

184
2/2/84



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ IZTACALA ”

ODONTOLOGIA

MEDICINA GENERAL EN LA
PRACTICA ODONTOLOGICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

FRANCISCO GUERRERO PALACIOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESQUEMA DE TRABAJO

En ésta tesis me propongo llevar a cabo una investigación en la cual está actualizada y fundamentada, y por lo tanto, venga a llenar un vacío ayudando al dentista en la orientación de éstos problemas.

Bien, muchas veces resulta materialmente imposible que el dentista de práctica general esté al corriente en las últimas tendencias o de los nuevos procedimientos mecánicos de cada una de las especialidades, sin embargo, el práctico general sigue siendo la piedra angular de la odontología.

Desde el inicio de ésta tesis fué indispensable recurrir a los centros de información en el area odontológica y médica, como son: La Biblioteca del Centro Médico Nacional, El Hospital General, La Asociación Odontológica del I.M.S.S., La Biblioteca de la U.N.A.M. y, Textos particulares.

De ésta forma he tratado de aportar los conocimientos respectivos a ésta asignatura, y de éste modo hacer un compendio de los aspectos más destacados de las distintas especialidades odontológicas. Habiendo obtenido la información, de personas que, por su experiencia en

la enseñanza, están capacitadas para tratar los distintos temas con seriedad y precisión.

Con particular atención es ésta tesis sobre la Medicina General en la Práctica Odontológica, pues bien, a primera vista, los temas que se tratan pueden parecer de difícil aplicación dadas las condiciones sociales de nuestro país, no por ello deja de tener enorme interés de marcar el paso hacia el aspecto definitivo del futuro de la odontología.

I N D I C E

Medicina General En La Práctica Odontológica.

- I.- Papel del práctico general en la medicina oral. Pag. 1
 - a).- Definición de la medicina oral. Pag. 4
 - b).- Principios de la medicina oral y su aplicación en la práctica. Pag. 5
 - c).- La medicina oral en el tratamiento del paciente. Pag. 7
 - d).- Organización de este capítulo. Pag. 10
- II.- El dentista y el médico. Pag. 12
 - a).- Relaciones generales. Pag. 13
 - b).- Consulta. Pag. 14
 - c).- Remisión del paciente a otros especialistas. Pag. 17
- III.- La historia clínica médica en la práctica dental. Pag. 20
 - a).- Significación de las respuestas positivas. Pag. 22
 - b).- Historia clínica del paciente infantil. Pag. 50
 - c).- Historia del curso del proceso. Pag. 50
 - d).- Resumen. Pag. 52
- IV.- Utilización práctica del laboratorio clínico. Pag. 53
 - a).- Viabilidad de las pruebas. Pag. 53
 - b).- Indicaciones generales de las pruebas. Pag. 54
 - c).- ¿Dónde deben realizarse los análisis o pruebas de laboratorio? Pag. 55
 - d).- ¿Cómo se toman las muestras? Pag. 57
 - e).- Pruebas que pueden realizarse, su valor y su interpretación. Pag. 59
 - f).- Pruebas diagnósticas. Pag. 60
 - g).- Conducta que hay que seguir con el paciente

Después de las pruebas. Pag. 70

V.- El paciente dental con una enfermedad general. Pag. 71

- a).- El paciente cardiópata. Pag. 73
- b).- Angina de pecho. Pag. 73
- c).- Infarto de miocardio. Pag. 75
- d).- Insuficiencia cardíaca congestiva. Pag. 78
- e).- Hipertensión. Pag. 81
- f).- Fiebre reumática. Pag. 85
- g).- Cirugía a corazón abierto. Pag. 88
- h).- El paciente con un trastorno endócrino. Pag. 92
- i).- Diabetes mellitus. Pag. 92
- j).- Hipertiroidismo. Pag. 100
- k).- El paciente con discrasia sanguínea. Pag. 102
- l).- Anemia. Pag. 102
- m).- Trastornos de la coagulación. Pag. 105
- n).- Trombocitopenia. Pag. 107
- ñ).- Enfermedades de los glóbulos blancos. Pag. 109
- o).- Lesiones orales que indican una enfermedad general. Pag. 111
- p).- Úlceras orales. Pag. 113
- q).- Úlceras aisladas. Pag. 116
- r).- Úlceras múltiples. Pag. 123
- s).- El paciente emotivo. Pag. 125
- t).- Manifestaciones físicas de los problemas emocionales. Pag. 128

- u).- Trastornos psicofisiológicos. Pag. 128
 - v).- Reacciones de conversión. Pag. 129
 - w).- Manifestaciones orales de las reacciones de conversión y psicofisiológicas. Pag. 132
 - x).- El paciente con cancerofobia. Pag. 136
- VI.- La medicina oral en la práctica del futuro. Pag. 140
- VII.- Conclusiones
- VIII.- Bibliografía

MEDICINA GENERAL EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA

Papel del práctico general en la medicina oral.

La práctica de la odontología está atravesando un período de transformación importante. Tal vez pueda resumirse la esencia de esta transformación diciendo simplemente que en la actualidad los odontólogos no sólo se interesan por el tratamiento de la dentadura de sus pacientes, sino por el tratamiento de pacientes dotados de dentadura. En época tan reciente como la del final de la segunda guerra mundial, un odontólogo podía enfocar su trabajo y sus técnicas exclusivamente en los dientes y gozar de una reputación inmejorable como tal. En este punto de la historia de nuestra profesión, podía elegir entre practicar la medicina oral o dejarla de lado cuando atendía a sus pacientes. Hoy en día, el odontólogo ya no disfruta de esta libertad de elección. Diversos factores imponen una práctica centrada sobre el paciente, en la cual se subraya la importancia de la medicina oral.

Un factor clave en la modificación de la práctica es el hecho de que los pacientes dentales modernos son diferentes.

Hubo una época en que muchos consultorios odontológicos estaban instalados en el segundo piso de un almacén local. Todo paciente capaz de transportar su problema a lo alto de las escaleras, se juzgaba que estaba en buenas condiciones físicas para someterse a una extracción dentaria o cualquier otra maniobra parecida. ¡Ahora no ocurre lo mismo! Gracias a los progresos de la ciencia médica, especialmente en el campo terapéutico, muchos individuos francamente enfermos pueden llevar una vida activa, útil y prolongada. Ha sido necesario revisar nuestro concepto de la salud y de lo que es un paciente "normal". Muchos pacientes "socialmente sanos" en el sentido de que son capaces de relacionarse con la sociedad de un modo normal, es decir, desempeñar puestos importantes, formar una familia y acudir a la consulta del dentista, de hecho son individuos que disfrutaban de los beneficios del tratamiento moderno de sus enfermedades agudas o crónicas. Estos pacientes obligan al dentista a enfrentarse con problemas diferentes de los que presentaba el paciente corriente hace veinte años. A la práctica odontológica se le ha añadido una nueva dimensión.

Otro factor importante que afecta a la orientación de la práctica es que los odontólogos modernos aplican

tratamientos infinitamente más elaborados y, como tales, más susceptibles y sujetos a la influencia de variables que dependen del paciente. El cuidado del paciente comporta con frecuencia la manipulación de tejido blando y de hueso cuando el dentista emprende un tratamiento periodontal o de una afección de la pulpa dentaria, o lleva a cabo pequeñas movilizaciones de los dientes y correcciones del contorno gingival como operaciones de odontología restauradora. Actualmente se sabe que el grado de éxito en el tratamiento de los problemas dentales u orales está determinado, en gran parte, por el estado general de los pacientes que acuden con estos problemas al consultorio del odontólogo.

Definición de la medicina oral.

La medicina oral puede ser definida de diversas maneras por prácticos diferentes. Con frecuencia, una definición determinada está directamente relacionada con la manera en que estaban organizados los departamentos y el modo en que se daban las enseñanzas en la escuela en que se graduó el dentista. Sin embargo, en años recientes esta zona de la odontología se ha ido individualizando como elemento distinto en el tratamiento de los pacientes y en la terapéutica dental. Admitimos que actualmente la medicina oral no es una especialidad reconocida formalmente como tal, sino que representa más bien un concepto de la odontología o una manera de enfocar la práctica de ésta. El nuevo interés que está recibiendo es la expresión clínica de una expansión de la orientación biológica fundamental de la odontología. Así, la ciencia de la salud y de la enfermedad orales va siendo objeto de una atención igual que la que se concede a los procedimientos técnicos mediante los cuales debe mantenerse la salud y se tratan las enfermedades. La medicina oral se define en sentido amplio como la faceta de la práctica dental que reconoce adecuadamente las interrelaciones entre la boca y el resto del cuerpo en la salud y en la enfermedad.

Principios de la medicina oral y su aplicación en la práctica.

Cuando la medicina oral se aplica como parte integral de la práctica dental general, halla expresión principalmente en el campo del diagnóstico y en la manera de enfocar el tratamiento del paciente. En el terreno diagnóstico la historia clínica es objeto de igual atención que la historia dental; el examen clínico incluye el de los tejidos tanto extraorales como intraorales; los tejidos orales blandos son examinados con la misma atención que los dientes; y se utilizan métodos de laboratorio que proporcionan valiosas informaciones que conducen al aclaramiento total de los problemas del paciente.

En el tratamiento del paciente se dedica la atención adecuada a la detección de enfermedades generales ignoradas por él, requiriendo la ayuda de su médico en caso necesario. La existencia de una enfermedad general se tiene en cuenta al determinar el tratamiento y en el enfoque que se da a la aplicación de los cuidados dentales. Cuando se descubren lesiones de los tejidos blandos, se tiene presente el hecho de que pueden reflejar factores etiológicos tanto generales como locales, y que tienen consecuencias, tanto generales como locales, al orientar el tratamiento. Además, el odontólogo general que practica la medicina oral tiene presente que el estado emo-

cional de sus pacientes constituye parte integral de su estado de salud general, cosa que hay que tener en cuenta cuidadosamente al tratar las afecciones orales.

La medicina oral en el tratamiento del paciente.

Podemos decir que prácticamente todo dentista aplica un cierto grado la medicina oral en el tratamiento de sus pacientes, incluso en el caso de que lo haga inconscientemente. Cada vez que se investiga sobre la salud del paciente, o sobre sus enfermedades anteriores, se practica la medicina oral. Las partes de ésta tesis que siguen intentan poner de relieve la gran utilidad que puede, y en muchos casos debe, desarrollar la medicina general en el tratamiento dental moderno. Con el fin de aclarar y explicar por qué la medicina oral merece un papel más importante.

Constituyen ejemplos de problemas generales con amplia repercusión oral los que acompañan a las carencias nutritivas. La sensibilidad exagerada, la sensación de ardor y de sequedad de los tejidos orales y la intolerancia a las dentaduras postizas han sido citadas con frecuencia como hallazgos clínicos primarios en la mayoría de pacientes que padecen estados de déficit.

Los mejores esfuerzos del dentista para combatir la enfermedad periodontal mediante tratamientos locales no tendrán éxito en un paciente con una diabetes mellitus no controlada.

Y a la inversa, se ha demostrado experimentalmente que el número de unidades de insulina requeridos para mantener una cifra de glucemia normal en la diabetes se reduce notablemente después del tratamiento de la enfermedad periodontal concomitante.

Es necesario dirigir la atención sobre el hecho de que los medicamentos que un paciente toma pueden resultar tan importantes para solventar su problema dental como para la enfermedad general que se esté tratando. Por ejemplo, el dentista debe dar tanta importancia a la acción farmacológica de la insulina como a las consecuencias de la diabetes no tratada. De igual manera, si bien el paciente que ha sufrido un infarto de miocardio requiere un tratamiento especial en el consultorio del odontólogo, lo más importante en este caso es que éste tenga bien presente que su paciente está sometido a un tratamiento anticoagulante. Un elevado número de pacientes dentales han tomado tranquilizantes prescritos por su médico, hecho que sólo puede averiguarse mediante una historia clínica cuidadosa. El odontólogo no debe olvidar que tales pacientes son más susceptibles a los síncope y que es más difícil volverlos en sí. El dentista también debe conocer la acción de los tranquilizantes, algunos de los cuales son derivados de la fenotiazina, por cuanto potencian la acción de los medicamentos sedantes, como los barbitúricos. No es raro que tenga que tratar pacientes que han estado sometidos a

un tratamiento prolongado con corticosteroides diversos. Las consecuencias de tales tratamientos sobre la inflamación y la curación de las heridas de la boca son de suma importancia. Así mismo requieren mucha atención los problemas especiales que plantea en estos pacientes la cirugía oral.

Cuanto acabo de exponer sirve para indicar hasta qué punto está implicada la medicina oral en la práctica odontológica actual. Podrían multiplicarse los ejemplos, pero he presentado estos pocos simplemente para poner de relieve las implicaciones y las aplicaciones de la medicina oral en el tratamiento de los pacientes.

Organización de este capítulo.

En la parte que sigue de este capítulo estudiaremos ampliamente la relación entre el dentista y el médico en la práctica diaria. Veremos entonces la importancia que tiene la historia clínica en la práctica dental. Presentaremos un cuestionario sanitario que el odontólogo general puede adoptar fácilmente.

Se discutirá la importancia de las respuestas del paciente al cuestionario. Los detalles sobre los métodos de examen clínico se expondrán en la utilización de pruebas de laboratorio clínico, como parte del examen, será objeto de comentario de este mismo y se expondrá así mismo qué pruebas pueden realizarse y cómo y cuándo se han de efectuar, y la interpretación de los resultados.

He dedicado una parte importante en este capítulo a la consideración del tratamiento dental de los pacientes con enfermedades generales seleccionadas. Las enfermedades principales que afectan a los pacientes de casi todos los prácticos dentales serán objeto especial atención. A continuación se presentará un enfoque casi único de los principales tipos de lesión oral. La finalidad no será diferenciar entidades morbosas específicas, sino mostrar cómo el diagnóstico y el tratamiento del

problema de un paciente pueden basarse en sí las lesiones orales presentes reflejan la existencia de una enfermedad principalmente local o general. Se estudiará a fondo al paciente con lesiones ulcerativas para ilustrar lo dicho.

Teniendo en cuenta el elevado número de pacientes cuyo comportamiento o cuyas condiciones orales revelan un estado mental trastornado o alterado, se dedicará una sección al tratamiento del paciente emocional, tanto en términos generales como en terminos específicos.

En la parte final expondré el papel de la medicina oral en la práctica dental del futuro.

El dentista y el médico.

El dentista que incorpora los principios de la medicina oral en su práctica diaria asume inevitablemente una relación activa con los médicos de su comunidad. Para él resulta una experiencia corriente la consulta con el médico o la recomendación a su paciente de que consulte a un médico, generalmente porque ha descubierto alguna enfermedad general insospechada o porque el tratamiento dental no puede proseguirse hasta que se haya determinado el estado de la enfermedad general del paciente, o hasta que dicho estado haya mejorado. Una vez establecido el diálogo, el dentista se convierte en una fuente de información para el médico, interpretando la significación oral de la enfermedad general y colaborando en el tratamiento del paciente. A medida que el médico comprende mejor la odontología y está mejor informado acerca del papel del dentista, puede recomendar mejor a sus pacientes sobre la conveniencia de consultar a dicho profesional.

Relaciones generales.

Como el bienestar físico, emocional y social de los pacientes constituye un punto común de interés para el dentista y el médico, es indispensable que ambos estén en estrecha relación en la práctica diaria. Por desgracia, ni uno ni otro se hallan preparados para establecer tal relación, debido a su preparación específica. Hemos de darnos cuenta de que uno de los vacíos en la formación de nuestros colegas médicos radica en la odontología. No obstante, el médico concienzudo tiene presente que no es posible lograr una salud general óptima sin una buena salud oral. Las implicaciones de la salud y la enfermedad general en la práctica dental se tienen menos en cuenta. El odontólogo ha de tomar sobre sí la responsabilidad de ayudar a su colega médico a una mejor comprensión de lo que es la odontología actual.

Si ha de existir una buena relación basada en el mutuo respeto, el dentista no debe depender abiertamente del médico. Debe aportar sus conocimientos y su experiencia cuando haya que establecer un juicio. Por ejemplo, acudir indiscriminadamente al médico solicitando información el cada "sí" de la historia clínica de cada paciente, no es adecuado ni profesional. Por otra parte, el dentista no ha de tener reparo en consultar con el médico cuando está en juego el interés del paciente.

Consulta.

Una consulta es una deliberación entre dos profesionales relativa al diagnóstico o al método de tratamiento adecuado de un paciente. Cuando un odontólogo consulta con un médico, hay que recordar que la responsabilidad básica con respecto al paciente radica en el individuo que ha solicitado consulta. El dentista debería relacionar la información proporcionada por el médico con todos los demás datos obtenidos durante la exploración y recogidos en la historia clínica del paciente. La decisión final con respecto al curso subsiguiente por parte del dentista, debe hacerla él mismo y después es responsable de tal decisión. No es correcta, ni puede defenderse desde el punto de vista legal, la pretensión de que el médico asuma la responsabilidad del tratamiento seguido por el paciente el consultorio del odontólogo. A mayor abundamiento, hay que evitar que el médico se crea en situación de dictar la conducta que ha de seguir el dentista.

Cada vez es más frecuente que médicos y odontólogos combinen sus esfuerzos en el tratamiento de pacientes hospitalizados. Si el paciente es ingresado por el dentista, quien en consecuencia es reconocido en el protocolo del hospital como "médico encargado del paciente", prevalece la relación anteriormente descrita.

