistas**

##### **10.2.1.1.- Candidiasis (moniliasis; Muguet)**

La candidiasis es una infección causada por el hongo *Candida albicans* y por lo general afecta las tunicas mucosas de la boca, tracto gastrointestinal y vagina. Las lesiones de la mucosa bucal se llaman muguet.

La candidiasis es una infección superficial. Las lesiones de la cavidad bucal se presentan en los dos extremos de la vida, la infancia y la vejez, o en pacientes debilitados por alguna otra causa, como alcoholismo, leucemia o diabetes. También puede aparecer en enfermos sometidos a un tratamiento prolongado con antibióticos o corticosteroides. Puede presentarse candidiasis en pacientes que usan

placas totales, sucias y en pacientes con xerostomía.

Clinicamente puede observarse en cualquier lugar de la mucosa bucal, con aspecto de placas blancas o blanco grisáceas que en ocasiones semejan leche cuajada.

Al contrario de muchas otras lesiones blancas, las placas de muguet pueden "borrarse" cuando se las frota, dejando superficies expuestas, dolorosas y sangrantes. De vez en cuando, las placas cambian de localización y tamaño.

El hongo *Candida albicans* se halla presente en todas las bocas, sin embargo, se vuelve patógeno en aquellas personas en quienes la resistencia tisular ha disminuido (por ejm. debido a diabetes o leucemia), en quienes el balance de la flora bucal esté alterado de tal manera que favorezca el desarrollo de *Candida albicans* (por ejemplo por el uso prolongado de antibióticos), y en el recién nacido, en que las bacterias de la cavidad bucal aún no se han establecido.

El muguet se trata mediante control de la causa del debilitamiento (por ejemplo diabetes) cuando sea posible, suprimiendo el empleo de antibióticos, y se realiza la limpieza de la

mucosa con soluciones alcalinas.

En el paciente inmune comprometido, se encuentra un aumento de bacterias, que no son miembros normales de la flora oral. La más común es la *Klebsiella* sp. y *Escherichia coli*, representando una flora respiratoria y coliforme. Cuando se encuentran, se asocian con cambios mucosos eritematosos, ulceraciones e irritaciones concomitantes. Los cuidados durante el manejo de drogas como el tratamiento de antibióticos facilitaría un sobrecrecimiento de organismos cándidas. por lo tanto, el tratamiento generalmente une la combinación de antibióticos y antihongos.

La infección más frecuentemente asociada al HIV en la boca es la candidiasis.

Un estudio previo mostró que los organismos cándidas se cultivaron en 66% de hombres homosexuales estudiados y que el 92% de los participantes mostraron signos y síntomas asociados, indicando un crecimiento de hongos y por lo tanto un proceso patológico.

#### **10.2.1.2.- Herpes simple**

La infección primaria suele producirse en un niño de menos de 5 años que nunca tuvo contacto con el virus herpético y que, por lo tanto, no

posee anticuerpos neutralizantes. Se cree que el 99% de todas las infecciones primarias son de tipo subclínico.

En algunos pre escolares, la infección primaria se puede caracterizar por una o dos llaguitas leves de la mucosa bucal, que puede preocupar muy poco al niño y puede pasar inadvertida por los padres. En otros niños, la infección primaria puede manifestarse por síntomas agudos (gingivostomatitis herpética aguda). Los síntomas activos de la enfermedad aguda suelen producirse entre los 2 y 6 años, aún en niños con boca limpia y tejidos bucales sanos. De hecho, estos niños parecen ser tan susceptibles como los de mala higiene bucal. Los síntomas de la enfermedad se desarrollan súbitamente e incluyen, además de los tejidos gingivales al rojo fuego, una elevada fiebre, malestar, irritabilidad, cefalalgia y dolor al ingerir alimentos o líquidos de contenido ácido.

Un hallazgo característico bucal en la enfermedad primaria aguda es la presencia de vesículas llenas de líquido amarillo o blanco. En unos pocos días, las vesículas se rompen y forman dolorosas úlceras abiertas, de 1 a 3 mm. de diámetro, cubiertas por una membrana gris



blancuzca y con una zona circunscrita de inflamación.

Las úlceras pueden observarse en cualquier zona de la mucosa, incluida la mucosa vestibular, lengua, labios, paladar duro y blando y amígdalas. Las grandes lesiones ulceradas pueden a veces ser observadas en el paladar o en los tejidos gingivales o en la región del surco vestibular. Es sólo durante el ataque primario que las lesiones y la involucreción inflamatoria se producen en una zona tan extendida de la boca.

Después del ataque primario, durante el período de la primaria infancia, el virus del herpes simple permanece inactivo por períodos, pero a menudo reaparece como la familiar llaguita. Cuando la enfermedad recidiva, las lesiones suelen aparecer en la parte externa de los labios. Por esto, se la conoce por lo común como "herpes labial recidivante" (HLR). Con los ataques repetidos las vesículas se forman esencialmente en la misma zona del labio. La forma recidivante de la enfermedad ha sido relacionada a menudo con situaciones de estrés emocional y resistencia disminuida de los tejidos resultantes de los diversos tipos de

traumatismo. La exposición excesiva a la luz solar puede ser responsable de la aparición de la lesión herpética recidivamente del labio. Las lesiones labiales pueden aparecer también después del tratamiento odontológico y pueden estar relacionadas con la irritación por el dique de goma o aún por los procedimientos odontológicos corrientes.

Algunas veces esas lesiones ocurren inicialmente después de la infección HIV; si una persona tiene brotes previos las lesiones desagradables ocurren con más frecuencia.

#### **10.2.1.3.- Varicela Zoster (herpes zoster)**

Ocorre más frecuentemente en personas infectadas de HIV que en población no esperada ordinariamente. La ocurrencia de vesículas unilaterales que se rompen es característica de la infección. Las vesículas generalmente tienen una vida limitada, pero la complicación más importante es la neuropatía después de la inflamación. Puede ser muy doloroso y no existe una terapia de droga reproducible. Se está utilizando alta dosis de aciclovir para acelerar el proceso de cicatrización y disminuir el dolor después de la resolución clínica aparente.

## **10.2.- CITOMEGALOVIRUS**

La mayoría de las personas infectadas con el HIV tienen anticuerpos citomegalovirus, indicando una exposición pasada. Sin embargo, el citomegalovirus se puede recuperar. El citomegalovirus parece tener una predilección por las glándulas salivales como evidencia de infecciones tempranas en la vida y en personas infectadas con el HIV. Debido a que muchos pacientes con el HIV tienen xerostomía, se puede hacer hipótesis que en esas personas el citomegalovirus produce una inflamación que reduce la producción de saliva.

## **10.3.- LEUCOPLASIA VELLOSA**

Es una lesión blanca, leucoplasia de la lengua diferente a cualquier otra lesión y completamente distinta a lo que hasta entonces se había descrito en la literatura. Al comienzo que creía que la lesión era candidiasis, pero ahora se cree que es una identidad nueva y totalmente diferente, que se denominó leucoplasia oral o "vellosa".

### **10.3.1.- Características clínicas**

Entre octubre de 1.981 y diciembre de 1.983, se presentaron 77 casos de esta enfermedad en la universidad de California. Todos los pacientes eran homosexuales masculinos; sus edades variaban de los 22 a 50 años, 70 pacientes aparentaban buena salud. los otros 7 pacientes manifestaban tener SIDA; 6 presentaban sarcoma de Kaposi y 1 tenía Pneumocystis carinii. Todos los pacientes sin SIDA reportaron que

estaban utilizando nitritos, marihuana, o cocaína. 60 tenían una historia de hepatitis, 61 una historia de sífilis o gonorrea; 44 tenían una linfadenopatía difusa persistente; y 49 estaban utilizando, o habían utilizado recientemente, el tabaco.

Las lesiones consistían en áreas de cambio y engrosamiento anormalmente blanco de la mucosa de los márgenes laterales de la lengua. usualmente se levantaban ligeramente, y variaban en tamaño desde unos cuantos milímetros hasta 3 cms. x 2 cms. y a menudo tenían márgenes difusos. La superficie frecuentemente estaba corrugada vellosa. A lo largo de los márgenes laterales de la lengua, en los casos severos las lesiones llegaban en ocasiones hasta las superficies dorsal y ventral de la lengua. Algunas veces las lesiones eran bilaterales pero esto no se presentaba siempre. Dos pacientes también tenían lesiones similares sobre la mucosa bucal. usualmente las lesiones eran asintomáticas, y algunos pacientes informaron que las lesiones "llegaban y se iban", hasta ahora no se ha visto una regresión espontánea completa.