Tal vez es más corriente que sea el médico quien ingrese al paciente y quien solicite una consulta con el dentista. En tal caso, la única función de éste es proporcionar información al médico. No debe esperar a priori que sus recomendaciones sean seguidas ni debe molestarle que prescindan de ellas. Debe recordar que el paciente está bajo la responsabilidad del médico y que el dentista no puede realizar ningún tratamiento hasta que se le autorice expresamente.

Cada vez que un dentista examine o trate a un paciente hospitalizado, es esencial que se anote en forma adecuada en la historia clínica de éste. Dejar de hacerlo constituye una infracción grave del protocolo del hospital, que causará el descrédito del dentista, y puede crear complicaciones legales al médico encargado del caso.

La mayor parte de las consultas estarán en relación con pacientes ambulatorios. El dentista debe exponer claramente al médico el motivo de la consulta y para ello lo mejor será hacerla por escrito. El paciente dental al cual se aconseja que vea a un médico para aclarar un problema de salud no ha de convertirse en enlace verbal entre ambos profesionales. Puede pedirse al paciente que lleve un sobre cerrado con las preguntas, escritas, del dentista.

Hay que esperar una respuesta por escrito, y si no se recibe debe reclamarse. Igualmente, el dentista ha de responder por escrito a todo médico que haya solicitado una consulta con él. El odontólogo prudente conserva una copia de cualquier comunicación que salga de su consultorio.

Algunas veces es necesario que el médico y el dentista se consulten por teléfono. Puede llamar el médico para discutir a fondo el caso de un paciente al cual se le ha rogado que examine. Pero es más frecuente que la llamada parta del dentista que trata a un paciente con un problema médico que requiere atención inmediata por una urgencia dental; con frecuencia es necesario, en interés del paciente, discutir el problema médico telefónicamente. Aunque lo ideal sería que el médico enviara después por escrito las orientaciones dadas por teléfono, pocas veces puede llevarse a la práctica cuando se trata de un médico muy atareado. En tales casos, el dentista tiene que archivar el informe escrito datado de la llamada telefónica junto con la ficha del paciente.

Damos por supuesto que la consulta telefónica antes mencionada siempre se realiza con un médico que conoce bien al paciente en cuestión. No está bien solicitar información referente a un paciente al cual el médico no ha visto desde hace tiempo.

Remisión del paciente a otros especialistas.

La recomendación lleva en sí el traspaso del paciente con el fin de que pueda beneficiarse de los conocimientos y de la experiencia de otro colega. A diferencia de la consulta, la recomendación implica que la responsabilidad básica del paciente, o de una faceta determinada de su tratamiento, pasa a otro. De acuerdo con ello, el práctico que acepta la recomendación queda en libertad de proceder con independencia. Aunque el práctico que da la recomendación suele acompañarla de informes valiosos, y no puede dictar el curso futuro de la terapéutica que hay que seguir.

Es un proceder prudente con respecto al paciente, y una buena ética profesional, hacer todas las recomendaciones por escrito. Cuando un dentista recomienda a un paciente a un médico, debe entregarle una nota en la cual exponga detalladamente el motivo de la recomendación. Debe incluir los comentarios pertinentes acerca del estado de la boca del paciente y toda la información adicional útil, como los resultados de los exámenes de laboratorio. El dentista debe exponer el diagnóstico probable del problema médico del paciente, junto con las razones en que se basa. Con frecuencia hay que indicar varios diagnósticos probables.

En muchos casos, si el dentista no tiene idea de cuál pueda ser el problema médico, no tiene en qué basarse para recomendar al paciente. Es preferible, desde el punto de vista de las relaciones interprofesionales, que el dentista haga un diagnóstico de probabilidad erróneo, que no tener ningún comentario inteligente que hacer acerca del problema médico en cuestión. Equivocarse no ha de avergonzar a nadie; manifestar una ignorancia total de las enfermedades generales es vergonzoso para el dentista como individuo y para la profesión dental.

Traspasar un paciente a un médico sin ninguna información puede causar perjuicios al primero. Si se le envía solicitando datos vagos tales como "debe examinarse la sangre", el médico se encuentra ante un dilema. Puede no descubrir razones para examinar la sangre, pero para salvar la faz del dentista y actuar de acuerdo con lo que espera el paciente, se verá obligado a ordenar una serie de análisis caros e innecesarios. Un problema similar puede ser fruto de una indicación vaga de que se examine el estado de las glándulas endocrinas del paciente.

La endocrinología es una ciencia sumamente compleja y, por ahora, inexacta, y tal petición no tiene una respuesta razonable. No es raro el dentista que pide que se

examine a un paciente para averiguar si presenta carencias nutritivas, olvidándose al parecer de que no existen pruebas de laboratorio que permitan confirmar sus sospechas (excepto en el caso de los déficit de hierro (anemia ferropénica) o de vitamina C). A nadie beneficiarían las peticiones irrazonables o sin fundamento que puedan hacerse al médico, tanto en la consulta como cuando se le envía a un enfermo.

La historia clínica médica en la práctica dental.

La anotación de la historia clínica médica, considerada otrora como un trámite que se aplicaba al tratamiento del paciente especial, se considera ahora como un elemento indispensable en la práctica corriente. Hay cuatro razones principales por las cuales el dentista toma dicha historia: para tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente; para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

Existen diversas formas válidas y adecuadas para tomar la historia clínica. Algunos prefieren registrar la información en una hoja de papel blanco, mientras que otros optan por servirse de impresos con una pauta que guía el interrogatorio. Un método práctico y bastante extendido es el empleo de un cuestionario sanitario. Como varias escuelas de odontología utilizan en sus clínicas este tipo de cuestionarios, hay muchos dentistas que están familiarizados con su uso.

El cuestionario que presento se basa en el cuestionario que aparece en Accepted Dental Remedies, publicación del Council on Dental Therapeutics de la American Dental Association, el cual a su vez se compiló a partir de los impresos usados en cuatro escuelas dentales. En la modificación presente no se han regateado esfuerzos para hallar una forma que sea lo suficiente completa y al mismo tiempo bastante concisa para su aplicación práctica en el trabajo diario.

Hay que tener en cuenta que un cuestionario sirve como instrumento útil en la búsqueda de información acerca de la salud, y en este contexto no pretendo sustituir a la historia clínica detallada que tal vez sea necesaria en algunos casos.

Significación de las respuestas positivas.

Hay que admitir que existe un conflicto potencial en lo que se refiere al material que sigue. ¿Cómo presentar la información suficiente para que sea orientadora sin que resulte demasiado larga y fastidiosa? Los libros de patología y de medicina interna contienen capítulos dedicados a la exposición de cada uno de los puntos del cuestionario. Evidentemente, la información presentada aquí tiene que ser breve e incompleta. Se ha intentado presentar una interpretación práctica del cuestionario, más que un análisis académico que cubra todas las implicaciones posibles de las preguntas. El odontólogo debe acudir a otras fuentes si pretende mejorar su utilización de la historia clínica en la práctica. En una sección posterior de este capítulo se expone una consideración más detallada de las enfermedades generales de especial importancia para el odontólogo.

El "Principal trastorno bucal" del paciente es, de hecho, una explicación breve del motivo de la consulta. Su respuesta ayudará a hacerse cargo inmediatamente de la interpretación dada por el paciente a sus problemas orales o dentales, y revelará lo que espera de su consulta. En algunos casos el propio trastorno oral sugerirá claramente la presencia de una enfermedad general; por ejemplo, hemorragias o lesiones que no se curan.

El dentista tiene que revisar brevemente todo el cuestionario, fijándose especialmente en las respuestas positivas, antes de interrogar al paciente en busca de detalles. De este modo adquiere una idea general acerca de la salud del paciente y se orienta sobre la manera de proseguir la historia clínica. Si las respuestas positivas son muchas, puede ahorrarse tiempo en las respuestas de las cinco primeras preguntas, que son de carácter general.

Debido al bajo nivel de comprensión o a las actitudes poco corrientes que ocasionalmente se encuentran en algunos pacientes, son de esperar respuestas contradictorias y confusas. El dentista debe hacer con paciencia nuevas preguntas que le aclaren los problemas.

1. ¿Padece usted trastornos o alguna enfermedad?

Si la contestación es afirmativa, se ha de preguntar al paciente cuál es su problema. En este momento, un paciente inteligente y bien informado proporciona la mayor parte de la información importante. Aunque al escuchar el relato del paciente acerca de su enfermedad y de cómo ha reaccionado ante ella puede resultar útil, también puede convertirse en una pérdida de tiempo. Una vez aclarada la naturaleza de la enfermedad, lo mejor es pasar a otras partes del cuestionario en las cuales probablemente se obtendrá una información más específica. El trastorno médico más importante del paciente se registrará con sus propias palabras en "Observaciones".

1a. ¿Ha observado usted alguna alteración de su salud general el año pasado?

Un paciente que en la respuesta anterior ha dicho que gozaba de buena salud, es posible que ahora responda con un "sí". Así se tiene una sutil oportunidad para obtener una impresión acerca del estado de salud globalmente considerado.

Las preguntas 2 y 3 también están destinadas a comprobar las afirmaciones del paciente sobre su propio estado de salud.

4. ¿Ha padecido usted alguna enfermedad grave?

¿Le han operado?

4a. En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad?;

¿De qué le operaron?

5. ¿Ha sido usted hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los cinco años últimos?

5a. En caso afirmativo, ¿Cuál fue el problema?

Estas preguntas nos permiten conocer mejor el estado de salud del paciente; sin embargo, se refieren al pasado. Una respuesta afirmativa requiere a menudo una investigación más profunda. No es raro que un paciente responda en sentido positivo en este punto y en sentido negativo en el resto del cuestionario. En tal caso, la respuesta puede constituir la única guía para orientarnos con respecto a la salud del paciente. El recuerdo que éste tiene del pasado puede ser demasiado vago para permitirle dar una respuesta positiva a las cuestiones siguientes. En tales casos suele ser necesario inquirir los síntomas y secuelas asociados con el episodio pasado.

5. ¿Padece o ha padecido usted alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?

5a. Fiebre reumática o cardiopatía reumática.

Esta enfermedad con frecuencia se asocia con lesiones de las válvulas cardíacas. Los pacientes que responden afirmativamente deben recibir medicamentos y medicación profiláctica y antibiótica antes de someterse a una extracción dental o a otra manipulación sobre tejidos blandos o hueso.

5b. Lesiones cardíacas congénitas.

Estos pacientes también necesitan la protección descrita en 5a. Si el interrogatorio revela que el defecto congénito ha influido en la vida del paciente obligándole a modificar sus hábitos laborales o lúdicos, se debe consultar al médico de cabecera. En el tratamiento de este tipo de pacientes suelen ser necesarias precauciones especiales.

5c. Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteriosclerosis, apoplejía).

1) ¿Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?

Este dolor, que a menudo indica una angina de pecho, se produce cuando la musculatura cardíaca no recibe la cantidad necesaria de oxígeno porque ha disminuido la irrigación. Este síntoma indica alteraciones arterioscleróticas de los vasos coronarios que disminuyen su diámetro e impiden el paso de la sangre en la cantidad requerida por el ejercicio.

2) ¿Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?

Este síntoma indica una enfermedad valvular del corazón que dificulta el flujo hemático, eficaz a través del corazón. Cuando la válvula mitral situada entre la aurícula y el ventrículo izquierdos está alterada por la arteriosclerosis, la sangre regurgita en la aurícula al contraerse el ventrículo. La aurícula ha de recoger mayor cantidad de sangre y, a su vez, también lo han de hacer las venas pulmonares y, finalmente, los vasos de los pulmones. Este aumento de presión produce acumulación de líquido en el interior de los pulmones y por ende la disnea. La disnea puede indicar también alguna enfermedad respiratoria crónica.

3) ¿Se le hinchan los tobillos?

Este hallazgo con frecuencia es síntoma de insuficiencia cardíaca congestiva, que se produce cuando se prolonga la incapacidad del corazón para mantener una irrigación adecuada de los tejidos. La ingurgitación pasiva del sistema venoso origina el edema de las piernas.

4) ¿Tiene dificultad para respirar cuando está acostado, o necesita más almohadas cuando duerme?

La ortopnea (dificultad para respirar cuando se está acostado) es otro signo de insuficiencia cardíaca, especialmente del ventrículo izquierdo. Es una prolongación del problema descrito en 6c.

Los pacientes que responden "sí" a cualquiera de las preguntas siguientes a 6c requieren un enjuiciamiento y unos cuidados especiales por parte del dentista. Su bienestar también depende de unas comunicaciones efectivas entre el médico y el odontólogo. Es recomendable que la primera entrevista con los pacientes cardiovasculares se limite a la historia clínica y al examen oral y radiográfico. El tratamiento electivo no debe iniciarse hasta después de consultar con el médico que asiste al paciente.

Si los problemas orales del paciente requieren un tratamiento inmediato, puede aplicarse con cautela si se halla libre de síntomas y no está tomando medicación.

El paciente libre de síntomas, pero sometido a tratamiento medicamentoso por sus problemas cardiovasculares, requiere mayor atención. Si su respuesta afirmativa se refería a un ataque cardíaco anterior, el medicamento que toma será probablemente un anticoagulante. En este paciente pueden realizarse los tratamientos urgentes, excepto la extracción de piezas dentarias, que deberá retrasarse hasta que se determine el estado del mecanismo de la coagulación. Si el paciente revela que la medicación prescrita comprende nitroglicerina, digital o un diurético, conviene telefonar al médico para que informe acerca del estado del paciente en lo que a su corazón se refiere. Si no es posible realizar esta consulta telefónica con el médico, el dentista puede proceder con cuidado a practicar las operaciones urgentes en el paciente que no presente signos ni síntomas morbosos. Generalmente la intervención del odontólogo va precedida de una premedicación del paciente con un sedante con el fin de reducir al mínimo la excitación y la reacción frente a las maniobras.

Si el paciente sufre de ordinario signos y síntomas, o si no es posible determinar la medicación que toma, no

debe iniciarse ningún tratamiento dental activo. La urgencia dental se atenderá con analgésicos y narcóticos hasta que sea posible efectuar la consulta con el médico.

El paciente cuya respuesta afirmativa se refiere a un ictus o a la presencia de tensión elevada, se ha de enfocar de modo algo diferente. Un ictus (accidente vascular cerebral) suele indicar que hay alteraciones vasculares ateroscleróticas combinadas con tensión arterial alta. Como la hipertensión está relacionada con el desarrollo de las alteraciones ateroscleróticas y también complica el tratamiento de sus secuelas, se incluye en la pregunta sobre enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, la tensión arterial elevada puede ser la única enfermedad clínica, o la enfermedad predominante, que se ha podido descubrir.

El dentista ha de estar en condiciones de determinar la presión sanguínea si quiere enfocar de manera razonable el tratamiento del paciente hipertenso. Si las cifras son normales y el paciente no toma medicación, el odontólogo puede tratar al paciente. Si la tensión es normal gracias a los medicamentos que toma el paciente, está indicada la premedicación sedante. A este respecto, sin embargo, es indispensable conocer la naturaleza de los medicamentos prescritos por el médico. Algunos preparados clasificados como tranquilizantes son útiles en el tratamiento de la hipertensión, pero requieren aten-

ción por sus efectos colaterales y por su acción sinérgica.

Es indispensable tomar precauciones cuando un paciente sometido a tratamiento antihipertensivo requiere un anestésico general, porque dicho anestésico puede provocar episodios de hipotensión. Aunque tal vez no sea necesario interrumpir la medicación antihipertensiva, es importante que el anestesista conozca las dosis que toma el paciente y lo tenga en cuenta al aplicar la anestesia.

Si la presión sanguínea es alta (el hallazgo más importante es que la mínima sea de 100mm Hg) debe posponerse el tratamiento dental hasta que el médico la rebaje a cifras normales.

6d. Alergia.

6e. Asma o fiebre del heno.

6f. Urticaria o erupción cutánea.

Estas tres preguntas intentan aclarar si el paciente presenta una diátesis hemorrágica. Al responder a la 6d, el paciente puede identificar exactamente el alérgeno que debe evitarse. Una respuesta negativa en 6d, pero positiva en 6e o en 6f, debe despertar las sospechas del odontólogo. Tienen especial interés las posibles respuestas alérgicas a los agentes empleados corrientemente por el dentista, tales como los anestésicos locales y tópicos, barbitúricos, yodo antibióticos, aspirina y codeína. El dentista se ha de mantener siempre alerta ante la posibilidad de una reacción anormal a cualquiera

de los preparados medicamentosos o sustancias químicas para que se pueda utilizar en el tratamiento.

5g. Desvanecimientos o ataques.

Es importante que el dentista sepa si su paciente padece epilepsia. Puede evitarse la aparición de un ataque durante el tratamiento prestando al paciente excitable una atención especial o dándole un sedante. Asimismo, una historia de epilepsia puede ayudar a aclarar los hallazgos orales, como una hipertrofia gingival producida por tratamientos con Dilantin, o las heridas o cicatrices linguales.

Si el paciente explica que ha tenido desmayos durante el tratamiento dental especialmente durante la administración de un anestésico, el dentista puede modificar su método habitual. Si hay una historia de ausencias o pérdidas de conciencia no aclaradas, debe remitirse el paciente a un médico para que lo explore y averigüe si padece alguna lesión o trastorno del sistema nervioso central.