#### **10.3.2.- Histopatología**

Realizaron biopsias de 64 casos y todas mostraron similitudes histológicas. Estos aspectos incluyen

proyecciones de Keratina (a menudo finas y semejando vagamente al cabello), en algunos casos parakeratosis (persistencia de núcleos dentro de las capas epiteliales más superficiales), y acantosis (engrosamiento de la capa de las células espinosas). Sorprendentemente, había poca o ninguna inflamación en el tejido conjuntivo, aún menos que la que se ve en la biopsia de una lengua normal.

Más aún, el alargamiento característico de las células espinosas podía ser visto con picnosis nuclear y con halos perinucleares. Esto es muy similar a lo que se ve en algunas verrugas planas de la piel y en lesiones similares de la cervix o cuello uterino. Esta fué la primera pista en cuanto a la naturaleza de la lesión.

#### **10.3.3.- Inmunología**

Para la evaluación de la integridad general del sistema celular inmune realizaron dos pruebas. La primera implicó el conteo del número de linfocitos de la sangre periférica que contaban con antígenos asociados, respectivamente, con los linfocitos de ayuda (T4) o con los linfocitos T (T8 supresores). La proporción de estos dos tipos de células, el T4: T8, es aproximadamente 1,8 a 2.2 en el individuo normal y se reduce a medida que se reduce también la función de ayuda o sea el número T4. Aquellos pacientes con

leucoplasia vellosa sin SIDA que fueron objeto del examen, mostraron una proporción de 1.3 ó menos, y la mayoría tenían una proporción de menos de 1. Esto por sí mismo indicaba una capacidad celular inmune reducida, o sea, inmunodeficiencia.

La segunda prueba, prueba retardada de la hipersensibilidad de la piel, implicó inyecciones intradérmicas de antígenos que pueden despertar respuestas mediadas por células. La mayoría de los individuos normales responden a estos antígenos presentando un verdugón o hinchazón en el sitio de la inyección. 60 pacientes con leucoplasia vellosa mostraron una respuesta reducida. Claramente, la leucoplasia vellosa se presenta en los homosexuales masculinos inmunodeficientes.

#### **10.3.4.- Microbiología**

En un comienzo pensaron que era una forma de candidiasis oral (causada generalmente por el hongo *Cándida albicans*). La candidiasis ocurre con frecuencia en la inmunodeficiencia y desde los primeros casos del Síndrome ha sido asociada con el SIDA. Realizaron cultivos y frotis de diagnósticos para los organismos *Cándida*. De los 77 casos probados para el *Cándida*, 47 fueron positivos.

Trataron estos casos con medicamentos antifungales adecuados, pero muy pocos casos mostraron mejoría.



Por lo tanto, no estaban tratando con la Candidiasis oral.

#### 10.3.5.- Virologia

La presencia de las células espinosas hinchadas de apariencia característica (koilocitosis) condujo a considerar que la leucoplasia vellosa podría ser causada por un papilomavirus. Estos virus causan verrugas y condilomas, algunos de los cuales muestran una histopatología similar a la de la leucoplasia vellosa. Para dar los colorantes para la evidencia del papilomavirus utilizaron la técnica histoquímica, peroxidasa, antiperoxidasa, con un antisuero para el núcleo antígeno del grupo papilomavirus. Casi el 80% de los casos de leucoplasia vellosa, mostró el coloreado en los núcleos koilocíticos y en otras células espinosas, mientras que las secciones tomadas de otras mucosas orales no dieron coloreado. Con estos resultados llegaron a la conclusión: que la leucoplasia vellosa es una forma de verruga plana o condiloma inducido por el papilomavirus oral.

Por tanto, utilizando un microscopio eléctrico (ME), buscaron partículas de papilomavirus, el primer estudio implicó el examen de especímenes de 6 casos de leucoplasia vellosa. En Estos primeros casos no encontraron papilomavirus utilizando ME, pero se sorprendieron al encontrar numerosas partículas de un

virus que a todas luces parecía ser un miembro del grupo herpes; examinaron 20 casos de leucoplasia vellosa utilizando ME y encontraron papilomavirus en 15 casos y herpes o virus del grupo herpes en 17 casos. Algunos estudios posteriores identificaron el virus herpes como virus Epstein - Barr (VEB).

#### **10.3.6.- Prognosis**

De los 70 pacientes con leucoplasia vellosa que no tenían SIDA en el momento que los examinaron 14 desarrollaron posteriormente el SIDA, principalmente la variedad de neumonia *Pneumocystis carinii*. Claramente, la leucoplasia vellosa está relacionada con el SIDA.

#### **10.3.7.- Diagnóstico diferencial**

La leucoplasia vellosa debe ser distinguida, por biopsia, de las siguientes condiciones: leucoplasia epitelial candidiasis, nevo esponjoso blanco, y la forma de placa del liquen plano.

#### **10.3.8.- Significancia**

La leucoplasia vellosa tiene muchos aspectos de una verruga plana inducida por el papilomavirus. De hecho, es el primer ejm. de leucoplasia causada por un virus. Sin embargo, demostraron que en la lesión no hay uno sino dos virus. Estos son el papilomavirus y el VEB. El VEB se conoce como asociado con tres enfermedades del hombre: la mononucleosis infecciosa,

el linfoma de Burkitt y el carcinoma nasofaríngeo. Esta es la primera vez en que se han identificado partículas VEB en una biopsia fresca de una lesión humana. Los estudios de esta lesión, lo mismo que otros trabajos realizados en el campo, presentan cuestiones acerca del posible papel del VEB y de otros virus similares en el SIDA. Una sugerencia es que el VEB o el citomegalovirus (CMV) permiten la infección por el retrovirus del SIDA, permitiendo la adherencia del virus a las células (objetivo) o la entrada dentro de éstas células.

La leucoplasia vellosa es una nueva versión oral que ha sido asociada con la inmunodeficiencia y el SIDA. Su presencia es una indicación de que se debe realizar un trabajo para excluir el SIDA y para un seguimiento cuidadoso del paciente.

#### 10.4.- ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las lesiones gingivales y de hueso alveolar son frecuentes en los pacientes infectados de HIV. No existen estudios epidemiológicos prospectivos, un estudio retrospectivo de hombres homosexuales indicó que ocurría casi en un quinto. Aparece de una manera variable. Puede ser mínima y aparece primero como crónica o gingivitis úlcero necrotizante. El eritema de la encía crónica, presenta también recesiones gingivales sin ulceraciones. La enfermedad periodontal no responde al tratamiento en el consultorio o en el hogar, es

recurrente y progresiva con pérdida de hueso alveolar. Los datos indican que la flora microbiana y su colonización reflejan inmunodisregulación.

#### **10.5.- LESIONES VESÍCULO - EROSIVAS**

Otras condiciones asociadas son atacadas inicialmente y la severidad de estomatitis aftosa recurrente o eritema multiforme o liquen plano, (lesiones alérgicas). Esas condiciones son reflejo de falta de regulaciones inmunes. Los reportes han indicado que la supresión pituitaria del HIV reduce la producción de cortisol del huésped que podría formar parte de esta expresión. El tratamiento efectivo incluye dosis pequeñas de corticosteroides (como la prednisolona). Debe consultarse con el médico; sin embargo, la terapia corta con prednisolona no ha agravado el estado suprimido inmune, y hay muchos beneficios por el control de los síntomas.

#### **10.6.- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

De 30 al 40 por ciento de todos los pacientes infectados con HIV tienen problemas del sistema nervioso central. Por lo tanto, cualquier paciente joven que tenga pérdida de la memoria por corto tiempo, progresiva o motora debe examinarse para la infección HIV.

En algunos pacientes, existen lesiones de la mucosa que no llenan ninguna otra categoría. Otras reflejan producción de anticuerpos inapropiados. Algunos podrían representar conversión seropositiva-seronegativa HIV, pero otras

permanecen como un enigma.

#### 10.7.- MALIGNIDADES

La más común asociada con la infección HIV y SIDA es el sarcoma de Kaposi. Esta lesión vascular ocurre comunmente en la piel, pero puede involucrar cualquier otro órgano. El cofactor relacionado a esta enfermedad no se conoce; se ha asociado a la proliferación celular de vasos sanguíneos o de origen linfático.

El sarcoma de Kaposi es específico del SIDA, si el paciente es infectado HIV.

El significado del sarcoma de Kaposi se basa en estudios previos que demostraron que más de la mitad de los pacientes tenían lesiones orales y que el 10% de las lesiones eran solamente signos de sarcoma. Se presenta en forma de nódulos o placa de color azul rojo o pardo a veces de superficie verrugosa. La piel es el sitio frecuentemente afectado, pero el 10% pueden mostrar lesiones viscerales. Aunque el sarcoma de Kaposi se encuentra en un tercio de hombres homosexuales o bisexuales con SIDA, ocurre con menos frecuencia en otros grupos de riesgo. El sarcoma de Kaposi se encuentra aproximadamente en el 20% de los pacientes con SIDA.

Clinicamente se confunde con un trauma o hemangioma, pero el diagnóstico se confirma con las biopsias. Como el paciente con el sarcoma de Kaposi es terminal y tiene otras

complicaciones serias, el tratamiento se basa en la estética y el malestar. Los objetivos son paliativos y generalmente con el sentido de disminuir la lesión con dosis moderadas de radiación. La quimioterapia con vimblastine se utiliza algunas veces y en las lesiones limitadas la cirugía podría ser útil.

La segunda malignidad más importante es el linfoma de no - Hodgkins en hombre de alto riesgo de SIDA indican un pronóstico pobre. El diagnóstico se establece por las biopsias y el tratamiento (radiación o quimioterapia) no es exitoso. Algunas formas, como el linfoma del sistema nervioso central no- Hodgkins, llena los criterios del SIDA. El virus de Epstein-Barr puede ser un cofactor.

#### **10.7.2.- Carcinomas**

El asociado frecuentemente al SIDA es el carcinoma a células escamosas. Se han asociado con la infección HIV en un gran número de adultos jóvenes. La relación exacta de la infección HIV de acuerdo al tiempo de secuencia de la ocurrencia e impacto en el sistema inmune no está claro como un cofactor. Sin embargo, la frecuencia indica una relación causa efecto más que un hallazgo coincidencial.

#### **10.8.- COMO SE CONTRAE EL SIDA**

Las investigaciones realizadas hasta el momento indican que el 90 por 100 de todos los casos de SIDA corresponden a varones homosexuales y drogadictos intravenosos.



El restante 10 por 100 está constituido por hemofílicos, contactos heterosexuales, receptores de transfusiones. Hoy a estas vías hay que añadir aerosoles y transplantes de órganos.

#### 10.9.- COMO SE TRANSMITE EL SIDA

Las recientes investigaciones de los Centers for Disease control sugieren que las posibilidades de transmisión del SIDA por una sola exposición parenteral o a través de las membranas mucosas son escasas; más probable, que la transmisión se produzca tras repetidos contacto sangre - sangre, sangre - mucosas o por el hábito de compartir agujas hipodérmicas. Esta información se deriva de un estudio de 1.750 profesionales sanitarios con exposición conocida al SIDA por punciones con agujas o a través de las membranas mucosas. Tres de estos 1,750 profesionales han formado anticuerpos frente al virus del SIDA. La exposición en la mayoría de los individuos del estudio ha tenido lugar fuera de los márgenes de tiempo en que normalmente se produce la seroconversión (de seis a ocho meses tras la exposición).

El virus del SIDA se ha identificado en la saliva, pero hasta el momento no se han documentado casos de transmisión por este tipo de contacto casual sólo. La mejor prueba de que el contacto casual no transmite el SIDA es un estudio efectuado en familias con uno o más miembros afectados de SIDA, en el que se ha comprobado que los familiares que

están conviviendo con los pacientes portadores de SIDA no presentan seroconversión en el plazo de tiempo esperado. Sin embargo, en la citación dental, los profesionales rara vez contactan con la saliva cuando ésta no está contaminada también con sangre. Es prudente pensar que cuando la saliva se mezcla con sangre puede haber transmisión. Se estima que el título de virus del SIDA en sangre es de 100 a 10.000/cm<sup>3</sup>, si comparamos estas cifras con el título de virus de la hepatitis B, que es de 100.000 por cm<sup>3</sup>. Podemos deducir que el virus del SIDA no parece tan infeccioso como el de la hepatitis B. Sabemos que los pacientes afectados por hepatitis B o portadores de la misma pueden ser tratados sin transmisión de la enfermedad en una clínica dental convencional si se aplican las medidas de control recomendadas.

#### 10.10.- MEDIDAS DE CONTROL PARA EVITAR LA TRANSMISION DEL SIDA EN LA CLINICA DENTAL

El virus del SIDA es bastante delicado; no es resistente al calor ni a las sustancias químicas desinfectantes.

Ciertos estudios han demostrado que el tratamiento térmico normal con autoclave o estufa de calor seco, si se efectúa adecuadamente, inactiva el virus del SIDA. Por otra parte, las sustancias químicas aceptadas por el CDT para su utilización como desinfectantes y esterilizantes, cuando se emplean bien, también inactivan el virus del SIDA.

El CDT recomienda las siguientes medidas de control de la

infección para su aplicación sistemática a fin de reducir al mínimo el riesgo de transmisión del SIDA y otras enfermedades infecciosas de los pacientes a los profesionales odontólogos y de unos pacientes a otros en la clínica dental:

- Se debe utilizar guantes para tratar a todos los pacientes.
- Deben utilizarse mascarillas para proteger la mucosa oral y nasal de la diseminación de sangre y saliva.
- Los ojos deben protegerse con algún tipo de dispositivo con el mismo fin.
- Con los instrumentos dentales deben emplearse los métodos de esterilización capaces de destruir todas las formas de vida (el autoclave, la estufa de calor seco, los esterilizadores químicos).
- Hay que prestar atención a la limpieza de los instrumentos y las superficies de la zona operativa. Para ello se lavarán en soluciones detergentes y se aclararán con derivados de cloro y yodo.
- Los materiales desechables contaminados se manejarán con cuidado y se introducirán en bolsas de plástico para ser eliminados con el mínimo riesgo de contacto humano.

En los estudios de los CDC se ha comprobado que las ropas expuestas al virus del SIDA pueden utilizarse sin peligro tras un ciclo de lavado normal. Si las ropas presentan manchas evidentes de sangre u otros líquidos corporales, es

mejor un ciclo de lavado a temperatura elevada (60 a 70 grados centígrados) con una concentración normal de lejía. La limpieza en seco y el planchado a vapor también destruyen el virus del SIDA, según se comprobó en esos estudios.

#### **10.11.- CUANTO TIEMPO PUEDE SOBREVIVIR EL VIRUS EN LAS SUPERFICIES**

Los estudios de los CDC indican que el virus HTLV - III en la sangre y en las superficies disminuye con el tiempo, pero no se sabe con certeza si el virus muere definitivamente. Esto significa que el virus quizá pueda sobrevivir en las superficies durante algún tiempo. Este posible riesgo se reducirá al mínimo si se presta la debida atención a los procedimientos de limpieza y desinfección que se sabe inactivan el virus. Nosotros podemos tomar medidas necesarias para eliminar e inactivar el virus en esas superficies.

#### **10.12.- PUEDE TRANSMITIR EL SIDA LA VACUNA DE LA HEPATITIS B**

Se han multiplicado los estudios que demuestran que la vacuna de la hepatitis B no contiene el virus del SIDA y no transmite la enfermedad. En un estudio se comprobó que los procedimientos de purificación utilizados para obtener la vacuna de la hepatitis B inactivan el virus del SIDA que pudiera existir en los sueros utilizados.

En un análisis retrospectivo publicado recientemente en el New England Journal of Medicine se demostró que los

receptores de vacuna de la hepatitis B no contraían el SIDA como consecuencia de la vacunación.

#### 10.13.- PRUEBAS HEMATOLOGICAS PARA DETECTAR EL SIDA

Existen sistemas estandarizados y comerciales para detectaar anticuerps en la sangre frente al virus del SIDA, los cuales se están utilizando ya en los bancos de sangre como sistema de exploración selectiva haciendo reducir al minimo el riesgo de adquirir el SIDA a través de transfusiones.

#### 10.14.- LOS PACIENTES DENTALES DEBEN SOMETERSE A ESTE TIPO DE PRUEBAS DE DETECCION DE ANTICUERPS ANTI - SIDA ANTES DE SOMETERSE A UN TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

Por el momento no es factible la realización a gran escala de este tipo de pruebas como base de selección de los pacientes. Estas pruebas efectivamente sirven como exploración selectiva pero todavía no se sabe con certeza la significación que tiene la positividad del test de anticuerpos anti - SIDA, por ejm. no sabemos si una persona con anticuerpos anti - SIDA positivos es inmune para la enfermedad y no puede transmitirla o si también tiene virus en la sangre y en este caso tendría capacidad infectante. Es necesario investigar más en este campo para poder valorar bien la significación de la positividad de los anticuerpos.

Los investigadores están probando varios fármacos nuevos (Suramin, Ribavirín y HPA 23) que quizá supriman el HTLV -

III' Estos fármacos están todavía en la fase de la prueba pero es probable que food and Drug Administration autorice en breve su comercialización.

#### **10.15.- HEPATITIS VIRICA**

Existen como mínimo, cuatro tipos de hepatitis viral, pero nos vamos a referir tan sólo a la causada por el virus B, que más afecta nuestra profesión.