5h. Diabetes.

- 1) ¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día?
- 2) ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?
- 3) ¿Nota a menudo sensación de sequedad en la boca?

Una respuesta afirmativa a alguna o a todas las preguntas específicas del apartado 5h es muy sospechosa de diabetes mellitus. Aunque una historia positiva de diabetes mellitus compensada no constituye una contraindicación del tratamiento dental corriente, requiere una modificación de los cuidados que se les prestan. Tal vez haya que darle un sedante para evitar la elevación de la glucemia asociada a menudo con la nerviosidad o la aprensión exageradas. Las intervenciones quirúrgicas deberán planearse en relación con la administración de insulina u otros preparados. El dentista tiene que evitar las técnicas que obliguen a modificar la ingestión de carbohidratos a la cual se ha ajustado el régimen del paciente. Estará sobre aviso ante la aparición súbita de un coma diabético o de un choque insulínico en el paciente con una diabetes conocida.

En el paciente con diabetes no controlada solamente se efectuará el tratamiento urgente, reduciéndolo a un mínimo y evitando el tratamiento electivo. Es aconsejable la consulta con el médico.

El odontólogo tiene una excelente oportunidad para identificar y orientar a los pacientes con diabetes mellitus no diagnosticada.

6i. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.

En el caso de que el paciente tenga una historia de enfermedad hepática se ha de solicitar del médico la información adicional precisa. No existe ningún agente químico desinfectante en el que pueda confiarse para inactivar el virus causal de la hepatitis; por lo tanto, es imperativa una precaución especial cuando se esterilizan los instrumentos que se han utilizado en un paciente con antecedentes de dicha enfermedad.

Los pacientes con afecciones hepáticas pueden tener alterada la absorción y la utilización de la vitamina K. En presencia de lesiones hepáticas graves, la producción de protrombina puede ser insuficiente para mantener los niveles hemáticos normales. En consecuencia, el dentista puede prever fenómenos hemorrágicos anormales.

6j. Artritis.

La importancia que la osteoartritis pueda tener en el campo de la odontología se limita a la posible afección

de la articulación temporemandibular, en cuyo caso puede haber dolor articular y limitación de la movilidad. Algunos pacientes con artritis toman cantidades elevadas de aspirina. El dentista se ha de asegurar de que el paciente no se refiere a la pregunta 6k cuando contesta.

6k. Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones).

La respuesta afirmativa ha de impulsar a interrogar con precisión al paciente, y tal vez a su médico, para determinar si las articulaciones dolorosas están en relación con la fiebre reumática o la corea de Sydenham. Ambas afecciones producen con frecuencia lesiones valvulares cardíacas. Una respuesta afirmativa a 6k, posiblemente indica que el paciente sufre una artritis reumatoidea, tratada muchas veces con esteroides o aspirina.

6l. Úlceras gástricas.

El paciente con una dieta restringida desde hace tiempo por úlceras de estómago puede presentar signos y síntomas orales de déficit nutritivo. La dieta que no es detergente suele originar alteraciones en la boca o dar lugar a la presencia de saburra lingual anormal.

La Probanthine, de uso corriente en el tratamiento de la úlcera, produce a menudo sequedad de la boca. El dentista no debe prescribir esteroides a un paciente ulceroso, porque con ello impediría la reparación del tejido conjuntivo.

6m. Trastornos renales.

La observación clínica de que la glomerulonefritis aguda aparece algunas veces después de infecciones orales o faríngeas, pone de relieve la necesidad de eliminar la infección oral en el paciente con una afección renal. No obstante, no pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos en los pacientes con nefritis aguda o activa. Si es urgente la extracción dentaria, se realizará sólo después de administrar antibióticos.

Los pacientes con proteinuria a consecuencia de una afección renal crónica pueden presentar signos y síntomas orales de anemia o de carencias nutritivas.

La estomatitis que acompaña a la uremia suele ser un síntoma tardío que aparece en el paciente gravemente enfermo.

6n. Tuberculosis.

El dentista que atiende a un paciente tuberculoso, tiene que ponerse una mascarilla y tomar otras precauciones para evitar el contagio cuando el médico la ha diagnosticado. Cabe describir lesiones tuberculosas en la cavidad oral, pero son poco frecuentes.

6o. ¿Tiene usted tos persistente? ¿Ha expectorado sangre alguna vez?

Al preguntar esto, el dentista pone de relieve su papel de "detector de casos" médico. Una respuesta positiva puede indicar tuberculosis, carcinoma pulmonar, u otras enfermedades pulmonares crónicas. Debe remitirse al paciente a un médico antes de iniciar cualquier tratamiento dental, excepto la atención urgente.

6p. Hipotensión.

En muchos casos, la hipotensión crónica, presión sistólica uniforme de 100mm Hg, puede considerarse como un signo favorable para la salud. Es muy frecuente que un paciente que se queja de tener "la sangre baja" quiera indicar en realidad que padece anemia.

5q. Enfermedades venéreas.

Este apartado se refiere principalmente a la sífilis. Aunque es raro el paciente que admita una historia de enfermedad venérea, cuando se obtiene una respuesta positiva, hay que practicar una prueba serológica de la sífilis, para descartar la enfermedad activa.

6r. Otras enfermedades.

Debe estimularse al paciente para que anote cualquier trastorno que pueda revelar su estado de salud.

7. ¿Ha tenido usted hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismos?

Hay que hacer esta pregunta porque es muy importante saber si el paciente tiene tendencia a las hemorragias. Sin embargo, son corrientes las respuestas con un "sí" que pueden inducir a error. Las preguntas del odontólogo y las respuestas subjetivas de los pacientes ante las intervenciones quirúrgicas varían mucho de unos a otros, pues se inclinan a creer que sus experiencias constituyen algo raro o anormal.

Un interrogatorio más preciso suele aclarar qué pacientes padecen un déficit de vitamina K primario o secundario, una enfermedad hepática, una púrpura trombocitopénica, una hemofilia u otra discrasia hemática. Tales pacientes constituyen sólo un pequeño porcentaje de los que informan que sufren trastornos hemorrágicos, pero cuando exista una duda razonable debe remitirse el paciente a un médico o a un laboratorio clínico donde puedan determinar el tiempo de coagulación, el tiempo de protrombina y de tromboplastina, la prueba del torniquete y el recuento de plaquetas.

7a. ¿Se produce equimosis fácilmente?

Esta pregunta es mal interpretada con frecuencia y muchas mujeres responden afirmativamente. El dentista deberá buscar signos de púrpura. El paciente con una tendencia anormal a las equimosis ha de hacer pensar en la púrpura trombocitopénica, pero también puede tratarse de un síntoma de leucemia o de avitaminosis C intensa. Debe recomendarse al paciente que consulte con un médico.

7b. ¿Ha necesitado usted alguna vez una transfusión sanguínea?

Esta pregunta ofrece otra posibilidad de descartar

una tendencia hemorragípara. También puede revelar signos de otro tipo de discrasia hemática o llevar a investigar sobre otros acontecimientos de tipo médico ocurridos en el pasado.

8. ¿Padece usted algún trastorno de la sangre, por ejemplo anemia?

Es corriente que los pacientes digan que padecen anemia o que "el médico les refuerza la sangre". Como los médicos dan con frecuencia esta explicación como parte del tratamiento de las enfermedades reales o imaginarias, debe tomarse con cautela la respuesta afirmativa. Si resulta evidente que el paciente toma medicación por presentar algún trastorno hemático, o si el examen clínico inclina a pensar en una anemia, hay que solicitar detalles al médico o pedir los análisis pertinentes al laboratorio.

9. ¿Le han operado o le han aplicado radioterapia por tumor, abultamiento, o cualquier otra alteración de la boca o de los labios?

Si el paciente ha sufrido intervención quirúrgica, es importante que el dentista se informe a fondo para interpretar mejor los hallazgos orales.

Es sumamente importante averiguar si los huesos faciales han sido sometidos a irradiación. En caso afirmativo no debe intervenir quirúrgicamente sobre el hueso porque la disminución del riego sanguíneo puede originar una osteorradionecrosis. Deben solicitarse al médico los detalles concernientes al tratamiento. Todo paciente con antecedentes de neoplasia oral debe ser examinado con especial cuidado para descubrir cualquier signo de recidiva.

10. ¿ Toma ud. algún preparado medicamentoso?

Aunque los medicamentos mencionados en la pregunta siguiente son especialmente importantes, interesa también en saber si el paciente toma alguna otra medicación. El dentista debe aclarar que la pregunta se refiere a cualquier preparado, incluso a los que pueden adquirirse sin receta médica. Puede darse el caso de que ésta pregunta sea la única del cuestionario que proporcione alguna información sobre el estado de salud del paciente.

11. ¿ Toma usted algún medicamento como es ?

11 a. Antibióticos o sulfamidas.

Una respuesta positiva obliga a solicitar informes al médico que ha ordenado el tratamiento. ...

No debe uno fiarse de las explicaciones que dé el paciente sobre el motivo de la medicación.

11 b. Anticoagulantes.

Una respuesta afirmativa indica que el paciente ha sufrido un ataque cardíaco o una enfermedad vascular periférica. Hay que entrar en contacto con el médico. El tratamiento dental electivo se ha de retrasar tres meses como mínimo contados a partir del ataque. El paciente sometido a tratamiento anticoagulante requiere un estudio especial si precisa una intervención quirúrgica.

11 c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada.

11 d. Cortisona (esteroides).

Debe solicitarse información adicional al médico que trata al paciente. Como la reacción inflamatoria puede estar suprimida, tal vez queden enmascarados los signos y síntomas corrientes que revelarían al dentista la existencia de una infección grave. El paciente en tratamiento con esteroides puede tener deprimida la función de la corteza suprarrenal y disminuida la resistencia orgánica general frente al stress que suponen las maniobras requeridas por una extracción dentaria urgente.

11 e. Tranquilizantes.

Como son medicamentos de uso corriente, el dentista debe estar prevenido sobre las reacciones secundarias que originan con relativa frecuencia. Los pacientes que toman tranquilizantes mayores, como las fenotiazinas, suelen desmayarse fácilmente y les cuesta algo más recuperar la conciencia. Se sabe que los derivados fenotiazínicos potencian la acción de los sedantes como los barbitúricos. Los que tomar clorpomazina o drogas afines son propensos a la hipotensión ortostática. Son pacientes que pueden sufrir un síncope al levantarse súbitamente del sillón del dentista. Las personas a las cuales se les administran durante un tiempo prolongado preparados tranquilizantes no es raro que presenten congestión nasal, disminución de la secreción salival y espasmos de la musculatura facial.

11 f. Aspirina.

Los pacientes afectados de artritis que toman de manera regular cantidades importantes de aspirina pueden presentar alteraciones hemorrágicas.

11 g. Insulina, tolbutamida (Orinase) o productos similares.

11 h. Digital u otros preparados cardiotónicos

11 i. Nitroglicerina.

12. ¿ Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a ?:

12 a. Anestésicos locales.

Las reacciones alérgicas verdaderas a los agentes anestésicos usados corrientemente en la actualidad son muy raras, aunque es frecuente la respuesta afirmativa a esta pregunta. El paciente suele referirse a una lipotimia asociada con la administración de un anestésico en alguna ocasión anterior .

El paciente tal vez indique cual fué el agente anestésico local como Novocaína (que en realidad es una marca registrada de la procaína), cuando de hecho puede tratarse de otro anestésico distinto de la procaína. Si, después de interrogar cuidadosamente al paciente, el dentista es capaz de identificar el agente específico, deberá de emplear un anestésico local de otro tipo. Los anestésicos locales pueden dividirse al menos en cuatro grupos.

1) paraaminobenzoatos, representados por la procaína (Novocaína), butetamina (Monocaína), tetracaína

(Pontocaína), y butacaína (Butyn); 2) metaaminobenzoatos, representados por la metabutetamina (Unacaína) y la metabutoxicaína (Primacaína); 3) benzoatos sin grupo amino aromático, como la meprilcaína (Oracaína) y la isobucaína (Kincaína), y 4) amídicos, como la lidocaína (Kilocaína, Lidesthesin y Octocaína), mepivacaína (Carbocaína) y pirocaína (Dinacaína). Si la reacción alérgica ha sido muy intensa y se conoce bien el agente específico, hay que remitir el paciente a un alergólogo.

12 b. Penicilina u otros antibióticos.

Una respuesta positiva a ésta pregunta deberá anotarse de manera bien visible en la ficha del paciente. En los individuos sensibles a la penicilina el antibiótico de elección es la eritromicina.

12 c. Sulfamidas.

Estos preparados rara vez son utilizados en el tratamiento dental y se evitarán cuando el paciente informe que es sensible a ellos.

12 d. Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio.

Si el paciente contesta afirmativamente hay que averiguar el agente exacto. Si es necesaria la sedación, - cabe utilizar otro preparado, como el clorhidrato de meperidina (Demerol), el clorhidrato de prometazina (Fen-ergán) o el etinamato (Valmid).

12 e. Aspirina.

Las respuestas alérgicas a la aspirina no son muy frecuentes; en cambio , sí que lo son las reacciones anormales, especialmente gastritis. En caso necesario - puede sustituirse por el clorhidrato de propoxifeno (Darvon) o la codeína.

12 f. Yodo.

12 g. Otras sustancias.

Si el paciente indica una reacción anormal al yodo o a cualquier otro agente usado en la práctica odontológica, se anotará en forma bien visible en su ficha médica.

13. ¿ Padece usted alguna enfermedad o algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y que usted considera conveniente que yo lo sepa ?

Se pedirá al paciente que piense bien la respuesta aunque antes haya respondido negativamente. Esta petición le convencerá del interés del dentista por su salud y su bienestar. Asimismo proporciona la oportunidad de ahondar en la historia clínica.

14. ¿ Tiene usted dolor en la boca ?

15. ¿ Le sangran las encías ?.

Las respuestas positivas pueden revestir importancia desde el punto de vista médico, pero las preguntas son valiosas principalmente para informar acerca de los problemas dentales que pueden preverse. Estas preguntas, junto con las tres siguientes, constituyen la parte de historia dental del cuestionario sanitario.

16. ¿ Cuando visitó al dentista por última vez ?.

17. ¿ Que tratamiento le dió ?.

18. ¿ Ha sufrido usted algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior ?.

Las respuestas a estas preguntas proporcionan información sobre el interés prestado por el paciente a su salud oral en el pasado y también alguna indicación sobre su I.Q. dental. Aunque la última pregunta puede ser importante, o por el contrario, carecer de interés, desde el punto de vista médico, las respuestas obtenidas pueden ayudar a establecer el plan global del tratamiento del enfermo.

19. ¿ Está embarazada ?.

Tal vez la paciente sospeche que está en estado, pero no ha consultado a su médico. Si bien el tratamiento dental corriente no está contraindicado en una gestación normal, con frecuencia es recomendable o necesario tener en cuenta ciertos detalles. Es conveniente proteger a la paciente con delantal de plomo cuando se toman radiografías. La gestación puede coincidir con algún problema médico, como una cardiopatía o una enfermedad renal.

Cuando hay que administrar algún medicamento, el dentista debe asegurarse de que no está contraindicado en la paciente encinta. Es una medida prudente entrar en relación con el médico de la paciente grávida antes de iniciar el tratamiento dental.

20. ¿Sufre usted trastornos relacionados con el período menstrual?

Una respuesta positiva, además de ser útil para "descubrir un caso clínico", puede ser importante para interpretar subsiguientes hallazgos orales.

Historia clínica del paciente infantil.

La historia clínica es tan importante en el tratamiento de los pacientes infantiles como en el de los adultos. El cuestionario sanitario que he expuesto es demasiado extenso para el niño y puede inducirle a confusión. Por esta razón recomiendo un cuestionario abreviado para los niños, utilizable en todos los consultorios dentales; se expone y se comenta ampliamente más adelante.

Historia del curso del proceso.

Existe cierta tendencia a suponer que una vez anotada y archivada la historia clínica, uno queda libre de responsabilidades profesionales y legales. Hay que poner en relieve la importancia que tiene ir anotando los incidentes ocurridos en el intervalo entre visita y visita. Desde el punto de vista médico, el paciente puede haberse convertido en un individuo distinto a los seis meses de haber anotado la historia clínica original, aunque tal vez no haya manifestaciones clínicas de tal diferencia. En los registros de todo consultorio debe conservarse una historia clínica abreviada que abarque las siguientes preguntas:

¿Le ha visitado el médico desde su última consulta
conmigo?

¿Ha observado usted algún cambio en su salud desde
el último tratamiento realizado por mí?

¿Toma usted algún medicamento actualmente?

¿Ha observado algún cambio en su boca o en sus
dientes?

Resumen.

En el campo sanitario hay muchas ocasiones en que el arte práctico tiene tanta importancia como la ciencia. Tal es el caso al anotar una historia clínica. El arte de escuchar es un atributo necesario en el dentista que quiere hacer los tratamientos con conocimiento de causa y con habilidad. Hay que recordar que el paciente está explicando algo que tiene importancia, incluso cuando se trata de una información errónea.