##### **10.15.1.- Definición**

La hepatitis B, es una enfermedad inflamatoria del hígado, ésta hepatitis B (antes llamada sérica, postransfusión o de larga incubación) es debida al virus de hepatitis B.

El virus causal vive tan solo en humanos y algunos primates, y por el momento no se ha podido cultivar. Su característica más importante es hacer que la célula hepática infectada produzca múltiples copias del virus mismo (viriones) y un gran número de partículas asociadas (antígenos); hay viremia durante cuatro o seis semanas antes de la aparición de los síntomas, período naturalmente contagioso; los virus aparecen en la mayor parte de los líquidos corporales, especialmente en la sangre, saliva, bilis, semen y orina. El virus no existe en la glándula salival, sino que entra en la boca a través del fluido crevicular, y es importantísima la presencia de gingivitis o periodontitis para la



aparición en la saliva de los virus, lo que varía enormemente de una persona a otra, según sus prácticas higiénicas.

La inoculación es sólo por vía parenteral, el dentista o su personal clínico se contagian, sobre todo, a través de cortes o rozaduras en la piel, o incluso por dermatitis, que permiten vías de entrada y salida del agente existente en el suero sanguíneo, lo que explica que esta enfermedad está mucho más extendida en países infradesarrollados. Cualquier cosa que rompa la piel o mucosa de una persona infectada permitiendo la salida de sangre o suero, y que a su vez rompa también piel o mucosa de una persona susceptible produce la transmisión del virus y de la enfermedad.

Para la salud pública el principal problema es la cronicidad aproximadamente en el 10 por ciento de los casos que se convierten en reservorios del virus, como portadores permanentes. La importancia en odontología es que la transmisión de la enfermedad no sólo nos hace el paciente enfermo, sino el portador, puesto que el virus está permanentemente en su saliva. Los portadores del virus varían mucho, según los diversos países, siendo Europa, aproximadamente, el 1 por ciento de la población, calculándose que en este momento existen 215 millones diseminados por

todo el mundo, portadores asintomáticos del virus que son el problema más importante de la transmisión de la infección, tanto desde el punto de vista hospitalario como dental.

Una vez infectado el adulto sano, aproximadamente en el 50 por ciento de los casos se desarrolla la hepatitis aguda, que generalmente dura varias semanas, convirtiéndose el 10% de los pacientes en futuros portadores.

En los Estados Unidos el 1 por ciento de los odontólogos son ya portadores de virus, así como el 2,3 por ciento; de los cirujanos orales, mientras que en el resto de la población de padecer la enfermedad y, de ser portadores del virus y, por tanto, de infectar a nuestros propios pacientes.

Los tratamientos odontológicos ofrecen varias rutas potenciales de transmisión, especialmente la cirugía gingival, de artrajes, extracciones, cortes de encías accidentales, así como laceraciones, pinchazos o abrasiones en los dedos, o en las manos, a través de los cuales puede contactar la saliva, la sangre o el suero infectado del paciente. Hay evidencia indirecta de que la infección también se puede adquirir por vía respiratoria mediante el aerosol que producen las piezas de alta velocidad. Pero es fundamentalmente a través de las manos como el odontólogo se contagia.

Se calcula que los odontólogos tienen un factor de riesgo entre dos o tres veces más alto que el resto de las personas que no se dedican a profesiones de la salud. Los índices más elevados de presencia de anticuerpos entre los odontólogos se dan en este orden: Cirujanos orales, periodoncistas, pedodontistas, endodontistas, ortodontistas, etc. En Japón los dentistas dan un índice de infección de 4,3%, los médicos el 2,4 por ciento, las enfermeras el 1,1 por ciento, etc.

#### **10.15.2.- Identificación del virus de la hepatitis B**

El antígeno viral de la hepatitis B, fué identificado originalmente en el suero de un aborígen australiano, y por esta razón recibió el nombre de antígeno Australia.

El virus de la hepatitis B ha sido identificado con este tipo de infección, la partícula viral (partícula Dane) es de 42 nm. de diámetro, con un núcleo central y una cápside de superficie. El núcleo viral contiene DNA y características antigénicas peculiares, como antígeno de hepatitis B central (HBcAg). El antígeno de la cápside, llamado antígeno de hepatitis B superficie (HBsAg) posee subtipos inmunológicos diferentes, D y Y.

Los dos antígenos, estimulan la formación de sus anticuerpos correspondientes, anti - HBc y anti - HBs

en fecha reciente se ha identificado con el virus de la hepatitis B.

#### **10.15.3.- Prevención**

Es necesario que la historia médica de los pacientes dentales indique de una forma clara la posibilidad de que el paciente haya padecido de hepatitis, o al menos ictericia, para tomar las debidas precauciones, que incluyen un alto nivel de higiene clínica, tanto de personal como de material y mobiliario. Para evitar la transmisión parenteral hay que interrumpir la conducción de saliva o sangre infectada; todo lo que se haya podido contaminar con sangre, saliva o suero se debe limpiar primero con agua, jabón y cepillo, y luego esterilizar o destruir; la higiene clínica estricta incluye lavado de manos y antebrazos antes y después de tratar a los pacientes (y siempre antes de las comidas y bebidas) y la limpieza de las asas, pomos o botones del gabinete que se puedan contaminar con las manos mojadas de saliva. Todo el instrumental y el material, se debe limpiar y esterilizar antes de volverse a usar.

Otras precauciones adicionales son cambiarse de ropa, no sacar de la clínica lápices, plumas, gafas, etc. y evitar tocar cualquier cosa mientras los dedos del odontólogo o personal puedan estar contaminados.

La esterilización con autoclave o por calor seco,

incluye también contrángulos y turbinass, pensando que los instrumentos rotatorios se lubrican siempre después de su esterilización.

los aspiradores y sus sistemas de ajustes a los tubos de aspiración pueden ser esterilizados por autoclave, aunque también por esterilización química. Para anestesia deben usarse agujas de un sólo uso y los anestésicos deben ser tipo carpule eliminando lo que no se haya inyectado. Hay que pensar en la contaminación por sangre, saliva o suero de los sillones dentales, brazos de sillones, muebles y otro equipo clínico, los cuales también se deben lavar primero con agua y jabón y, por último, el desinfectante, ello se debe hacer, además, con guantes si existe la mera sospecha de contaminación por un paciente enfermo o portador. La taza y demás elementos de la unidad dental deben ser limpiados y desinfectados inmediatamente, al igual que las piezas de mano, las jeringas de aire y de agua, asas y botones del equipo; y si se ha tomado impresión, ésta debe ser desinfectada antes de enviarla al laboratorio. Por último, otros elementos de la clínica que deben ser evitados antes de esterilizar las manos del personal clínico, son los teléfonos, manivelas de las puertas, fichas clínicas, radiografías, etc. La desinfección química puede no

ser totalmente efectiva, siendo los desinfectantes más adecuados los compuestos de cloro en una solución aproximada del 0,1 por ciento al 0,5 por ciento, o bien el gluteraldehído en solución acuosa al 2 por ciento, ambos como mínimo durante una hora.

Si existe, por una herida accidental, sospecha de contaminación por un paciente enfermo o portador es necesario el procedimiento de inmunización pasiva por inyección de inmunoglobulina de la hepatitis B. Sin embargo, el avance máximo se ha conseguido con la vacuna específica a partir de un antígeno altamente purificado, aislado del plasma de portadores, vacuna que es, en general, bien tolerada y altamente efectiva, como mínimo hasta el 92 por ciento., En octubre de 1.983 se habían vacunado más de tres millones de personas en todo el mundo con ésta vacuna, que requiere tres dosis, una inicial seguida al cabo de un mes por una segunda dosis, y una última a los seis meses; produce una inmunidad de cinco años y, tal vez, la vida entera, aunque se recomienda la comprobación periódica de la misma. Odontólogos, higienistas, ayudantes de clínica y estudiantes forman un grupo de alto riesgo al que se recomienda la vacunación preventiva. Diversas sociedades dentales y médicas dedican grandes esfuerzos actualmente; en este sentido, en España ésta vacuna



está disponible legalmente, existen dos marcas comerciales, americana y francesa.

#### **10.15.4.- Sintomatología de la hepatitis B**

La hepatitis B, es por lo general una enfermedad leve, sin ictericia, particularmente en aquellos con inmunidad relativa por infecciones previas, o en escolares o preescolares. La infección puede ser seguida por una enfermedad leve sin signos clínicos de hepatitis.

Un paciente con hepatitis presenta: fiebre, escalofríos, cefalea, náuseas, vómito con molestia abdominal en el cuadrante superior derecho, con hipersensibilidad local y espasmo muscular, algunas veces se observan dolores articulares y exantemas maculopapulares de urticaria o eritematosos.

El hígado puede aumentar de volumen y hacerse hipersensible, el bazo puede ser palpable, la orina puede cambiar de color por la bilirrubina.

### FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 3/VIII/92      Historia clínica No. 1

Nombre y apellido: F. B. P.

Dirección: Virginio Lema 744      Teléfono: 2-5676

Edad: 26 años      Sexo: Masculino      Estado Civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes): Ninguno

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |    |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | Si | <u>No</u> |
| Está en tratamiento médico?                                                 | Si | <u>No</u> |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | Si | <u>No</u> |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | Si | <u>No</u> |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | Si | <u>No</u> |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |    |           |
| Afección al corazón                                                         | Si | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | Si | <u>No</u> |
| Alergias                                                                    | Si | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si | <u>No</u> |

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Lesión del hígado        | Si        | <u>No</u> |
| Epilepsia                | Si        | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | <u>Si</u> | No        |
| Diabetes                 | Si        | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | Si        | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | Si        | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | Si        | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Presenta trastorno de las glándulas endócrinas.

COMENTARIOS: Paciente que se presentó en la clínica por movilidad dentaria, fue remitido al hospital, atendido por el endocrinólogo quien confirmó la alteración de las glándulas endócrinas.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Preocupación por la movilidad dentaria.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: paciente que presenta enanismo debido al hipopituitarismo.

Cara: Normal

Ganglios: no palpables.

Glándulas parótidas: No se observa ninguna alteración.

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:

Cuello normal, ganglios linfáticos cervicales no palpables.

Area de la glándula tiroides: No se observa ninguna alteración.

#### EXAMEN INTRABUCAL:

Labios y comisuras labiales: normal

Mucosa labial, vestíbulo bucal: normal

Encías: Periodontitis, con hemorragia gingival al cepillado.

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos parotídeos: normal.

Paladar duro y encía palatina: Normal

Paladar blando: normal

Areas amigdalinas y Faringe posterior: normal

Lengua; dorso, bordes laterales (amígdalas linguales): no presenta ninguna alteración.

Lengua: Superficie inferior: normal

Piso de la boca y encía lingual: normal

Dientes (oclusión, caries): presenta movilidad dentaria y caries.

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Normal

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Ninguno

Radiográfico: No se realizó

Biopsia: No se realizó

Diagnóstico: Hipopituitarismo

Pronóstico: Favorable

Tratamiento: Exodoncia de los dientes remanentes.

Tipo de intervención: Quirúrgico.

Técnica anestésica: Local y spix

Complicaciones: Ninguna

Indicaciones Postoperatorias: Aspirina.





Fig.1 Diastema (Hipoplazii țărismă)



Fig.2- Diastemas (Hipoplazii țărismă)



fig.3. Diastema y malocusión (Hipopituitarismo)



fig.4. Placa Tarsar en superficie lingual (Hipopituitarismo)

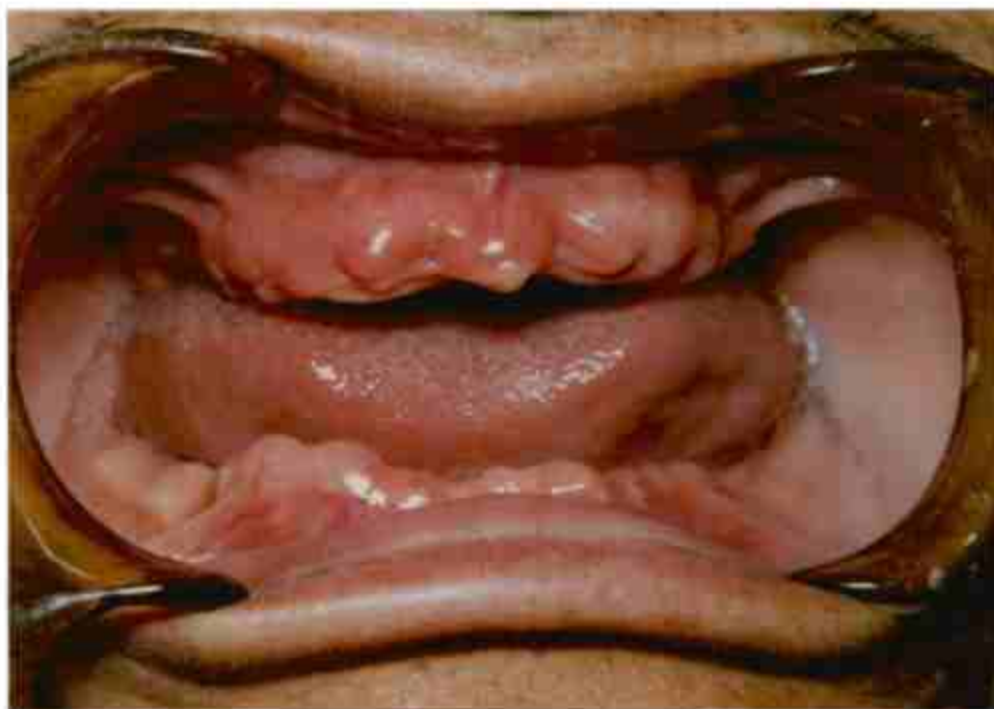


fig-5 Extracción de piezas remanentes (caso anterior).

## FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 8/VIII/92      Historia clínica No. 2

Nombre y apellido: P. S. F.

Dirección: C. Cochabamba 342      Teléfono: -

Edad: 4 años      Sexo: Femenino      Estado Civil: -

Ocupación: -

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes):

### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |    |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | Si | <u>No</u> |
| Está en tratamiento médico?                                                 | Si | <u>No</u> |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | Si | <u>No</u> |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | Si | <u>No</u> |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | Si | <u>No</u> |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |    |           |
| Afección al corazón                                                         | Si | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | Si | <u>No</u> |
| Alergias                                                                    | Si | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si | <u>No</u> |

|                          |    |           |
|--------------------------|----|-----------|
| Lesión del hígado        | Si | <u>No</u> |
| Epilepsia                | Si | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | Si | <u>No</u> |
| Diabetes                 | Si | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | Si | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | Si | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | Si | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Ninguna

COMENTARIOS: Paciente que fue llevada por su madre a la clínica por ausencia de los incisivos centrales inferiores temporarios.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Ausencia de los incisivos centrales inferiores temporarios.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: aparentemente normal.

Cara: Normal

Ganglios: no palpables.

Glándulas parótidas: Normal

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:  
Normal.

Area de la glándula tiroides: Normal

#### EXAMEN INTRABUCAL:

Labios y comisuras labiales: Normal

Mucosa labial, vestíbulo bucal: No presenta ninguna  
alteración

Encías: Normal

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos  
parotídeos: Normal.

Paladar duro y encía palatina: Normal

Paladar blando: Normal

Areas amigdalinas y Faringe posterior: No se observa



ninguna alteración.

Lengua; dorso, bordes laterales (amígdalas linguales):  
Normal.

Lengua: Superficie inferior: Normal

Piso de la boca y encía lingual: normal

Dientes (oclusión, caries): presenta caries.

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Normal

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Ninguno

Radiográfico: Presenta ausencia de los gérmenes dentarios

de los incisivos centrales inferiores temporarios.

**Biopsia:** No se realizó

**Diagnóstico:** Ausencia de los gérmenes de incisivos centrales inferiores temporarios, sospechamos causas nutricionales o endócrinas.

**Pronóstico:** Favorable.

**Tratamiento:** Ninguno.

**Tipo de intervención:** No se realizó.

**Técnica anestésica:** Ninguna.

**Complicaciones:** Ninguna

**Indicaciones Postoperatorias:** Ninguna.



fig.6. Ausencia de incisivos centrales inferiores temporarios

### FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 21/VII/92      Historia clínica No. 3

Nombre y apellido: C. A. B.

Dirección: Daniel Campos

Teléfono: -

Edad: 52 años      Sexo: Femenino      Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes):

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Está en tratamiento médico?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | <u>Si</u> | No        |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | Si        | <u>No</u> |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | <u>Si</u> | No        |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |           |           |
| Afección al corazón                                                         | Si        | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si        | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | Si        | <u>No</u> |
| Alergias                                                                    | Si        | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si        | <u>No</u> |

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Lesión del hígado        | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Epilepsia                | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | <u>Si</u> | No        |
| Diabetes                 | <u>Si</u> | No        |
| Tuberculosis             | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | <u>Si</u> | No        |

Otras enfermedades: Ninguna

COMENTARIOS: Paciente que se presentó en la clínica dental por enfermedad periodontal, recibe tratamiento antidiabético con Daonil.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Hemorragia gingival y movilidad dentaria.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: No presenta ninguna alteración.