Cuando se han recogido todos los datos en el cuestionario impreso, el odontólogo tiene que interpretar su cantidad, calidad e importancia. La significación de un dato positivo determinado variará según el individuo que lo proporciona y según su interpretación de la pregunta. El dentista que reacciona con exceso ante cada "sí" no trabajará mejor que el que recoge la historia clínica de manera inadecuada.

Si nuestra meta como odontólogos es tratar pacientes más bien que dientes o enfermedades, nunca se insistirá demasiado en la importancia que tiene una historia clínica completa. A través de ella se obtiene una información vital, el paciente comienza a tener confianza en el práctico elegido y el odontólogo demuestra su interés por el bienestar de aquél. La historia constituye un medio excelente para instaurar una buena relación entre el paciente y el dentista.

Utilización práctica del laboratorio clínico.

Finalidad de las pruebas.

Las pruebas del laboratorio clínico permiten al dentista la detección de enfermedades generales en los pacientes sospechosos. Nunca deben realizarse en sustitución de una historia clínica completa y de una exploración clínica meticulosa. Antes, en este mismo capítulo, me he referido a la historia clínica médica. A veces se requiere información procedente de las tres fuentes - historia, exploración y pruebas de laboratorio - para poder identificar a un paciente con una enfermedad general grave.

Los pacientes en los que es evidente la existencia de una enfermedad general deberían ser remitidos inmediatamente a un médico. Si el dentista simplemente sospecha que existe una enfermedad general, debe solicitar los análisis pertinentes para confirmarla o descartarla. Si los datos de laboratorio indican la presencia de una enfermedad general, la información obrenida permite al práctico una mejor elección del especialista al cual ha de remitir al paciente y le permite discutir de manera inteligente los problemas del enfermo con dicho especialista.

Las pruebas de laboratorio también son importantes para el dentista cuando ha de tratar pacientes con problemas orales. Por ejemplo, el paciente con dolor en la lengua puede plantear un problema diagnóstico difícil. Una vez descartadas las causas de irritación local como posibles factores etiológicos, se ha de pensar en las enfermedades generales, como la anemia perniciosa, la diabetes mellitus o las carencias nutritivas. Para hacer el diagnóstico diferencial son necesarias las pruebas de laboratorio. También hay que tomar en consideración una posible base emocional del dolor lingual; no obstante, esto sólo se puede diagnosticar cuando se han excluido las causas físicas. Citaré otro ejemplo: cuando en un paciente con una enfermedad periodontal la terapéutica local no logra obtener los resultados esperados, es posible que los análisis clínicos aclaren el fracaso, al revelar una enfermedad general insospechada, como la diabetes mellitus o la leucemia.

Indicaciones generales de las pruebas.

Los pacientes con una historia de pérdida de peso, irritabilidad, disnea, sequedad de la piel, ictericia, palidez, poliuria, polidipsia, polifagia, prurito, lengua dolorosa o sequedad bucal, deben ser examinados para des-

cubrir una posible anemia ferropénica, una leucemia, una diabetes mellitus, una anemia aplásica o una agranulocitosis.

Cuando la historia del paciente sugiere algún trastorno hemorrágico, deben realizarse las pruebas de laboratorio pertinentes antes de que el dentista realice ninguna intervención quirúrgica. Los datos de la historia clínica que orientan sobre la necesidad de aclarar si existe un trastorno hemorrágico son la hospitalización o las transfusiones por hemorragias, una enfermedad hepática reciente, un tratamiento prolongado con aspirina, las hemorragias excesivas tras extracciones o en heridas pequeñas, la aparición de equimosis con facilidad, la hemorragia gingival espontánea sin causa local aparente, o los episodios recientes de epistaxis.

Entre los hallazgos clínicos que sugieren una enfermedad general y pueden hacer necesarios algunos análisis de laboratorio figuran la atrofia generalizada de las papilas linguales (anemia), la ictericia, la palidez, las uñas en vidrio de reloj (indicio de anemia); los abscesos periodontales múltiples, la enfermedad periodontal rápidamente progresiva (sugiere una diabetes mellitus o una discrasia sanguínea); y la hiperplasia gingival, las úlceras orales, las petequias, las equimosis y las hemartrosis (discrasia sanguínea).

¿Dónde deben realizarse los análisis o pruebas de laboratorio?

No es necesario ni práctico que el dentista dedique gran parte del tiempo que pasa en su consulta a la realización de análisis. Sin embargo, la práctica actual de la odontología requiere que todos los dentistas estén equipados y preparados para determinar la presión sanguínea (si es que esta operación puede ser considerada como una prueba de laboratorio). Hay asimismo cierto número de determinaciones sencillas que no exigen material complicado ni experiencia especial. Un ejemplo constituye el Clinistix, que permite determinaciones químicas aproximadas con una pequeña cantidad de orina. Es posible que el uso de tales preparados en el despacho del dentista sea práctica corriente en el futuro, pero nunca llegarán a eliminar los métodos de laboratorio realizados en las instalaciones especiales. Los análisis de sangre deben ser realizados siempre por los laboratorios, porque requieren demasiado tiempo para efectuarlos en el consultorio dental.

Si bien los consultorios de muchos médicos disponen de un equipo material para efectuar pruebas de laboratorio, el dentista no ha de depender de ellos. No todos los médicos disponen del material necesario para

realizar todas las pruebas de laboratorio, y, usualmente, al dentista no le es posible utilizar la ayuda que pueda prestarle el laboratorio del médico de manera independiente para obtener una información orientadora. Como el dentista, en muchos casos, desea los datos de laboratorio para decidir si ha de remitir el paciente al médico, debe dirigirse a otro laboratorio de la localidad.

Los sanitarios tienen a su disposición laboratorios clínicos comerciales acreditados. Algunos están instalados en los hospitales de la comunidad; otros operan con independencia. El gran volumen de trabajo realizado en estos laboratorios les permite muchas veces ofrecer sus servicios a precios económicos; en un futuro próximo, el uso de autoanalizadores y computadoras probablemente facilitará servicios aún más rápidos y baratos. En consecuencia, recomiendo que el dentista confíe en el laboratorio comercial para la obtención de los datos necesarios en la faceta médica oral de su práctica.

¿Cómo se toman las muestras?

Las muestras de orina para análisis sencillos pueden ser recogidos en el mismo consultorio del dentista.

Los cultivos de bacterias u hongos, para la identificación del organismo causante de la infección y ensayo de la sensibilidad a los antibióticos, serán obtenidos

por el dentista, que los remitirá al laboratorio clínico en medios especiales como el Stuart's Transfer Medium. Con una torunda de algodón esterilizado se recoge la muestra de exudado o pus y se pone en el medio de cultivo, se cierra herméticamente y se envía al laboratorio. Si se desea el exámen de una extensión, se extiende el material de la lesión sobre un portaobjetos y se deja secar al aire antes de remitirlo al laboratorio.

Las extensiones para análisis citológico puede prepararlas el dentista en portaobjetos. Se fijan en alcohol etílico de 95^o y se secan al aire antes de remitirlas a un patólogo general u oral para su diagnóstico. La técnica para obtener extensiones citológicas se describe en una técnica de diagnóstico acreditada. Debe utilizarse como auxiliar de la biopsia, más bien que como sustitutivo de ésta; un diagnóstico citológico de carcinoma requiere ser corroborado por diagnóstico histológico (biopsia).

Todos los odontólogos deberían estar preparados para realizar biopsias de los tejidos blandos. La muestra, acompañada de la descripción clínica de la lesión y de la historia clínica, se remitirá al patólogo general u oral para su diagnóstico.

Como las muestras de sangre son de conservación difícil, no deben ser recogidas por el dentista, sino que

el paciente irá al laboratorio para las pruebas necesarias. Muchos laboratorios proporcionan impresos especiales en los cuales pueden solicitarse una serie de análisis de sangre.

Cuando el dentista envía una muestra a un laboratorio clínico o a un patólogo para su examen, el laboratorio envía la factura al dentista. Sin embargo, cuando el odontólogo envía al paciente al laboratorio, los servicios son facturas dadas al propio paciente, aunque el informe se envía al dentista.

Pruebas que pueden realizarse, su uso y su interpretación.

Una prueba aislada de laboratorio es menos orientadora que una serie de ellas realizadas a los intervalos adecuados. Un resultado negativo en un análisis de orina no excluye necesariamente la existencia de una diabetes mellitus.

En algunas pruebas, como las del tiempo de protrombina y el tiempo de tromboplastina parcial, se usan como patrones de comparación o estándares muestras de sangre normal, en relación con las cuales se interpretan los resultados de las pruebas.

Por lo tanto, es aconsejable obtener la escala de valores normales adoptada por un laboratorio determinado, de suerte que puedan interpretarse correctamente los resultados de este laboratorio.

Pruebas hemáticas.

Trastornos hemorrágicos. Un paciente puede presentar un trastorno hemorrágico por diversas causas: cuando la sangre no se coagula; cuando no hay plaquetas en cantidad suficiente para taponar los capilares lesionados, o las paredes de los capilares están alteradas. Cuando la historia o los hallazgos exploratorios de un paciente sugieren la existencia de un trastorno hemorrágico, deben ordenarse las pruebas siguientes: tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, recuento de plaquetas, prueba del torniquete, concentración de fibrinógeno y retracción del coágulo.

Un tiempo de tromboplastina parcial anormal (alargado, superior a cuarente y cinco segundos) con un tiempo de protrombina normal indica una alteración de la fase I de la coagulación, la de la formación de tromboplastina. "trastornos de la coagulación". La causa del trastorno muy a menudo es algún tipo de hemofilia.

Un tiempo de tromboplastina parcial anormal, un tiempo de protrombina anormal (alargado, superior a catorce segundos) y una concentración de fibrinógeno normal

suelen indicar que está alterada la fase II, la de la formación de trombina. Puede ser consecuencia de una enfermedad gastrointestinal grave, o un tratamiento prolongado con aspirina o con dicumarol. Si la concentración de fibrinógeno es baja, debe sospecharse la presencia de una enfermedad grave de hígado o un defecto congénito en la formación de fibrinógeno. Los pacientes con un nivel bajo de fibrinógeno tendrán un tiempo de tromboplastina parcial anormal (alargado) y lo mismo ocurrirá con el tiempo de protrombina.

Las pruebas de torniquete, de la retracción del coágulo y el recuento de plaquetas son normales y la prueba del torniquete es anormal, es señal de que está alterada la estructura de las paredes capilares. Un déficit de vitamina C podría explicar ésta alteración.

Si el recuento de plaquetas (inferior a $100\ 000/\text{mm}^3$) la prueba del torniquete y de la retracción del coágulo son anormales, hay un déficit de plaquetas circulantes. En raras ocasiones es posible hallar un recuento de plaquetas normal y una prueba del torniquete y de la retracción del coágulo anormales: indica un defecto en la cantidad y calidad de las plaquetas.

Esquema del mecanismo de la coagulación.

Fase I

Factores plaquetarios, Calcio, Tromboplastina hemática
Factores hemofílicos

Fase II

Protrombina Tromboplastina, Trombina
Factores hemáticos Calcio

Fase III

Fibrinógeno Trombina, Coágulo de fibrina

Anemia.

Para examinar a un paciente en que se sospecha una anemia se usan las pruebas siguientes: hemoglobina, hematócrito, recuento de reticulocitos y extensión hemática, con el fin de averiguar la morfología de los eritrocitos.

Una hemoglobina y un hematócrito bajos són signos de anemia. Si la cifra de reticulocitos es normal o baja, indicando que el número de glóbulos rojos inmaduros liberados por la médula ósea no aumenta, la etiología de la anemia ha de relacionarse con un proceso destructivo que afecta a la médula ósea. Si el recuento de reticulocitos es alto, señal de que la médula ósea ha aumentado la producción de glóbulos rojos inmaduros, la base de la anemia probablemente será hemolítica (los eritrocitos sufren la hemólisis en la circulación); la causa de la anemia también puede ser un defecto en la maduración de los glóbulos rojos. En la extensión hemática también puede descubrirse formas anormales de glóbulos rojos que sugieren un diagnóstico específico, como por ejemplo la anemia de células falciformes.

Enfermedades de los leucocitos.

En los pacientes en quienes se sospechan enfermedades

como la leucemia, neutropenia, mononucleosis infecciosa o una infeccion aguda o cronica, en las cuales se produce una alteracion de los globulos blancos, se practican las pruebas siguientes: recuento leucocitario, formula leucocitaria y extension sanguinea, para examinar la morfologia y el grado de madurez de los globulos blancos.

Los pacientes con una infeccion bacteriana aguda presentan a menudo una elevacion de la cifra de leucocitos (recuento leucocitario =RL) con un notable aumento de los neutrófilos. Los enfermos con infecciones viricas tambien pueden tener una leucocitosis, pero en esos casos se mas bien al aumento de la cifra de linfocitos que a la de neutrófilos. Tanto en las infecciones viricas como en las bacterianas las células son de tipo maduro. En la leucemia puede existir un aumento del RL, pero las células son de tipo inmaduro.

La disminucion del RL tambien puede indicar un problema medico grave. En la fase precoz de la leucemia, el RL suele disminuir. Los pacientes con agranulocitosis o con anemia aplastica secundaria debido al efecto de sustancias toxicas sobre la médula ósea, o asociadas con una reaccion alergica, presentan una disminucion notable del RL.

Asimismo, en casos raros, un paciente puede presentar una depresión cíclica de neutrófilos que coincida con cambios clínicos como las infecciones orales recurrentes, las úlceraciones o la enfermedad periodontal.

Diabetes mellitus.

Cuando se sospecha una diabetes mellitus hay que hacer en primer lugar un análisis de orina, que puede efectuar el propio dentista. Si el resultado es negativo debe realizarse la determinación de la glucemia dos horas después de la comida. Cuando la cifra obtenida queda dentro de los límites normales, pero los síntomas clínicos mantienen la sospecha de diabetes, se efectuará una prueba de tolerancia de la glucosa. En términos generales la glucemia a las dos horas de la comida es la mejor prueba para descubrir la diabetes.

Análisis de orina.

El dentista puede realizar la prueba inicial para comprobar si un paciente sospechoso de afección renal o diabetes mellitus realmente padece la enfermedad. En el comercio existen tiras preparadas con los reactivos pertinentes para averiguar la presencia de glucosa, proteína, acetona, sangre oculta y pH; para ello basta

sumergir dichas tiras en la muestra de orina y observar la modificación de color, instantáneamente o al cabo de unos segundos según la sustancia que se investiga. El hallazgo de proteína en la orina suele indicar una enfermedad renal. La orina de un diabético no compensado contiene cantidades notables de glucosa por lo común. Sin embargo, algunas personas tienen un umbral renal para la glucosa bajo y pueden eliminar azúcar con la orina. Por consiguiente, la presencia de glucosa en la orina no basta por si sola para hacer el diagnóstico de diabetes mellitus.

Extensiones microbianas

Las extensiones preparadas con material recogido en la boca pueden sugerir una enfermedad bacteriana o fúngica, como la candidiasis (tinción con hidróxido de potasio y violeta de genciana), o la actinomicosis (tinción con hidróxido potásico). La extensión positiva de la candidiasis revela la presencia de micelios y de formas en gemación del hongo. Los "gránulos de azufre" consisten en colonias de hongos con micelios radiales en la periferia, y su descubrimiento en una extensión indica una actinomicosis.

Los hallazgos efectuados en las extensiones sirven para robustecer una impresión clínica, pero no para fun-

damentar un diagnóstico definitivo. Para confirmar los hallazgos hechos en las extensiones, se ha de cultivar material de las lesiones y observar si se desarrollan colonias bacterianas o de hongos, e identificar el organismo específico si es posible.

Cultivos.

En ciertos casos de infección oral son necesarios los cultivos de bacterias y de hongos para identificar el agente causal. Para hacer cultivos de lesiones sospechosas de candidiasis existe un medio (Squibb/Pagano/Lexin) que puede utilizarse en el consultorio dental a la temperatura ambiente. Las muestras de otras lesiones se pondrán en un medio ex profeso para el transporte (Stuart's Transfer Medium) y se remitirán a un laboratorio clínico para su cultivo e identificación. Debe tenerse en cuenta la posible contaminación de la muestra cuando se obtiene de un resultado inusitado, en cuyo caso hay que proceder a un nuevo cultivo de material de la lesión.

Pruebas de sensibilidad bacteriana.

En el tratamiento de la infección oral en pacientes con afecciones generales como una cardiopatía reumática, diabetes mellitus o cardiopatía congénita, es

conveniente efectuar un cultivo de la lesión y enviarlo al laboratorio para que realicen las pruebas de sensibilidad bacteriana antes de instaurar la terapéutica antibiótica. Si el paciente no tiene antecedentes de sensibilidad a la penicilina, se le administrará este antibiótico hasta que el laboratorio informe sobre el resultado de las pruebas de sensibilidad. Suelen darse a las cuarenta y ocho horas. Si el paciente no ha respondido a la penicilina deberá administrarse el antibiótico eficaz contra los microorganismos indicado por el antibiograma. También pueden realizarse cultivos bacterianos y pruebas de sensibilidad en el caso de pacientes "normales" que no responden al tratamiento de la infección oral a los cuatro días.

Citología y biopsia.