Cara: Normal

Ganglios: No palpables.

Glándulas parótidas: Normal

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:  
Normal.

Area de la glándula tiroides: Normal

#### EXAMEN INTRABUCAL:

Labios y comisuras labiales: Normales

Mucosa labial, vestíbulo bucal: No presenta ninguna  
alteración

Encías: Presenta periodontitis, hemorragia gingival.

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos  
parotídeos: Normal.

Paladar duro y encía palatina: No se observa ninguna  
alteración.

Paladar blando: Normal



Áreas amigdalinas y Faringe posterior: No se observa ninguna alteración.

Lengua; dorso, bordes laterales (amígdalas linguales):  
Normal

Lengua: Superficie inferior: Normal .

Piso de la boca y encía lingual: No se observa ninguna alteración.

Dientes (oclusión, caries): presenta caries, movilidad dentaria.

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Normal

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: No se realizó.

Radiográfico: Se observa reabsorción ósea.

Biopsia: No se realizó

Diagnóstico: Diabetes Mellitus.

Pronóstico: Favorable.

Tratamiento: Se realizó la tartrectomía, luego la paciente no se presentó en la clínica para continuar el tratamiento respectivo.

Tipo de intervención: No se realizó.

Técnica anestésica: Ninguna.

Complicaciones: Ninguna

Indicaciones Postoperatorias: Ninguna.



Fig.7 Gingivitis crónica margino papilar (Diabetes)



Fig 8: Placa y Tartaro en superficie lingual (Diabetes)

### FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 30/VII/92 Historia clínica No. 4

Nombre y apellido: J. C. P.

Dirección: Senac

Teléfono: -

Edad: 22 años Sexo: Masculino Estado Civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes): Ninguno

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Está en tratamiento médico?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | Si        | <u>No</u> |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | Si        | <u>No</u> |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |           |           |
| Afección al corazón                                                         | Si        | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si        | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | Si        | <u>No</u> |
| Alergias                                                                    | Si        | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si        | <u>No</u> |

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Lesión del hígado        | Si        | <u>No</u> |
| Epilepsia                | <u>Si</u> | No        |
| Nerviosismo              | <u>Si</u> | No        |
| Diabetes                 | Si        | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | Si        | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | Si        | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | Si        | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Ninguna

COMENTARIOS: Paciente que tomó idantina durante cinco años, le realizaron gingivectomía hace 3 años, y nuevamente presenta hiperplasia gingival poco marcada.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Preocupación por sangrado gingival al cepillado.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: Normal

Cara: No presenta ninguna alteración

Ganglios: No palpables.

Glándulas parótidas: Normal

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:  
Normal.

Area de la glándula tiroides: Normal

#### EXAMEN INTRABUCAL:

Labios y comisuras labiales: No presenta ninguna alteración

Mucosa labial, vestibulo bucal: Normal

Encías: Presenta leve agrandamiento gingival y hemorragia  
al cepillado.

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos  
parotídeos: Normal.

Paladar duro y encía palatina: Normal

Paladar blando: Normal

Areas amigdalinas y Faringe posterior: Normal

Lengua; dorso, bordes laterales (amígdalas linguales): No

presenta ninguna alteración.

Lengua: Superficie inferior: No presenta ninguna alteración.

Piso de la boca y encía lingual: Normal

Dientes (oclusión, caries): presenta caries

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Normal

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Ninguno

Radiográfico: No se realizó.

Biopsia: No se realizó



Diagnóstico: Epilepsia.

Pronóstico: Favorable.

Tratamiento: Limpieza

Tipo de intervención: No se realizó.

Técnica anestésica: Ninguna.

Complicaciones: Ninguna

Indicaciones Postoperatorias: Ninguna.



Fig.9..Hiperplasia gingival (Idontina)



Fig 10 Hiperplasia gingival (Idontina)

## FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 29/VIII/92 Historia clínica No. 5

Nombre y apellido: M. Y. C.

Dirección: Villa Avaroa

Teléfono: -

Edad: 49 años Sexo: Masculino Estado Civil: Soltero

Ocupación: Empleado

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes): Ninguno

### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |    |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | Si | <u>No</u> |
| Está en tratamiento médico?                                                 | Si | <u>No</u> |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | Si | <u>No</u> |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | Si | <u>No</u> |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | Si | <u>No</u> |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |    |           |
| Afección al corazón                                                         | Si | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | Si | <u>No</u> |
| Alergias                                                                    | Si | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si | <u>No</u> |

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Lesión del hígado        | Si        | <u>No</u> |
| Epilepsia                | Si        | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | <u>Si</u> | No        |
| Diabetes                 | Si        | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | Si        | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | Si        | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | Si        | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Alteración de las glándulas endócrinas.

COMENTARIOS: Paciente que se presentó en la clínica por caries dental.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Dolor por caries dental.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: Paciente que presenta enanismo.

Cara: Aspecto normal

Ganglios: No palpables.

Glándulas parótidas: Normal

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:  
Normal.

Area de la glándula tiroides: Normal

#### EXAMEN INTRABUCAL:

Labios y comisuras labiales: No presenta ninguna alteración

Mucosa labial, vestíbulo bucal: Normal

Encías: Presenta periodontitis.

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos  
parotídeos: Normal.

Paladar duro y encía palatina: Normal

Paladar blando: Normal

Areas amigdalinas y Faringe posterior: No presenta ninguna  
alteración.

Lengua: dorso, bordes laterales (amígdalas linguales):  
Normal.

Lengua: Superficie inferior: No presenta ninguna alteración

Piso de la boca y encía lingual: Normal

Dientes (oclusión, caries): Presenta caries, movilidad dentaria y maloclusión.

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Normal

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Ninguno

Radiográfico: Presenta reabsorción ósea.

Biopsia: No se realizó

**Diagnóstico:** Hipopituitarismo

**Pronóstico:** Favorable.

**Tratamiento:** Limpieza y obturación de caries.

**Tipo de intervención:** Ninguna

**Técnica anestésica:** Ninguna.

**Complicaciones:** Ninguna

**Indicaciones Postoperatorias:** Ninguna.





fig. 11 Periodontitis marginal en los dientes remanentes (hipoplutismo)

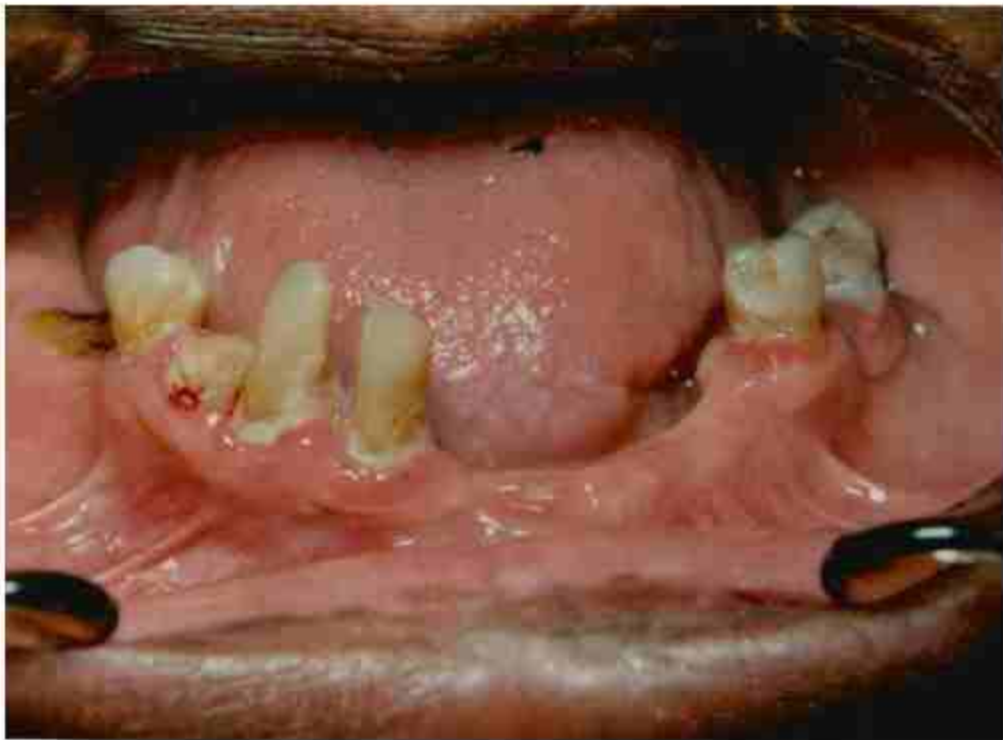


Fig.12 placa y Tártaro (Hipoparatiroidismo)

### FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 5/IX/92      Historia clínica No. 6

Nombre y apellido: J. P. L.