La citología oral es útil en el tratamiento de pacientes en los que se sospecha un herpes simple o una candidiasis, y también ayuda a observar la mejoría lograda en los pacientes a los cuales se trata una anemia perniciosa. La citología oral es asimismo un importante método para detectar precozmente las lesiones cancerosas. Sin embargo, el diagnóstico de cáncer no puede basarse sólo en los hallazgos citológicos, sino que hay que efectuar una biopsia.

Generalmente los datos de la biopsia son suficientes para hacer el diagnóstico de cáncer. Si el examen

clínico de una lesión sugiere que se trata de un cáncer, pero la primera biopsia no lo confirma, es conveniente proceder a una segunda biopsia. Los hallazgos biópticos también son útiles para apoyar un diagnóstico de enfermedad infecciosa, como el herpe, la candidiasis o la tuberculosis.

Presión sanguínea.

La determinación de la presión sanguínea informa acerca de una posible hipertensión. Para tomar la tensión, el paciente debe estar sentado y con el brazo izquierdo sobre la mesa, aproximadamente al mismo nivel que el corazón. Se coloca el manguito suavemente alrededor del brazo y la campana del estetoscopio en la fosa antecubital. Se hincha el manguito hasta que el esfigmomanómetro marque unos 250mm Hg. Luego, por medio de la válvula de control se hace bajar lentamente hasta que se percibe el latido cardíaco en el estetoscopio. La lectura obtenida en este momento en que aparece el sonido constituye la presión sistólica. La presión sistólica "normal" máxima es 150. A medida que desciende la presión sistólica, en el manguito, el sonido va debilitándose hasta que finalmente desaparece, momento en el cual la lectura del esfigmomanómetro nos dará la presión diastólica. La presión diastólica "normal" máxima es 100. La presión sanguínea se anota poniendo la cifra correspondiente a la sistólica sobre la de la diastólica, o sea así: 120/80. La presión sanguínea superior a 150/100

se considera ya como hipertensión. La elevación prolongada (semanas o meses) de la presión diastólica se considera mucho más grave que la elevación de la presión sistólica durante un período similar.

Siempre que sea posible, la presión sanguínea se ha de medir con el paciente libre de tensión emocional. Las cifras obtenidas inmediatamente antes de una intervención quirúrgica dental pueden inducir a error, por ser más elevadas debido a la tensión emocional que con frecuencia precede al tratamiento quirúrgico.

Conducta que hay que seguir con el paciente después de las pruebas.

Si los resultados de las pruebas de laboratorio indican una enfermedad general importante, no debe decirse al paciente el diagnóstico probable, sino que se informará al médico del mismo sobre la impresión clínica y sobre dicho diagnóstico probable y se le remitirá el paciente para su diagnóstico definitivo y tratamiento.

Si las pruebas de laboratorio permiten descartar una enfermedad general, el dentista puede proceder al tratamiento dental. Con todo, el paciente será objeto de observación durante el tratamiento dental para descubrir cualquier indicio de enfermedad general.

El paciente dental con una enfermedad general.

En los Estados Unidos el dentista ve a veces algún paciente que nunca ha consultado con el médico o que ha pasado muchos años sin hacerlo. Prestará un valioso servicio a estos pacientes si descubre alguna enfermedad general que pueda constituir un peligro potencial. Importa también que el dentista sea capaz de identificar a los pacientes con una afección general, porque el tratamiento dental podría trastornar su bienestar, a menos que el odontólogo tome ciertas precauciones. Otra razón por la cual es conveniente que el dentista esté en condiciones de descubrir a los pacientes con una enfermedad general es que ciertos tipos de tratamiento dental, como los quirúrgicos o los periodontales, no tendrán éxito a menos que se trate y se compense la enfermedad general.

Para rendir este servicio, el odontólogo debe utilizar un cuestionario sanitario y hacer una historia clínica precisa con el fin de determinar los síntomas del paciente, ha de realizar una exploración completa extra e intraoral del mismo, y debe tener un conocimiento suficiente de los signos y síntomas de las enfermedades médicas corrientes para interpretar y valorar adecuadamente los síntomas y los hallazgos clínicos.

Si los síntomas y los hallazgos clínicos sugieren

la existencia de una enfermedad general, y los indicios son muy sospechosos, debe remitirse el paciente a un médico inmediatamente, para diagnóstico y tratamiento de la enfermedad general. Sin embargo, si los hallazgos clínicos son ambiguos, deben buscarse nuevos datos mediante las pruebas de laboratorio. No es preciso que el dentista haga un diagnóstico definitivo basándose en los resultados de estas pruebas; debe utilizarlos como información adicional que le ayude a decidir si debe o no enviar el paciente al médico para su diagnóstico definitivo y tratamiento.

Cuando se sospecha una enfermedad general importante no debe iniciarse ningún tratamiento dental hasta que el trastorno morboso haya sido descartado por el médico, o hasta que éste lo haya confirmado y ordenado el tratamiento médico pertinente. Si la historia del paciente revela la presencia de una enfermedad general, y se halla al cuidado de un médico, debe consultarse a éste acerca del estado actual y del efecto de la enfermedad sobre el tratamiento dental. Dicho tratamiento dental se orientará según los resultados de esta consulta. Es importante que el odontólogo esté dispuesto y capacitado para detectar una enfermedad general, así como para ofrecer su asistencia dental a los pacientes que padecen enfermedades generales corrientes. En esta sección describiré los signos y síntomas de las enfermedades

médicas corrientes más importantes, con el fin de ayudar al dentista en su tarea de hacer un diagnóstico probable de tales trastornos. Además, serán objeto de comentario los posibles efectos de las enfermedades sobre el tratamiento dental del paciente.

El paciente cardiópata.

Angina de pecho.

Una de las enfermedades cardíacas más corrientes en el hombre es la angina de pecho. La angina de pecho se caracteriza por ataques paroxístmicos de dolor torácico con sensación de sofocación y muerte inminente. Esta afección suele estar relacionada con una cardiopatía isquemiante y el dolor resulta de una aportación insuficiente de oxígeno al miocardio.

Diagnóstico. Los pacientes que sufren angina de pecho acusan dolor en el tórax que suele aparecer tras los esfuerzos o las emociones y que cede pronto con el reposo. Es típica la localización del dolor detrás del esternón y su propagación frecuente al brazo izquierdo. En algunas ocasiones el dolor se refiere a la cabeza y al cuello.

Debe tenerse presente la posibilidad de una afección cardíaca isquemante en un paciente que refiere una historia de dolor en la línea media del pecho, que hace su aparición después de los esfuerzos moderados, y afirma que el dolor cede con el reposo y no es afectado por los movimientos respiratorios. Este tipo de paciente debe ser remitido al médico para su estudio clínico.

Algunos pacientes dentales saben que padecen angina de pecho y tal vez estén en tratamiento al acudir a la consulta del dentista. A la mayoría de tales pacientes les han advertido que deben evitar los ejercicios físicos demasiado intensos y las situaciones de tensión emocional o excitación demasiado fuertes. En general se les ha indicado que tomen una tableta sublingual de nitroglicerina tan pronto noten el menor síntoma en el pecho.

Tratamiento dental. Los pacientes con angina de pecho que van al consultorio dental generalmente se deben tratar del modo siguiente: las consultas han de ser breves y de preferencia por la mañana. A menudo hay que prescribirles barbitúricos como premedicación para reducir la ansiedad y la tensión. El medicamento deberá administrarse media hora antes de la consulta dental.

Debe suspenderse el tratamiento inmediatamente si el paciente se queja de dolor en el pecho durante el mismo. Muchos pacientes llevan consigo tabletas de nitroglicerina, y al iniciarse el dolor, han de ponerse una debajo de la lengua en seguida. (No está aclarada la utilidad que pueda tener la toma de nitroglicerina como medida profiláctica antes de las intervenciones dentales). La administración de la tableta suele producir un alivio inmediato del dolor torácico; sin embargo, si el dolor no disminuye puede tratarse de un infarto de miocardio. Es aconsejable llamar al médico del paciente cuando se presente un episodio de dolor, incluso en el caso de que la nitroglicerina lo haya aliviado.

Infarto de miocardio.

Cuando se interrumpe súbitamente la irrigación sanguínea de una porción del miocardio, dando lugar a la muerte o la necrosis de la fibra muscular, se produce un infarto. La gravedad de este ataque cardíaco depende de la extensión y de la localización del infarto.

Diagnóstico. El paciente experimenta un ataque

súbito de dolor constrictivo en la línea media, acompañado de sensación de muerte inminente; puede sucumbir al shock o producirse y paro cardíaco. En contraposición con el dolor anginoso, el producido por el infarto de miocardio no se alivia con las tabletas de nitroglicerina. Si el episodio ocurre en el consultorio del dentista, debe llamar inmediatamente a un médico y una ambulancia. Hasta su llegada se administrará oxígeno al paciente y se le mantendrá caliente. Si se produce el paro de corazón debe hacerse masaje cardíaco sin abrir el tórax, y respiración boca a boca.

El diagnóstico de infarto de miocardio lo confirma el médico mediante el electrocardiograma y pruebas de laboratorio que consisten en la determinación de ciertas enzimas del suero. Un infarto de miocardio constituye una urgencia médica. El paciente puede morir inmediatamente; no obstante, si sobrevive durante veinticuatro horas tiene buenas probabilidades de curación. Generalmente se les mantiene en cama durante la primera fase de la convalecencia y se advierte que deben evitar los trastornos físicos y emocionales. El período de hospitalización depende de la gravedad y de la extensión del infarto, pero suele ser de unas tres semanas. Después de la hospitalización se les proscriben reposo en cama durante algún tiempo. En estos pacientes no debe hacerse ningún tratamiento dental electivo hasta transcurridos seis meses después del infarto.

Tratamiento dental. Cuando han transcurrido seis meses, o más, puede llevarse a cabo el tratamiento dental corriente; no obstante, se recomienda una consulta previa con el médico que atiende al paciente. También en este caso, las consultas se han de efectuar por la mañana y han de ser de breve duración; a menudo es aconsejable la premedicación con barbitúricos. No deben utilizarse los anestésicos locales que contengan adrenalina en concentración superior a uno por cien mil (0,01 mg/cc). Asimismo se han de evitar las inyecciones repetidas de anestésicos locales que contengan adrenalina. Si estos pacientes notan síntomas parecidos a los de la angina de pecho durante el tratamiento dental, debe suspenderse la operación; hay que llamar a su médico y volver a examinar al paciente. Si el tratamiento dental comporta alguna intervención quirúrgica, debe tenerse presente que es muy posible que el paciente esté tomando anticoagulantes, tal vez haya que modificar su dosificación, lo cual corre a cargo del médico.

Es posible que requieran los servicios del dentista en el hospital, o a domicilio, para atender a un paciente que precisa un tratamiento dental urgente y que ha sufrido un infarto de miocardio en fecha reciente. Es evidente que hay que tratar los problemas urgentes; sin embargo, por regla general, el tratamiento ha de ser lo más conservador posible.

Por ejemplo, si un paciente sufre un dolor de muelas agudo, debe intentarse el raspado de la caries con cucharilla y la aplicación de una cura calmante. Tal vez haya que "abrir" el diente para facilitar el drenaje y la futura terapéutica endodóncica. Una lesión periodontal localizada puede hacer necesario el raspado de una hendidura gingival. Debe intentarse la sedación del dolor mediante preparados ad hoc, como medida terapéutica temporal de urgencia. Es indispensable una estrecha relación con el personal médico encargado de atender al paciente, y cualquier tratamiento dental debe iniciarse después de consultar al médico.

Insuficiencia cardíaca congestiva.

La insuficiencia cardíaca congestiva aparece cuando durante un período de tiempo prolongado el rendimiento cardíaco es inferior al que exige el organismo. La disminución de la acción cardíaca puede provocar una disminución de la irrigación sanguínea en diversos tejidos (insuficiencia cardíaca izquierda o anterior); u originar congestión en diversos órganos por desagüe venoso insuficiente (insuficiencia derecha o posterior). La insuficiencia cardíaca congestiva puede presentarse co-

mo complicación de varias enfermedades: anemia, tirotoxicosis, fiebre reumática, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, infarto de miocardio, enfermedad ósea de Paget, enfermedades pulmonares, y otras.

Aunque el fallo cardíaco se califica a menudo de izquierdo o derecho, esta terminología no resulta práctica desde el punto de vista clínico, ya que la insuficiencia de un lado suele ir seguida del poco tiempo de la insuficiencia del otro. El fallo del corazón izquierdo suele originar síntomas relacionados con el sistema pulmonar, mientras que la insuficiencia derecha acostumbra producir síntomas relacionados con los sistemas venosos, portal y general.

Diagnóstico. Si el tratamiento del "estancamiento" de sangre en el círculo pulmonar produce congestión pulmonar, la disnea ("ahogo") es el síntoma clínico principal. De hecho es una de las molestias más importantes en el paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. En los primeros estadios la dificultad en el paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. En los primeros estadios la dificultad respiratoria (disnea) solamente aparece tras los esfuerzos; no obstante, la insuficiencia puede llegar a ser tan grave que exista disnea incluso en reposo. Cuando aumenta la congestión pulmonar, suele

aparición de ortopnea (mayor facilidad para respirar en la posición vertical). Asimismo puede presentarse una disnea paroxística nocturna en la cual la crisis de ahogo se desarrolla súbitamente durante el sueño, sin causa aparente. Otro síntoma pulmonar corriente en la insuficiencia cardíaca congestiva es la tos, producida por la acumulación de líquido en los pulmones en cantidad suficiente para estimular el reflejo tuzígeno bronquial.

En los primeros estadios de la insuficiencia cardíaca congestiva, la cianosis no suele llamar la atención. Sin embargo, a medida que aumenta la gravedad, la cianosis se convierte en un factor importante del cuadro clínico.

La función renal en los pacientes con insuficiencia congestiva suele alterarse produciéndose una retención de sal y agua. La retención de sodio aumenta mucho el trabajo cardíaco, porque incrementa el volumen total de sangre. La retención de sodio y agua, que viene a sumarse a este riesgo, se manifiesta por un edema generalizado que acostumbra manifestarse en primer lugar en las partes déviles del organismo. Este edema por hipostasis también se llama edema con hoves, porque la presión deja una huella que luego desaparece lentamente. El edema facial en la insuficiencia congestiva es raro y cuando se observa suele estar en relación con algún otro trastorno, como son las alteraciones renales primarias.

No obstante, es de observación frecuente la distensión de las venas jugulares.

La insuficiencia congestiva puede llevar a la anoxia cerebral que se manifiesta por irritabilidad, pérdida de la atención inquietud e incluso coma. No obstante, estos síntomas indican una insuficiencia congestiva avanzada.

Tratamiento dental. En un paciente con signos o síntomas de insuficiencia congestiva no deben practicarse tratamientos dentales corrientes, ni siquiera urgentes, hasta después de consultar con su médico. Cuando un paciente en estas condiciones requiere un tratamiento dental urgente, éste ha de ser lo más conservador posible.

Hipertensión.

Las dos formas más importantes de esta enfermedad son la esencial y la secundaria. Arededor de 85-90% de los pacientes pertenecen a la primera categoría, cuya etiología es desconocida. La hipertensión esencial puede seguir una evolución rápida, maligna. La inmensa mayoría pertenece a la variedad benigna, en la cual el paciente se ve relativamente libre de síntomas durante varios años.

La hipertensión secundaria,

generalmente está asociada con trastornos del sistema nervioso central, con enfermedades de las glándulas suprarrenales, con enfermedades renales primarias, o con la toxemia del embarazo. Frecuentemente el estado es agudo o progresivo y los signos y síntomas hipertensivos constituyen la parte principal del cuadro clínico. Al dentista le interesa mucho conocer qué tipo de hipertensión padece el cliente, porque la enfermedad primaria que ha dado origen a la hipertensión secundaria también puede repercutir notablemente en el tratamiento dental.

Los pacientes con una historia larga de hipertensión esencial o secundaria sufren alteraciones secundarias en su sistema cardiovascular, que muchas veces causan complicaciones o incluso la muerte. Un fenómeno corriente es el accidente cerebrovascular (ataque cerebral, apoplejía). Los pacientes hipertensos también pueden sufrir una angina de pecho o infartos de miocardio. Aproximadamente veinticinco por ciento de muertes en los pacientes hipertensos obedecen a la hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo y a la insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico.

El paciente con la forma maligna o acelerada de la hipertensión esencial presenta un comienzo brusco de síntomas que consisten en cefaleas intensas, trastornos vi-

suales, náuseas, convulsiones y a veces incluso coma. Estos síntomas están asociados con una elevación rápida de la presión sanguínea. Como antes se ha dicho, la forma benigna de la hipertensión esencial puede manifestarse con muy pocos síntomas o incluso no presentarlos durante mucho tiempo; luego suelen aparecer síntomas que consisten en fatiga, nerviosidad, vértigos, debilidad, así como insomnio, palpitaciones cardíacas o cefaleas. Las dolencias, tienen una localización típica en la región occipital y aparecen cuando el paciente despierta por la mañana. También son síntomas frecuentes de hipertensión la inquietud, la labilidad emocional, la taquicardia y el enrojecimiento habitual de la cara.

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

Por lo general se hace el diagnóstico de hipertensión cuando la presión sistólica es superior a 150 y la diastólica superior a 100. Para el diagnóstico el hallazgo de mayor valor es la elevación prolongada de la presión diastólica. El dentista debe estar preparado para tomar la tensión arterial a cualquier paciente cuya historia clínica o cuya exploración hagan sospechar la existencia de una hipertensión.