Dirección: La Paz 358      Teléfono: 2-2240

Edad: 51 años      Sexo: Masculino      Estado Civil: Casado

Ocupación: Predicador

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes):

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Está en tratamiento médico?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | <u>Si</u> | No        |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | Si        | No        |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | <u>Si</u> | No        |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |           |           |
| Afección al corazón                                                         | Si        | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si        | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | Si        | <u>No</u> |
| Alergias                                                                    | Si        | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si        | <u>No</u> |

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Lesión del hígado        | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Epilepsia                | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Diabetes                 | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | <u>Si</u> | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | <u>Si</u> | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Ninguna

COMENTARIOS: Paciente que se presentó en la clínica por enfermedad periodontal. Recibe tratamiento con Daonil.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Preocupación por la movilidad dentaria.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: aparentemente normal.

Cara: No presenta ninguna alteración

Ganglios: no palpables.

Glándulas parótidas: No presentan ninguna alteración

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:  
Normal.

Area de la glándula tiroides: Normal

**EXAMEN INTRABUCAL:**

Labios y comisuras labiales: No presentan ninguna  
alteración

Mucosa labial, vestíbulo bucal: Normal

Encías: Presenta periodontitis, hemorragia al cepillado y  
retracción gingival.

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos  
parotídeos: Normal.

Paladar duro y encía palatina: Normal

Paladar blando: Normal

Areas amigdalinas y Faringe posterior: No se observa  
ninguna alteración.

Lengua: dorso, bordes laterales (amígdalas linguales):  
Presenta lengua saburral.

Lengua: Superficie inferior: Normal

Piso de la boca y encía lingual: Normal

Dientes (oclusión, caries): presenta caries y movilidad  
dentaria.

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Normal

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Ninguno

Radiográfico: Se observa reabsorción ósea.

Biopsia: No se realizó

Diagnóstico: Diabetes Mellitus.

Pronostico: Favorable.

Tratamiento: Tartrectomia.

Tipo de intervención: Ninguno.

Técnica anestésica: Ninguno.

Complicaciones: Ninguna

Indicaciones Postoperatorias: Ninguna.





Fig 13. Gingivitis crónica (Diabetes)

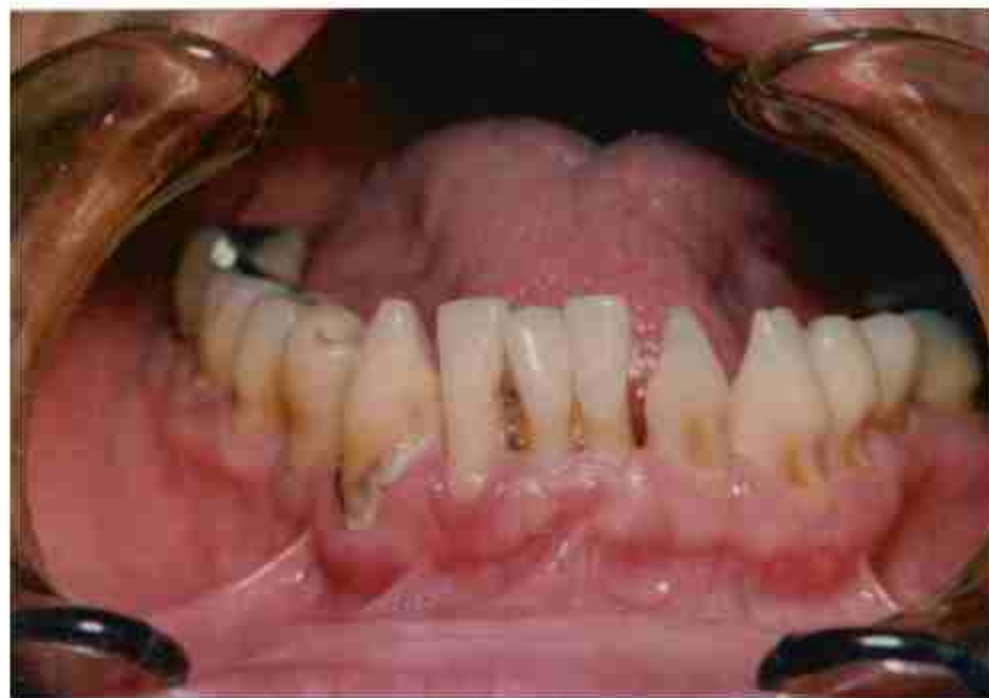


Fig. 14 Gingivitis y retracción gingival (Diabetes)



Fig/5 Placa y Tártaro en superficie Lingual (Diabetes)



6 Lengua Saburral  
(Diabetes)

### FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 3/XI/92      Historia clínica No. 7

Nombre y apellido: W. Z. D.

Dirección: Avaroa 132

Teléfono: -

Edad: 33 años    Sexo: Masculino    Estado Civil: Casado

Ocupación: Estudiante

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES      FAMILIARES:      (anote      solamente      datos  
importantes):

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                                |           |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                    | Si        | <u>No</u> |
| Está en tratamiento médico?                                                    | Si        | <u>No</u> |
| Toma medicamentos actualmente?                                                 | Si        | <u>No</u> |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                                 | Si        | <u>No</u> |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                           | <u>Si</u> | No        |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias<br>anormales después de una extracción? | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                          |           |           |
| Afección al corazón                                                            | Si        | <u>No</u> |
| Asma                                                                           | Si        | <u>No</u> |
| Anemia                                                                         | Si        | <u>No</u> |
| Alergias                                                                       | Si        | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                               | Si        | <u>No</u> |

|                          |    |           |
|--------------------------|----|-----------|
| Lesión del hígado        | Si | <u>No</u> |
| Epilepsia                | Si | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | Si | <u>No</u> |
| Diabetes                 | Si | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | Si | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | Si | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | Si | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Ninguna

COMENTARIOS: Paciente que se presentó en la clínica dental durante dos semanas, luego no se presentó.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Tumor de labio superior.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: Normal.

Cara: No se presenta ninguna alteración

Ganglios: No palpables.

Glándulas parótidas: No se observa ninguna alteración

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:  
Normal.

Area de la glándula tiroides: Normal

**EXAMEN INTRABUCAL:**

Labios y comisuras labiales: Presenta un tumor en el labio superior.

Mucosa labial, vestibulo bucal: Normal.

Encías: No presentan ninguna alteración.

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos parotídeos: Normal.

Paladar duro y encía palatina: Normal

Paladar blando: Normal

Areas amigdalinas y Faringe posterior: No se observa ninguna alteración.

Lengua; dorso, bordes laterales (amígdalas linguales): No presenta ninguna alteración

Lengua: Superficie inferior: Normal

Piso de la boca y encía lingual: No se observa ninguna alteración.

Dientes (oclusión, caries): presenta caries.

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Normal

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Ninguno

Radiográfico: No se realizó.

Biopsia: No se realizó

Diagnóstico: El diagnóstico de presunción debido a las

características clínicas se trata de un papiloma benigno.

**Pronostico:** Favorable.

**Tratamiento:** No se realizó.

**Tipo de intervención:** No se realizó.

**Técnica anestésica:** Ninguna.

**Complicaciones:** Ninguna

**Indicaciones Postoperatorias:** Ninguna.



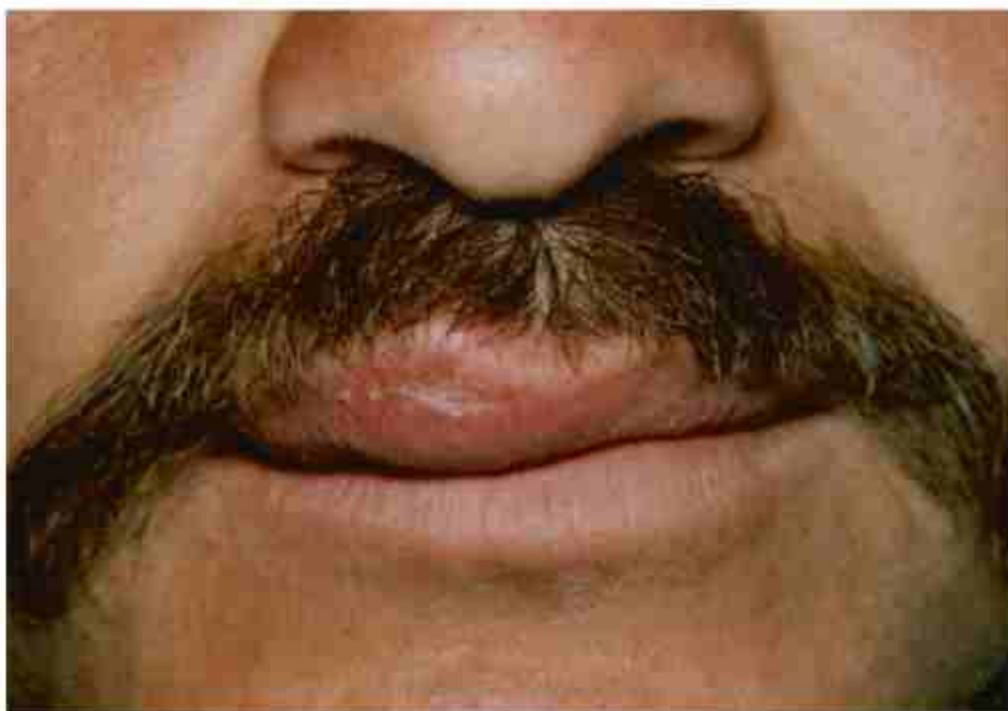


fig 17 Posible papiloma de labio superior



fig 18 Papiloma (caso anterior)

### FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 10/X/92      Historia clínica No. 8

Nombre y apellido: M. L. M.