Tratamiento dental. Desde el punto de vista dental es importante identificar al paciente hipertenso no diagnosticado. Si durante la historia o la exploración clínica se descubren signos o síntomas de hipertensión, el odontólogo está obligado a medirla. Si la presión es alta, debe aconsejar al paciente que consulte con su médico antes de comenzar el tratamiento dental. El paciente hipertenso no compensado constituye un mayor riesgo operatorio, pudiendo presentar hemorragia tras una intervención de cirugía menor. Asimismo, en un individuo hipertenso no compensado, el tratamiento dental puede precipitar un accidente cerebrovascular o un infarto de miocardio.

Incluso el tratamiento del paciente hipertenso que sigue las prescripciones de su médico representa mayor preocupación para el odontólogo. Los fármacos hipotensores de uso corriente en la actualidad presentan diversos efectos colaterales, entre ellos la predisposición a la hipotensión ortostática y mayor sensibilidad a la acción de los barbitúricos. Las consultas dentales de los hipertensos compensados han de ser lo más cortas posible y exentas de ansiedad. Es aconsejable la premedicación con barbitúricos, pero el dentista ha de tener en cuenta los posibles efectos colaterales de los medicamentos que toma el hipertenso.

Fiebre reumática.

Todavía no está aclarada por completo la etiología de la fiebre reumática, pero al parecer está relacionada con una hipersensibilización indirecta surgida tras una infección por estreptococos, la cual puede afectar a todo el tejido conjuntivo del organismo. Los experimentos realizados sugieren que algunos productos metabólicos de las bacterias estreptocócicas se unen a la proteína del tejido conjuntivo para formar un antígeno que estimula la formación de anticuerpos. Luego el antígeno y el anticuerpo reaccionan produciendo zonas focales de necrosis alérgica. Por lo común se afecta el tejido conjuntivo del corazón, de las articulaciones y de la piel.

Diagnóstico. La fiebre reumática puede tener un comienzo insidioso o agudo. Generalmente hay antecedentes de infección estreptocócica de las vías respiratorias superiores, que proceden al comienzo de los síntomas en una a cuatro semanas. La forma más corriente de fiebre reumática se caracteriza por la aparición súbita de fiebre y dolor articular. La artritis tiene a veces carácter migratorio; a medida que el dolor y la tumefacción ceden en una zona, se afectan otras articulaciones. Con mucha frecuencia enferman las grandes articulaciones de las extremidades, pero no hay ninguna zona que sea inmune.

También se observan invariablemente síntomas como anorexia, pérdida de peso, depresión y fatiga. Puede producirse una inflamación del miocardio, pericardio o endocardio. En los pacientes en que la lesión del corazón es notable, suele producirse precozmente una insuficiencia cardíaca congestiva. Una complicación frecuente de la fiebre reumática es la lesión de las válvulas cardíacas, especialmente la válvula mitral.

Para efectuar el diagnóstico de fiebre reumática el médico se vale de varias pruebas de laboratorio, entre ellas la velocidad de sedimentación, el título de antistreptolisina O y la proteína C reactiva. La velocidad de sedimentación se utiliza también para seguir la evolución de la enfermedad.

Tratamiento dental. Cuando se produce la cicatrización de las válvulas cardíacas después de la fase aguda de la fiebre reumática, las lesiones valvulares constituyen un buen terreno para la "instalación" y el desarrollo de las bacterias durante las bacteriemias. La colonización de bacterias en la válvula cardíaca alterada origina grave complicación llamada endocarditis bacteriana. El dentista tiene que identificar a los pacientes que han padecido una fiebre reumática, con el fin de protegerlos con antibióticos de la bacteriemia que se produce a consecuen-

cia de algunas intervenciones dentales, como el escariado de la raíz, el raspado gingival, las extracciones, las operaciones de endodoncia, las intervenciones quirúrgicas en los tejidos blandos y el condeo periodontal.

La penicilina es el mejor fármaco para la cobertura antibiótica profiláctica. La American Dental Association y la American Heart Association recomiendan la administración por vía oral de 500 000 unidades cuatro veces al día, comenzando el día de la intervención y continuando dos días más. Una hora antes de la intervención debe administrarse una dosis extra. Los pacientes alérgicos a la penicilina deberán sustituirla por eritromicina.

Cirugía a corazón abierto.

Gracias a los recientes progresos en las técnicas quirúrgicas y en el tratamiento médico, cada vez es mayor el número de pacientes con defectos congénitos del corazón y con lesiones graves de las válvulas mitral, aórtica o tricúspide que se someten a tratamiento quirúrgico. En cierto número de tales pacientes la válvula lesionada es sustituida por una prótesis. Cada vez son más frecuentes las operaciones de sustitución de válvulas cardíacas, y en el futuro irá aumentando la pequeña población de pacientes con válvulas cardíacas artificiales que acudirán al consultorio dental.

El paciente portador de una válvula cardíaca artificial puede desarrollar una endocarditis bacteriana subaguda (EBS) de manera parecida al paciente con una lesión valvular consecutiva a una fiebre reumática. Alrededor de setenta por ciento de pacientes con endocarditis bacteriana subaguda no quirúrgica responden favorablemente al tratamiento, pero en los pacientes con una válvula cardíaca artificial la enfermedad suele ser fatal. Cuando los tejidos que sostienen la válvula se necrosan, la prótesis queda floja y no funciona bien y no siempre es posible una nueva operación.

Diagnóstico. Estos pacientes han de identificarse por su historia clínica. Todo paciente con antecedentes de cardiopatía reumática, estenosis aórtica calcificada o cardiopatía congénita debe ser interrogado para aclarar si ha sido sometido a una intervención quirúrgica a corazón abierto. Antes de comenzar cualquier tratamiento hay que ponerse en contacto con su médico.

Tratamiento dental. Todos los pacientes que hayan de ser intervenidos a corazón abierto deberán someterse antes a un examen dental completo, que irá seguido del tratamiento total de las lesiones de caries o periodontales. Los pacientes a los cuales haya que poner una prótesis cardíaca, que hayan recibido un tratamiento dental completo y excelente, pueden conservar su dentición siempre que estén en condiciones de volver a la consulta del dentista después de practicada la operación. En aquellos a los que se tenga que implantar una válvula cardíaca y cuya dentadura no esté en excelentes condiciones, si puedan someterse al tratamiento dental necesario, se procederá a la extracción de todas las piezas dentarias y se construirá una dentadura completa antes de que los operen del corazón. En estos pacientes deben evitarse las dentaduras demasiado extensas para evitar la formación de úlceras traumáticas que podrían actuar como fuente de bacteriemia.

Se han publicado dos casos de endocarditis bacteriana subaguda de terminación letal consecutiva a tratamientos quirúrgicos dentales, en pacientes con válvu-

Profilaxis de las intervenciones dentales en los pacientes con prótesis valvulares cardíacas.

1. Penicilina procaína: 600 000 unidades por vía intramuscular cada seis horas el día anterior a la intervención, el mismo día y los tres a cinco días siguientes.
2. Estreptomicina: 0,5 g por vía intramuscular cada doce horas el día anterior a la intervención el mismo día y los tres a cinco días siguientes.
3. Penicilina en solución acuosa: 1 000 000 de unidades por vía intramuscular una hora antes de la intervención.
4. Meticilina: 4 g por vía intramuscular o endovenosa cada seis horas el día de la intervención y los tres a cinco días siguientes.
5. Tabletas de antibiótico de amplio espectro dos días antes de la intervención.

las cardíacas artificiales, a pesar de que se les había administrado la dosis profiláctica de penicilina recomen-

dada. En vista de lo cual se ha aconsejado la utilización de los antibióticos mencionados en la tabla anterior en este tipo de pacientes antes y después de cualquier intervención dental que pueda originar una bacteriemia transitoria. Esta cobertura antibiótica comprende varios agentes que han de ser inyectados por vía endovenosa o intramuscular y requieren la hospitalización del paciente. Otra complicación del problema es el hecho de que muchos de estos pacientes siguen un tratamiento anticoagulante prolongado. Por consiguiente, siempre que haya que aplicar cualquier tratamiento dental quirúrgico a un paciente con válvulas artificiales, tendrá que ser hospitalizado.

Teniendo en cuenta la gravedad de estos problemas, los pacientes con caries dental extensa deberán ser sometidos a la extracción de todas las piezas dentarias y se les harán prótesis completas. Con todo, como se ha dicho anteriormente, es preferible resolver antes de la operación cardíaca los problemas dentales de estos pacientes.

El paciente con un trastorno endocrino.

Diabetes mellitus.

Se estima que alrededor de uno por ciento de la población de los Estados Unidos está formado por diabéticos diagnosticados y que existe un número similar de diabéticos sin diagnosticar. Hay dos grandes tipos de diabetes mellitus: el primario o hereditario y el secundario, que tiene gran interés para el dentista, por lo cual voy a comentarlo.

Basándome en los hallazgos clínicos, cabe identificar varias categorías de pacientes diabéticos hereditarios; prediabético, juvenil y adulto. El diagnóstico más dificultoso es el del prediabético. Los pacientes con esta forma de la enfermedad tienen una historia familiar de diabetes pero todavía no presentan ningún trastorno del metabolismo de la glucosa. Las pacientes prediabéticas con frecuencia dan a luz niños de tamaño superior al normal y en ellas son relativamente frecuentes los partos con feto muerto.

La diabetes de tipo juvenil suele observarse en pacientes de menos de quince años de edad; sin embargo, también es posible observarla en adultos. Esta forma se presenta en menos de cinco por ciento de diabéticos hereditarios. El comienzo clínico es súbito y da lugar a una

forma de diabetes, en la cual es corriente la cetoacidosis. Todos estos pacientes son tributarios del tratamiento insulínico, pero es difícil compensarlos porque son muy inestables.

El tipo más corriente de diabetes tiene un comienzo lento en individuos maduros y generalmente adopta formas benignas. La cetoacidosis es poco frecuente y la enfermedad tiende a estabilizarse; menos de veintitrés por ciento de tales pacientes requieren insulina. A menudo se trata de individuos obesos.

El tratamiento médico del paciente diabético varía según el tipo de la enfermedad. El prediabético no recibe tratamiento, pero se le mantiene bajo observación estrecha para descubrir los signos y síntomas precoces de la enfermedad. El diabético juvenil o inestable se trata mediante la restricción de los carbohidratos refinados en la dieta, el ejercicio y la cantidad adecuada de insulina. La diabetes de comienzo tardío o de tipo adulto se trata de acuerdo con su intensidad; muchos de estos pacientes quedan compensados simplemente con la restricción dietética y el ejercicio; otros, con control dietético, ejercicio y agentes hipoglucemiantes por vía oral. Algunos diabéticos de tipo adulto requieren insulina, que se administra por vía intramuscular.

Muchos agentes hipoglucemiantes orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus son compuestos de sulfanilurea. Uno de uso muy corriente es la tolbutamida (Orinase) y su actividad hipoglucémica se debe probablemente a la estimulación de la síntesis y liberación de insulina en los tejidos de los islotes del páncreas. Otros agentes hipoglucemiantes del grupo de la sulfanilurea usados en el tratamiento de la diabetes son la clorpropamida (Diabinese), la tolazamida (Tolinase) y la acetohexamida (Dymerol). El clorhidrato de fenformina es un agente hipoglucemiante oral no relacionado con las sulfanilureas. La fenformina actúa fuera del hígado, como coadyuvante o reforzador de la insulina. Puede utilizarse en prácticamente todas las clases de diabetes, sola o asociada con la insulina.

En el tratamiento de la diabetes se emplean varios tipos de preparados de insulina, cuya diferencia principal radica en la duración de su acción. La insulina lenta es una forma de amplio uso y su acción máxima se desarrolla en un intervalo de seis a ocho horas. La insulina tiene un intervalo de acción máxima de cuatro a seis horas, mientras que la ultralenta despliega su actividad durante dieciséis a dieciocho horas. Otros preparados de insulina son la cristalina cinc, (NPH) (isophane) y la protamina cinc.

El paciente diabético presenta gran tendencia al desarrollo de alteraciones patológicas en las arteriolas, los capilares, las vénulas y las arterias de mayor tamaño. Tales alteraciones pueden conducir a una enfermedad coronaria, al infarto de miocardio, a la insuficiencia renal, a los accidentes vasculares cerebrales, a la hipertensión, a la gangrena de las extremidades y a trastornos de la retina. El paciente diabético también puede desarrollar neuropatías periféricas.

Diagnóstico. Los signos y síntomas de la diabetes mellitus son la poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, pérdida de fuerzas, prurito, infecciones cutáneas, enfermedad periodontal progresiva, abscesos periodontales múltiples, retraso en la cicatrización de las heridas y somnolencia. Cuando describe uno o más signos de los que acabamos de enumerar, el dentista ha de pensar en la diabetes. El paciente con una diabetes notable suele descubrirse con un examen sencillo de orina que revela la presencia de glucosa. Si la diabetes es de tipo más moderado, el análisis de orina puede resultar negativo, y para hacer el diagnóstico hay que recurrir a la glucemia en ayunas y a la glucemia posprandial determinada dos horas después de la comida. El diabético precoz

puede detectarse mediante la prueba de la tolerancia de la glucosa o la prueba de la tolerancia de la glucosa y cortisona.

Es importante recordar que el hallazgo de glucosa en la orina no basta por sí solo para hacer el diagnóstico de diabetes mellitus, porque hay otras condiciones capaces de producir glucosuria. No obstante, si un paciente presenta algunos de los signos y síntomas de la diabetes mellitus y además se describe glucosa en la orina, el dentista debe aconsejarle que consulte con su médico y se ponga en tratamiento. Con frecuencia la remisión del paciente a su médico se basa en los signos y síntomas clínicos, aunque no pueda demostrarse la presencia de glucosa en la orina.

El diabético no compensado es propenso al desarrollo de infecciones de la piel y de los tejidos orales. Cuando sufren infecciones, estos pacientes suelen empeorar de su diabetes. Asimismo, en el paciente diabético no compensado las heridas no cicatrizan bien y se infectan con mucha facilidad.

Tratamiento dental. Un diabético compensado con una infección oral aguda plantea un difícil problema de tratamiento. Es sumamente importante que el dentista lo remita a un médico para que trate su diabetes. También se

ha de tratar la infección oral si desea obtenerse una compensación del estado diabético. Se ha de recoger material de la zona infectada para efectuar cultivos bacterianos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos y se debe administrar al paciente un antibiótico como la penicilina. Una vez se tengan los resultados del antibiograma se administrará el antibiótico al cual sea más sensible el agente infeccioso. En caso de no poderse realizar antibiogramas, el antibiótico de elección es la penicilina.

Incluso el diabético compensado con insulina puede causar serias complicaciones al dentista. Alrededor de quince por ciento de los pacientes sometidos a tratamiento insulínico presentan el tipo de diabetes juvenil o inestable y por lo tanto pueden descompensarse con facilidad. Asimismo, todo diabético que sufre una infección oral requiere un aumento de la dosis de insulina para mantener compensada su diabetes. El aumento de la dosis de insulina ha de ser vigilado por su médico.

Otro problema con el cual puede tropezar el dentista en los pacientes diabéticos es el shock insulínico. Aunque el diabético rara vez se olvida de su dosis de insulina, es frecuente que no desayune si está citado por el dentista por la mañana. Debido a la presencia de un exceso de insulina, puede sufrir una hipoglucemia que provoque

incluso un shock insulínico, que se combatirá administrando alguna forma de carbohidrato, por ejemplo zumo de naranja azucarado. Para el tratamiento de urgencia de la dosis excesiva de insulina puede utilizarse también el glucagón. Con respecto a la diferenciación clínica entre el shock insulínico y el coma diabético, véase el siguiente cuadro.

Diagnóstico diferencial del shock insulínico y del coma diabético

	Shock insulínico	Coma diabético
Síntomas	(Comienzo generalmente lento, pero puede ser brusco)	(El comienzo puede ser brusco o insidioso)
	Temblor	Debilidad
	Debilidad	Cansancio
	Náuseas	Malestar general
	Cefalea	Sed exagerada
	Confusión	Cefalea sorda
	Ilusiones	Coma
	Desorientación	
	Coma	
Signos	Palidez	Aliento con olor a acetona
	Taquicardia	Taquicardia, pulso débil
	Sudoración profusa	Hambre de aire (hiperventilación)
		Sequedad de piel y mucosas
		Enrojecimiento o palidez

Tratamiento	Torrón de azúcar	Insulina, si el dentista tiene
	Zumo de naranja	la seguridad de que se trata de
	Glucosa intravenosa	un coma diabético; si no, dar
		glucosa y observar si el paciente
		responde

=====

Hipertiroidismo.

Como indica su nombre, el hipertiroidismo es un estado en que la glándula tiroides funciona con demasiada actividad. Predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas jóvenes y maduras.

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

Para hacer el diagnóstico el médico usa las siguientes pruebas: metabolismo basal, yodo ligado a la protefina, colesterol sérico e índice de yodo radiactivo. El hipertiroidismo se trata con el tiouracilo, aunque algunas veces está indicada la tiroidectomía.

Tratamiento dental. Como los pacientes con hipertiroidismo presentan una irritabilidad superior a la normal, una de las facetas del tratamiento dental ha de ser la administración de sedantes. Tales pacientes son hipersensibles a la acción de la adrenalina, que ha de ser empleada con cautela y moderación.

Los tratamientos orales quirúrgicos en pacientes hipertiroideos están contraindicados, pues se han dado casos de muerte. Hay que tener presente que cuando el metabolismo basal está elevado, el consumo de sustancias nutritivas es mayor, en consecuencia, pueden desarrollarse déficit secundarios, por lo cual habrá que añadir un suplemento a la dieta.

El paciente con discrasia sanguínea.

Anemia.

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

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

Estados tales como la anemia perniciosa, el esprfe, la carencia de hierro, la inhibición tóxica directa de la médula ósea, las lesiones por irradiación de la misma,

y su sustitución por metástasis tumorales o infiltración leucémica, producen una hipofunción de la médula ósea. En estas condiciones no pueden producirse eritrocitos maduros, las células precursoras son destruidas, o la médula ósea es reemplazada por otros tipos de células. La médula es incapaz de responder a las demandas funcionales normales y se vuelve hipoplásica, en cuyo caso libera menos reticulocitos que una médula normal.

Diagnóstico. Entre los signos que pueden indicar anemia tenemos los siguientes: la atrofia de las papilas linguales, la ictericia, las uñas en forma de vidrio de reloj, la osteoporosis, la piel seca y lisa y la palidez de ésta. Cabe observar una falta de ácido clorhídrico gástrico, demostrable mediante pruebas de laboratorio específicas, y también puede haber una hipertrofia del hígado o del bazo. El paciente anémico se queja de tener la lengua muy sensible y dolorosa, fatiga, debilidad, disnea, entumecimiento, pérdida de peso, pérdida de apetito e irritabilidad.

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

ácido clorhídrico gástrico. En general, las anemias con médula ósea hiperactiva producen un aumento del número de reticulocitos en la sangre periférica; las anemias con médula ósea hipoactiva suelen producir una disminución.

Tratamiento dental. Un paciente dental en el cual se sospecha la existencia de una anemia debe ser remitido al médico para su diagnóstico definitivo y tratamiento. Lo más interesante es determinar la etiología de la anemia para poder tratar rápidamente la enfermedad primaria. Si la historia y la exploración sugieren una anemia, conviene que el dentista solicite algunas pruebas y la determinación de la hemoglobina antes de recomendar al paciente que consulte a su médico. A excepción de las urgencias, deben retrasarse todos los tratamientos dentales hasta aclarar la etiología de la anemia y ordenar el tratamiento pertinente.

Trastornos de la coagulación.

La coagulación de la sangre depende de las proteínas especiales elaboradas por el hígado, del calcio y de las plaquetas, así como de algunos factores hemáticos -- adicionales. En el proceso de la coagulación se han descrito tres fases independientes: formación de la trombo-plastina, formación de la trombina a partir de la protrombina y formación de un coágulo de fibrina a partir del fibrinógeno. Para la formación adecuada del producto de la fase I, la trombo-plastina, son necesarios los factores hemofílicos; para que se inicie la fase II es necesaria la formación de trombo-plastina, y para el comienzo de la fase III se requiere la formación de trombina.

En cada una de la fases son precisos otros factores pero las deficiencias que pueden presentar o son raras o no afectan al proceso de manera radical. La falta de calcio, por ejemplo, nunca da origen a un trastorno de la coagulación; una persona sería víctima de otros efectos de la hipocalcemia antes de que la calcemia fuera lo suficiente baja para alterar el proceso de la coagulación.

Las deficiencias en los factores hemofílicos reflejan muy a menudo un defecto congénito. El déficit congénito de fibrinógeno también puede darse en raras ocasiones. No obstante, las causas más frecuentes de los trastornos hemorrágicos son las enfermedades hepáticas o la

administración de medicamentos anticoagulantes, tales como la heparina y el Dicumarol, usados en el tratamiento de pacientes con un infarto reciente del miocardio o después de las intervenciones sobre el corazón.

Diagnóstico. Los pacientes con trastornos de la coagulación presentan con frecuencia los síntomas siguientes: petequias, equimosis, hemartrosis (fibrosis y anquilosis de las articulaciones producida por la hemorragia y la organización del coágulo por tejido fibroso), hemorragia gingival espontánea y epistaxis. Los pacientes con una historia de aparición fácil de equimosis, hematuria, melena (sangre en las deposiciones), hemorragias prolongadas tras pequeños cortes o tras la extracción de dientes, hospitalización por hemorragias, transfusiones múltiples, hepatopatía reciente o tratamiento prolongado con aspirina deben ser examinados a fondo para detectar un posible problema de la coagulación.

Las pruebas de laboratorio utilizadas para descubrir las alteraciones de la coagulación comprenden el tiempo de tromboplastina parcial, el tiempo de protrombina y la concentración de fibrinógeno en sangre. El tiempo de tromboplastina parcial aclara las alteraciones de la fase I de la coagulación, mientras que el tiempo de protrombina aclara la fase II. Una concentración de fibrinógeno baja indica un problema de la fase III. Siempre que se es-

tudie un paciente para descubrir si padece un trastorno de la coagulación, se han de practicar las tres pruebas. La identificación del factor específico defectuoso tiene que hacerla un hematólogo.

Tratamiento dental. Los tratamientos quirúrgicos en los pacientes con alteraciones de la coagulación, congénitas o adquiridas, son peligrosas en el mejor de los casos. Muchos de éstos pacientes son tributarios de la hospitalización y de la sustitución de los factores que les faltan antes de intervenirlos quirúrgicamente. Incluso así, algunos pacientes resultan de difícil manejo y por lo tanto es necesaria la colaboración estrecha con un hematólogo.

Trombocitopenia.

La trombocitopenia consist en una disminución del número de plaquetas circulantes y pueden ser ideópatas, de causa desconocida, secundaria a una enfermedad como la metástasis cancerosa ósea, o ser consecuencia de reacciones alérgicas o de los efectos tóxicos de agentes químicos sobre la médula ósea.

Las plaquetas son indispensables en la primera fase de la coagulación. No obstante, para que se efecte la coagulación su número se ha de reducir mucho.

Las plaquetas actúan como tapones mecánicos en los capilares lesionados. Si su número desciende por debajo de $100,000/\text{mm}^3$ puede originarse un trastorno hemorrágico grave. Este trastorno, sin embargo no está relacionado con la química de la coagulación, sino más bien con la falta del "taponamiento" de los capilares lesionados que deberían realizar las plaquetas.

Prueba de laboratorio en las hemorragias.

Trastorno.	Pruebas
Trastornos de la coagulación	
Fase I	Tiempo de tromboplastina parcial.
Fase II	Tiempo de protrombina
Fase III	Concentración de fibrinógeno.
Trombocitopenia	Prueba del torniquete, recuento de plaquetas, retracción del coágulo.
Pérdida de la integridad vascular, (déficit de vit. C)	Prueba del torniquete.

Diagnóstico. Las petéquias, equimosis, epistaxis y la hemorragia gingival espontánea son signos corrientes en los pacientes con trombocitopenia.

El enfermo puede tener antecedentes de trastornos hemorrágicos muy similares a los que presentan los pacientes con alteraciones de la coagulación. Puede ser significativa una historia de exposición a algún agente químico, en la ocupación habitual del paciente o por accidente.

Las pruebas utilizadas en el estudio de los pacientes en los cuales se sospecha alguna forma de trombocitopenia son el recuento de plaquetas, la retracción del coágulo y la del torniquete. La última permite también aclarar algunos otros estados que afectan a la estructura de las paredes capilares, como el escorbuto.

Tratamiento dental. No deben efectuarse intervenciones quirúrgicas en los pacientes con trombocitopenia hasta consultarlo con un médico y haber logrado una cifra prácticamente normal de plaquetas.

Enfermedades de los glóbulos blancos.

Las principales enfermedades que afectan a los glóbulos blancos son la agranulocitosis y la leucemia. La agranulocitosis es una afección en la cual hay un notable descenso del número de granulocitos circulantes, (principalmente neutrófilos) en la sangre periférica, lo cual origina una disminución importante de la resistencia a la afección. La leucemia es una enfermedad maligna de los leucocitos que da lugar a una producción excesiva de dichas células.

Según el tipo de leucocitos que predominan se distinguen tres clases de leucemia: mieloide, linfoide y monocítica. Puede adoptar la forma aguda o crónica, pero la terminación siempre es letal. La leucemia suele asociarse con anemia y trombocitopenia a consecuencia de la sustitución de la médula ósea por células leucémicas.

Diagnóstico. Entre los signos hallados en los pacientes con agranulocitosis o leucemia figuran las úlceras orales, las petequias, equimosis, hiperplasia gingival generalizada, enfermedad periodontal rápidamente progresiva, osteólisis; hiperplasia de los ganglios linfáticos y dientes flojos. Los pacientes leucémicos pueden acusar fiebre, debilidad, dolores corporales, pérdida de peso, boca seca y dolor en las encías.

Las pruebas de laboratorio usadas en el diagnóstico de estas enfermedades comprenden el recuento leucocitario total, la extensión hemática para estudiar la morfología celular y la extensión de médula ósea.

Tratamiento dental. En los pacientes en que se sospecha una agranulocitosis o una leucemia no debe realizarse ningún tratamiento dental electivo. Una vez diagnosticado por el médico y sometido a tratamiento, pueden ejecutarse los procedimientos corrientes de asistencia dental. La consulta con el médico del paciente proporcionará información sobre el pronóstico de caso, que regulará

los tipos y la extensión de los cuidados dentales de rutina que podrán efectuarse. El dentista debería mantenerse en contacto con el médico en lo que se refiere al estado de salud del paciente, pues en la leucemia son corrientes las recaídas súbitas. En las fases terminales de la leucemia los pacientes suelen sufrir mucho por causa de los dolores orales. El dentista, mediante los cuidados crales conservadores, como la eliminación del cálculo con un Cavitron, puede hacer mucho para disminuir las molestias de estos pacientes en sus últimos días.

Lesiones orales que indican una enfermedad general.

Además de la historia clínica y de las pruebas de laboratorio, el examen clínico oral puede proporcionar información que conduzcan al diagnóstico de una enfermedad general. Como la enfermedad general suele manifestarse en forma de lesiones de los tejidos blandos de la boca, es importante que el dentista efectúe una inspección cuidadosa de tales tejidos durante la exploración clínica de rutina de todos los pacientes.

Con frecuencia resulta difícil para el dentista estimar la importancia de las lesiones orales que descubre durante la exploración clínica de sus pacientes. Lesiones orales de aspecto similar puede obedecer a procesos locales o generales. Por ejemplo, las úlceras y las pequetias pueden ser consecuencias de un trauma local o manifestaciones de una enfermedad general como la leucemia.

Asimismo, el carcinoma oral, que comienza como una enfermedad local, puede manifestarse en forma de lesiones parecidas a otras de etiología más simple.

Por lo tanto, siempre que el dentista descubra una lesión oral, ha de considerar la posibilidad de que represente un peligro en potencia. Si bien la lesión puede estar relacionada con un estado local que puede tratar el propio dentista, también puede indicar una enfermedad local o general de carácter grave que justifica la remisión del paciente a un especialista dental, o a un médico, para su tratamiento. Además, pudiera tratarse de una enfermedad general que si no se diagnostica y se trata tal vez origine complicaciones graves como hemorragias o infección durante el tratamiento dental corriente.

En esta sección expongo un enfoque del diagnóstico diferencial que será útil al práctico para distinguir las lesiones orales locales y generales. No pretendo describir los numerosos tipos distintos de lesiones del tejido blando que se manifiestan en la cavidad oral. El comentario se limita a las úlceras, que se utilizan como ejemplos de lesiones que puede reflejar una enfermedad tanto local como general. No obstante, el médico utiliza el método de diferenciación y que es aplicable a otros tipos de lesiones (leucoplasias, lesiones pigmentadas, tumefacciones orales, estados hemorrágicos) y por consiguiente,

es útil para determinar si se puede hacer el tratamiento dental o hay que remitir al paciente a un especialista.

Úlceras orales.

En el esquema siguiente se clasifican de diversos tipos las úlceras orales, tanto locales como generales: locales cuando la enfermedad se halla limitada a la cavidad oral; generales, cuando la úlcera está asociada con estados patológicos o síntomas en otras partes del organismo. Una úlcera oral imputable a una irritación crónica que no produce otros trastornos patológicos se considera local. Una lesión oral sifilítica se considera local cuando es la única manifestación de la enfermedad; si va acompañada de otros síntomas o manifestaciones patológicas se clasifica como general.

La mayor parte de úlceras orales de etiología local serán tratadas por el dentista, con la excepción, ni que decir tiene, del carcinoma y de la sífilis. En muchos casos, los pacientes con úlceras asociadas con una enfermedad general deberán remitirse al médico para su tratamiento. Pueden exceptuarse los casos de estomatitis gingival herpética primaria, liquen plano y eritema multiforme. Cuando se recomienda la consulta con un especialista, el dentista debería estar en condiciones de

Etiología de las úlceras orales.

Local	General
Neoplasias	Neoplasias
Carcinoma	Generalizadas
Tumores de las glándulas salivales.	Linfomas
Enfermedades infecciosas	Mieloma múltiple
Tuberculosis	Metastática
Sifilis	Sarcomas
Infecciones fúngicas	Carcinomas
Irritaciones crónicas	Enfermedades infecciosas
Dientes mellados	Estomatitis gingival herpética
Dentaduras artificiales irregulares	Primaria
Hábitos orales	Tuberculosis
Mordedura de la mejilla	Sifilis
Mordedura de la lengua	Infecciones fúngicas
Úlceras aftosas	Enfermedades hemáticas
	leucemia
Herpe labial recurrente	Anemia aplástica
	Neutropenia
	Agramulocitosis
	Enfermedades de la piel
	Liquen plano
	Eritema multiforme
	Pénfigo

identificar el tipo de enfermedad general que se sospecha, aunque no esté capacitado para hacer un diagnóstico definitivo.

El examen clínico de la úlcera para determinar su tamaño, su forma y su profundidad suele poner de manifiesto la gravedad de la lesión, pero es posible que no dé la clave verdadera sobre la importancia de la enfermedad. Una úlcera cuyo aspecto hace sospechar algo grave tal vez sea consecuencia de una quemadura, en cuyo caso curará y desaparecerá. Por el contrario, una lesión de aspecto inocente puede resultar un carcinoma después del examen histológico. Por lo tanto, el diagnóstico se ha de basar en la información recogida tanto por observación clínica como por la historia y las pruebas de laboratorio.

Úlcera aislada.

Una observación clínica importante que el dentista puede realizar cuando examina a un paciente es la de si las lesiones son únicas o múltiples. La lesión aislada suele tener un origen local; las lesiones múltiples suelen estar asociadas con una enfermedad general. En los casos de úlceras aisladas, el rasgo clínico más importante que el dentista puede observar es si la lesión presenta los bordes salientes e indurados (duros); este dato es uno de los signos de peligro de carcinoma.

Neoplasias. Cuando se descubre una lesión aislada con bordes indurados y evertidos sin que exista un factor causal evidente, el clínico debe considerar la lesión como un carcinoma oral hasta que se demuestre lo contrario por biopsia del tejido. El examen biopsico debe realizarse lo antes posible.

Si se descubre una fuente de irritación local asociada a la lesión, se suprime el agente, se prepara una extensión citológica y se vuelve a examinar al paciente al cabo de una semana. Está contraindicada la aplicación tópica de medicamentos. Cuando transcurre la semana sin que la lesión muestre signos de curación, o cuando el informe histológico sugiere la existencia de un cáncer, debe citarse inmediatamente al paciente y practicar una

biopsia de la lesión.

La biopsia de una úlcera aislada de bordes indurados y evertidos puede revelar un carcinoma local; en raros casos la lesión forma parte de un proceso neoplásico más generalizado, tal como un linfoma o un mieloma múltiple, o es una metástasis de un sarcoma o de un adenocarcinoma distantes. En todos los casos, tanto si la enfermedad maligna es local como si es general, hay que remitir el paciente a un especialista para que lo trate.

En toda la úlcera con una masa subyacente de tejido blando es obligatoria la biopsia. Por ejemplo, los pequeños neoplasmas de las glándulas salivales producen con frecuencia tumefacciones en la boca que a veces se ulceran por traumas secundarios. Estos pacientes se han de remitir a un cirujano oral para la extirpación quirúrgica total de la neoplasia.

Enfermedades infecciosas. Una lesión aislada con bordes indurados y elevados puede indicar también una tuberculosis, una sífilis o una infección por hongos. Cuando el paciente revela síntomas generales (como tos productiva, súbita pérdida de peso, sudores nocturnos) o una historia positiva de enfermedad infecciosa, no es necesaria la biopsia. Cuando falta la historia positiva, solamente puede determinarse el carácter infeccioso de la lesión mediante la biopsia. Los hallazgos biópsicos

que indican una etiología infecciosa requieren la siembra de una porción de la lesión restante para obtener un cultivo bacteriológico. Los pacientes con tuberculosis, sífilis, y muchas infecciones fúngicas ya diagnosticadas, deberán remitirse al médico para su tratamiento, tanto si la enfermedad está localizada como si es general.