Dirección: Calle Santa Cruz      Teléfono: -

Edad: 82 años      Sexo: Femenino      Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes): Ninguno

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Está en tratamiento médico?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | <u>Si</u> | No        |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | Si        | <u>No</u> |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |           |           |
| Afección al corazón                                                         | Si        | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si        | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | <u>Si</u> | No        |
| Alergias                                                                    | Si        | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si        | <u>No</u> |

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Lesión del hígado        | Si        | <u>No</u> |
| Epilepsia                | Si        | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | <u>Si</u> | No        |
| Diabetes                 | Si        | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | Si        | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | Si        | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | Si        | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Cáncer oral

COMENTARIOS: Paciente que se encuentra internada en el asilo de ancianos, donde fuimos a visitarla para constatar la presencia de un carcinoma. Recibe tratamiento con analgésicos y vitaminas.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Problemas orales no definidos.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: Paciente que se encuentra con decaimiento físico acentuado.

Cara: Presenta facies caquéctica.

Ganglios: Presenta hipertrofia de ganglios por metástasis.

Glándulas parótidas: Normal

Area de la articulación temporomaxilar: La paciente padece de pseudotrisismus ya que abre la boca parcialmente.

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales: Hipertrofia de ganglios linfáticos cervicales por metástasis.

Area de la glándula tiroides: Normal

#### EXAMEN INTRABUCAL:

Labios y comisuras labiales: Normal.

Mucosa labial, vestibulo bucal: Normal

Encías: Presenta gingivitis en el sector que presenta las piezas dentarias remanentes.

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos parotídeos: No presenta ninguna alteración

Paladar duro y encía palatina: Sin lesiones

Paladar blando: Se palpa tumoración de consistencia dura,

de forma redondeada (tumor primitivo).

Areas amigdalinas y Faringe posterior: No se observó ya que abre la boca parcialmente.

Lengua; dorso, bordes laterales (amígdalas linguales):  
Ulceraciones en bordes laterales de la lengua.

Lengua: Superficie inferior: No presenta ninguna alteración

Piso de la boca y encía lingual: Normal

Dientes (oclusión, caries): presenta caries

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Presenta hipertensión arterial

Pulso: Normal

Temperatura bucal: No se tomó

Temperatura Axilar: No se tomó

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Ninguno

Radiográfico: No se realizó.

Biopsia: Presenta tres fragmentos irregulares de tejido rosado pálido, de 7 milímetros de diámetro mayor cada uno.

Diagnóstico: Carcinoma a células escamosas ubicado en el paladar blando.

Pronóstico: Desfavorable.

Tratamiento: Ninguno

Tipo de intervención: No se realizó con excepción de la biopsia.

Técnica anestésica: Ninguna.

Complicaciones: Ninguna

Indicaciones Postoperatorias: Ninguna.



Fig 19 Ulceras en la lengua (Cancer)



Fig. 20 Metástasis en la región lateral





fig 24. Metástasis en la región de los ganglios submentonianos y submaxilares

### FICHA CLINICA

Fecha de admisión: 3/XI/92 Historia clínica No. 9

Nombre y apellido: P. R. T.

Dirección: Palmarcito Teléfono: -

Edad: 56 años Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Ocupación: Obrero

Nacionalidad: Boliviana

ANTECEDENTES FAMILIARES: (anote solamente datos importantes): Ninguno

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

|                                                                             |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Tiene un problema de salud?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Está en tratamiento médico?                                                 | <u>Si</u> | No        |
| Toma medicamentos actualmente?                                              | <u>Si</u> | No        |
| Sufre desmayos con frecuencia?                                              | <u>Si</u> | No        |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente?                                        | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido complicaciones o hemorragias anormales después de una extracción? | Si        | <u>No</u> |
| Ha tenido alguna de estas afecciones?                                       |           |           |
| Afección al corazón                                                         | Si        | <u>No</u> |
| Asma                                                                        | Si        | <u>No</u> |
| Anemia                                                                      | Si        | <u>No</u> |
| Alergias                                                                    | Si        | <u>No</u> |
| Lesión del riñón                                                            | Si        | <u>No</u> |

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Lesión del hígado        | Si        | <u>No</u> |
| Epilepsia                | Si        | <u>No</u> |
| Nerviosismo              | <u>Si</u> | No        |
| Diabetes                 | Si        | <u>No</u> |
| Tuberculosis             | Si        | <u>No</u> |
| Fiebre Reumática         | Si        | <u>No</u> |
| Problemas de coagulación | Si        | <u>No</u> |

Otras enfermedades: Afección de las glándulas adrenales.

COMENTARIOS: Paciente que se presentó en la clínica por problemas gingivales y caries.

MOTIVO DE LA CONSULTA: Enfermedad gingival y caries.

EXAMEN CLINICO:

EXAMEN EXTRABUCAL:

Apreciación generalizada del paciente: Presenta hiperpigmentación de piel.

Cara: Hiperpigmentada

Ganglios: No palpables.

Glándulas parótidas: Normal

Area de la articulación temporomaxilar: Normal

Area del cuello y de los ganglios linfáticos cervicales:  
Normal.

Area de la glándula tiroides: Normal

**EXAMEN INTRABUCAL:**

Labios y comisuras labiales: Hiperpigmentados

Mucosa labial, vestibulo bucal: Hiperpigmentación

Encías: Presenta gingivitis marginal crónica

Mucosa vestibular (carrillos) y papilas de los conductos  
parotídeos: Carrillos pigmentados, papilas de los  
conductos parotídeos normal.

Paladar duro y encía palatina: Mucosa del paladar y encía  
palatina Hiperpigmentada.

Paladar blando: Hiperpigmentado

Áreas amigdalinas y Faringe posterior: Normal

Lengua; dorso, bordes laterales (amígdalas linguales)  
Lengua Hiperpigmentada.

Lengua: Superficie inferior: No presenta ninguna alteració

Piso de la boca y encía lingual: Normal

Dientes (oclusión, caries): Presenta caries

#### EXAMEN GENERAL:

Presión arterial: Hipotensión

Pulso: Normal

Temperatura bucal: Normal

Temperatura Axilar: Normal

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

De laboratorio: Tiempo de coagulación y sangría (normal)

Radiográfico: No se realizó

Biopsia: No se realizó

**Diagnóstico:** Enfermedad de Addison

**Pronóstico:** Desfavorable.

**Tratamiento:** Limpieza y obturación de caries.

**Tipo de intervención:** Extirpación de fibroma de labio superior.

**Técnica anestésica:** Local

**Complicaciones:** Ninguna

**Indicaciones Postoperatorias:** Ninguna.



Fig.22 Hiperpigmentación de mucosas y lengua (Enf. de Addison)



Fig.23 Hiperpigmentación en toda la cara dorsal de la lengua (Enf. de Addison)



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al concluir la tesis he llegado a las siguientes conclusiones.

- 1.- Es de prioridad realizar el examen clínico bucodental y exámenes complementarios de la mejor manera posible.
- 2.- Si al examinar al paciente nos encontramos con signos y síntomas que nos hagan sospechar de una enfermedad general, debe ser remitido al especialista.
- 3.- Si un paciente llega a nuestra consulta y se encuentra bajo tratamiento médico, este hecho debe ser conocido por el odontólogo, en primer lugar por los efectos secundarios y por la posible prescripción por parte del odontólogo.
- 4.- Existen estados generales que contraindican tratamientos odontológicos o requieren precauciones especiales.
- 5.- Por lo descrito en la tesis, los pacientes que presentan cardiopatías el odontólogo tiene la obligación de realizar la profilaxis con antibióticos contra la endocarditis bacteriana subaguda.