Traumas, irritaciones crónicas, hábitos orales. La mayoría de las úlceras orales aisladas no son inducidas y suelen ser secundarias a un trauma. Si no se sospecha que la lesión sea consecuencia de una enfermedad infecciosa grave o de una enfermedad maligna, es importante aclarar su posible relación con fuentes locales de irritación crónica como las restauraciones con bordes agudos, los dientes mellados, las dentaduras, totales o parciales, con bordes afilados, los ganchos de las prótesis, las bandas ortodóncicas y los depósitos de cálculo. Si el examen clínico no revela ninguna asociación con alguno de los factores mencionados, la historia del paciente tal vez revele alguna fuente de trauma o de irritación crónica. Puede imputarse la lesión a una quemadura química, como la producida por la aplicación de aspirina para calmar el dolor de muelas, o una quemadura térmica consecutiva a la ingestión de alimentos demasiado calientes.

La historia del paciente también puede poner de manifiesto hábitos orales, como morderse la mejilla o la lengua, que pudieran ser la causa de la irritación, muchas veces; el aspecto de la lesión o su localización en la mucosa del labio o bucal, frente al plano oclusal, hacen pensar en una etiología por mordedura.

Cuando se descubre una fuente de irritación, hay que suprimirla. La modificación de los hábitos orales del paciente es difícil, pero la corrección de otras causas concomitantes de irritación reduce al mínimo el daño del tejido. Los dientes mellados, las restauraciones con bordes agudos y las dentaduras con irregularidades se han de retocar y alisar. Una vez corregidas las fuentes de irritación se ha de citar al paciente para una semana después a fin de que el dentista pueda observar si la lesión presenta signos de curación.

Como se ha visto que el carcinoma se asocia con el trauma o la irritación crónica, siempre que se descubra una úlcera aislada no indurada se hará una extensión para el examen citológico. Si el informe citológico sugiere la posibilidad de un cáncer, se citará inmediatamente al paciente y se tomará una biopsia para determinar el diagnóstico. Si el informe citológico no sugiere cáncer, pero la lesión persiste y no muestra signos de curación en siete días, también se ha de realizar una biopsia del tejido.

Úlceras aftosas. Las úlceras aftosas suelen ser recidivantes, dolorosas, y curan en siete a catorce días sin dejar cicatriz. En muchos pacientes de desarrollan estas lesiones tras la administración de agentes anestésicos locales en inyección, la aplicación de un dique de goma o los movimientos del eyector de saliva, o en combinación con una enfermedad general ligera. Un paciente con una úlcera aislada no indurada que presenta una historia de lesiones recurrentes debe mantenerse en observación durante siete a catorce días. Si las lesiones no presentan signos de curación y no se sospecha una periadenitis mucosa necrótica recurrente (PMNR), debe practicarse una biopsia. La úlcera de la PMNR presenta cierta semejanza con la úlcera aftosa. Al igual que las últimas, las úlceras de la PMNR son recidivantes, pueden ser aisladas o múltiples, son muy dolorosas y se desconoce su etiología. Sin embargo, en contraposición a las lesiones aftosas, requieren de veinte a treinta días para curar y generalmente dejan una cicatriz. El paciente con una PMNR rara vez se ve libre de lesiones orales. En algunos pacientes de este tipo es necesaria la biopsia de las lesiones para detectar afecciones más graves.

Enfermedades de la sangre. Aunque muchas úlceras aisladas de la cavidad oral tienen un origen local, oca-

sionalmente se descubre una etiología sistémica. En un paciente con una úlcera aislada no indurada que presente escalofríos, pérdida de peso u otros signos clínicos como petequias, equimosis o hiperplasia generalizada de las encías se ha de sospechar la existencia de una enfermedad general. En algunos casos la falta de un borde rojo alrededor de la úlcera hace pensar en una alteración de la respuesta inflamatoria del paciente, reacción que suele observarse en los pacientes con leucemia o agranulocitosis. En estos pacientes se han de practicar las pruebas de laboratorio pertinentes para descifrar una posible enfermedad hemática.

En algunos casos, un paciente con una úlcera aislada que no cura en siete a diez días puede no presentar signos ni síntomas de enfermedad general. En tales casos hay que practicar una biopsia. Si los datos que ésta proporcione sugieren una enfermedad hemática, hay que someter al paciente a las pruebas de laboratorio que permitan descartar o confirmar una enfermedad de la sangre. En caso de que sean positivas hay que remitir el paciente a un médico.

Dermatosis. La última consideración que hay que tener en cuenta al tratar a un paciente con una úlcera aislada es la posibilidad de que padezca una dermatosis.

En caso de eritema multiforme o de pénfigo es rara la úlcera aislada. Además, en estas condiciones suelen encontrarse lesiones en otras partes del cuerpo. Los pacientes con liquen plano de tipo erosivo pueden presentar lesiones orales aisladas o múltiples, que con frecuencia muestran finas estrias blancas alrededor del borde de la úlcera. También en estos casos suelen existir lesiones intraorales recurrentes. En algunos casos es necesaria la biopsia para determinar o confirmar el diagnóstico.

Úlceras múltiples.

Aunque las úlceras múltiples por lo común son signo de trastorno general, también se presentan como fenómeno local, sin relación con signos o síntomas generales. Así pues, como ocurre con las lesiones aisladas, es preciso determinar siempre la etiología con el fin de decidir si hay que remitir al paciente al especialista.

Neoplasias. En raras ocasiones se encontrarán lesiones múltiples con bordes elevados e indurados. Hay que practicar una biopsia inmediatamente, desde luego, para descartar el cáncer oral primario, una metástasis o una enfermedad infecciosa.

Estomatitis gingival herpética primaria y estomatitis aftosa. Las causas más comunes de úlceras múltiples orales son la estomatitis aftosa (local) y la estomatitis gingival herpética aguda (EGHA) (general). Las úlceras imputables a ambas causas no muestran diferencias reales en lo que se refiere a su aspecto clínico; ambas pueden presentar una distribución amplia, un tamaño mayor o menor, y son dolorosas. Los pacientes con estomatitis aftosa suelen tener una historia de lesiones recurrentes.

tes que no van precedidas de fiebre ni de otros síntomas generales; estas úlceras suelen curar sin dejar cicatriz en siete a catorce días.

Los pacientes con EGHA suelen ser niños de corta edad; no obstante, también es posible observar la lesión en adultos. La aparición de las lesiones orales suele ir precedida de síntomas generales tales como malestar y fiebre. Desde el punto de vista clínico acostumbra observarse precozmente un eritema generalizado bastante intenso en la encía marginal. Las lesiones curan en siete a catorce días por término medio y no dejan huellas. Los hallazgos citológicos son útiles para el diagnóstico de EGHA. El dentista ha de saber diferenciar las lesiones de la estomatitis aftosa y de la EGHA, porque la conducción clínica de la afección es diferente.

Enfermedades dermatológicas. Las úlceras de eritema multiforme suelen ser mayores que las de la estomatitis aftosa o herpética, y con frecuencia tienen el borde eritematoso brillante. Los pacientes con úlceras orales múltiples debidas a eritema multiforme o pénfigo a menudo tienen lesiones en otras regiones del cuerpo que sugieren el carácter del proceso. Los pacientes se han de remitir al médico para su tratamiento.

Enfermedades de la sangre. Cuando los pacientes con úlceras orales múltiples no curan en siete a diez días y presentan signos tales como petequias y equimosis, o se quejan de fiebre, pérdida de peso y malestar, hay que sospechar una enfermedad hemática. Tales pacientes se han de estudiar por medio de las pruebas de laboratorio adecuadas.

Este enfoque del diagnóstico diferencial de las úlceras basado en su etiología local o general no pretende exponer una lista exhaustiva de todas las causas posibles de úlceras. No obstante, muestra un medio sencillo de evaluación de las úlceras orales por parte del dentista general. Este mismo método diferencial puede utilizarlo el dentista en el diagnóstico de muchos otros tipos de lesiones orales.

El paciente emotivo.

Una de las habilidades necesarias para practicar con éxito la odontología es la capacidad para manejar al paciente emotivo. El dentista experto es diestro en el manejo del paciente que tiene miedo al consultorio dental, que encuentra sumamente incómodas las manipulaciones en la boca, y que responde exageradamente a los estímulos dolorosos. Sabe que tales pacientes favorablemente a un trato amable y tranquilizador, responden; una organización bien pensada del ambiente del consultorio y el uso de preparados sedantes cuando estén indicados. En algunas secciones de este capítulo, se estudia el paciente emocional en este sentido y se hace hincapié de la importancia del tacto que hay que tener en el tratamiento dental de estos pacientes.

El material expuesto a continuación insiste en otra connotación del paciente emocional; se refiere al paciente cuyos problemas orales o generales son expresión de trastornos emocionales. Los médicos y los odontólogos se van dando cuenta de las interrelaciones entre los síntomas físicos y la emociones. Se ha visto que estos parámetros de cualquier estado morboso son inseparables. Por lo tanto, al establecer el estado de salud de un paciente es importante que el odontólogo considere la po-

sibilidad de que existan trastornos emocionales que influyan en el estado físico de aquél. Y al planear el tratamiento, debe tener en cuenta los componentes tanto emocionales como físicos de la afección.

La importancia emocional de la cavidad oral es de tal magnitud durante toda la vida que no es sorprendente observar que cuando hay un problema emocional, la cavidad oral se ve afectada con frecuencia. Por lo tanto, es sumamente importante que el dentista práctico tenga algún conocimiento de las relaciones del estado emocional del paciente con los signos físicos y los síntomas que se observan en la cavidad oral.

Manifestaciones físicas de los problemas emocionales.

Los problemas emocionales pueden manifestarse físicamente, en la cavidad oral o en otras partes del organismo, en forma de reacciones de conversión o psicofisiológicas. Como el conocimiento de estas reacciones es indispensable para la evaluación del estado emocional y físico, cito a continuación una excelente descripción de ellas tomada de un trabajo de Dachi y Stein ("DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF OROFACIAL PAIN OF EMOTIONAL ORIGIN"):

Trastornos psicofisiológicos.

Estas reacciones figuran entre las enfermedades más corrientes que se observan en medicina. Pueden ser benignas como las cefaleas de tensión o una placa de neurodermatitis. Pueden amenazar la vida como la hipertensión, la colitis ulcerosa o la úlcera péptica grave. En todos los casos, las estructuras inervadas por el sistema nervioso autónomo desarrollan una lesión orgánica y los factores emocionales o psicológicos productores de tensión desempeñan un papel importante en su etiología. El asiento de la lesión depende tanto de carácter de la tensión psíquica como de la vulnerabilidad del tejido o del sistema orgánico.

El último parámetro, llamado predisposición somática, refleja a factores constitucionales o agresiones previas al tejido u órgano.

Las reacciones corporales a las emociones son fenómenos corrientes en la vida diaria. Cuando uno se asusta, la tensión sanguínea se eleva, el número de movimientos respiratorios aumenta, los latidos cardíacos se aceleran, las glándulas sudoríparas aumentan su actividad y las pupilas se dilatan. Cuando uno tiene miedo los músculos se ponen en tensión; cuando uno se disgusta el estómago se revuelve; cuando uno está avergonzado se ruboriza, cuando se tiene un dolor moral, las glándulas lacrimales secretan lágrimas. Toda emoción se manifiesta en forma fisiológica. La ansiedad crónica y la tensión prolongada pueden conducir a la disfunción o a lesiones irreversibles de los tejidos o de los órganos. Esta patología fisiológica es, pues, secundaria a factores psicológicos.

Reacciones de conversión.

Desde la más remota Antigüedad se han observado y registrado enfermedades que se manifiestan por síntomas físicos sin patología orgánica visible. Las nociones sobre la etiología de estos trastornos han variado con el transcurso del tiempo. Los griegos de la Antigüedad

mostenían la hipótesis de que el útero migraba a diferentes posiciones en el interior del cuerpo, lo cual ignoraba síntomas físicos y ataques emocionales en las mujeres, crisis que no sabían explicar de otra manera. Esta teoría de los "cambios de posición del útero" hizo que se diese el nombre de histerismo a la enfermedad. Durante la Edad Media se abandonó el punto de vista naturalista de los griegos. Creían que las manifestaciones históricas eran consecuencia de la acción de los malos espíritus o del diablo. Esta creencia en el origen demoníaco de la histeria se extendió por toda Europa y produjo epidemias de persecución y caza de brujas. Durante el siglo XIX, con los progresos de las ciencias anatómicas y fisiológicas, se modificaron los conceptos sobre el origen del histerismo. Fue una era encerrada en el dualismo mente-cuerpo, y todos los fenómenos mentales se interpretaban en términos de enfermedad de las estructuras del sistema nervioso central. Sin embargo, la búsqueda metódica de lesiones patológicas en el sistema nervioso central resultó infructuosa. La explicación de los síntomas histéricos, iniciada con los trabajos de Charcot y Janet y ampliada por los esfuerzos de Breuer y especialmente de Freud, se interpreta como un conflicto inconsciente que se transforma en un síntoma somático que lo expresa simbólicamente, con lo cual se reduce la tensión y la ansiedad.

Las reacciones de conversión pueden manifestarse como disfunciones en cualquier parte del cuerpo, con lo que resulta enorme la variedad potencial de síntomas. La disfunción suele manifestarse en los sistemas motor y sensitivo, originando parálisis, anestias, dolor, sordera, ceguera, parestesias, sabores extraños, etc. La reacción de conversión puede ser menor, en cuyo caso los síntomas son vagos y pasajeros, o mayor, en la cual el síntoma está bien definido y es fijo. En ambos casos la dinámica es la misma; el síntoma reduce el dolor psíquico y la ansiedad. Aunque el beneficio principal del síntoma de conversión es la reducción de la ansiedad mediante la transformación de un conflicto emocional intolerable en un síntoma somático, se producen también otros beneficios. Estos beneficios secundarios se reflejan en la repulsión que los síntomas tienen en la vida del paciente, como una mayor atención e interés por parte de la familia o el posible alivio de la necesidad de trabajar. Tales beneficios alimentan una poderosa resistencia (contramotivación) a la búsqueda o a la aceptación del tratamiento por parte del paciente que ha desarrollado una nueva forma, aunque sea patológica, de mantener el equilibrio. Hay que añadir que tal equilibrio se ha logrado sin que el paciente tenga conciencia de ello.

Manifestaciones orales

de las reacciones de conversión y psicofisiológicas.

Hay diversos estados orales que, basándose en la evidencia clínica, pueden ser considerados como psicofisiológicos; es decir, se ve que presentan simultáneamente lesiones visibles y un componente emocional. Se incluyen entre ellos la gingivitis ulcerante necrótica, el liquen plano las úlceras aftosas y la glositis migratoria benigna. Tales afecciones tienen poca importancia desde el punto de vista psiquiátrico, pues no se consideran como reacciones de defensa ni alivian la ansiedad. No obstante, el conocimiento de las implicaciones emocionales de estas enfermedades puede contribuir a la mejor comprensión de su etiología y a su prevención en el futuro. De momento, el reto que plantean al dentista está en relación con su tratamiento local. Es conveniente tener en cuenta que su evolución clínica reflejará las mejoras que se produzcan en el estado emocional del paciente.

Las reacciones de conversión que se manifiestan en la cavidad oral presentan un desafío de distinto tipo al dentista. Son ejemplos de tales reacciones el dolor facial idiopático, la odontalgia si causa aparente, el trismo y la glosodinia. Como representan reacciones de defensa y sirven para aliviar la ansiedad, el dentista puede influir notablemente en el estado emocional de los pacientes que presentan estos trastornos.

Al ocuparse en problemas de este tipo el dentista debe dominar su propia reacción emocional ante el paciente y evitar cuidadosamente toda manifestación de desdén o de incredulidad, sólo porque no descubre pruebas físicas de enfermedad ni halla una explicación clínica de los síntomas existentes. Debe hacer una historia clínica detallada y exhaustiva, dando al paciente plena oportunidad de comentar su problema. Como es esencial descartar la existencia de causas orgánicas que puedan producir los síntomas, debe realizarse una exploración clínica y radiográfica completa. En caso de glosodinia la exploración comprenderá un análisis de sangre para detectar o descartar una anemia o una diabetes que pudieran ser la causa de los síntomas linguales. En los casos de trismo histérico a veces es necesario manipular la mandíbula bajo anestesia general para demostrar la ausencia de cualquier factor físico que pudiera limitar el movimiento mandibular.

Solamente cuando el dentista está seguro de que no existe ninguna causa demostrable de los síntomas del paciente, puede proceder con confianza al nuevo paso en el tratamiento del problema. Si la reacción de conversión es de tipo benigno, como la glosodinia, puede organizar un régimen de tratamiento y observación, por ejemplo una terapéutica vitamínica y visitas frecuentes para

tranquilizar al paciente. Si el problema es más serio, debe remitir el paciente a un psiquiatra. La mejor manera de hacerlo es indicar al paciente que su problema requiere de la colaboración de otro profesional, lo cual siempre es preferible a desembarazarse bruscamente de él dejándolo en manos del psiquiatra, cosa que le permitiría sacar las conclusiones que son de suponer.

Hay dos maneras de actuar que, aunque tentadoras, deben evitarse. La primera es decir al paciente que no puede ordenarse ningún tratamiento, puesto que no se encuentra la explicación a los síntomas. Esto deja al paciente desorientado y le obliga a buscar desesperadamente algún médico o dentista que le alivie o cure.

La segunda manera de proceder, que todavía es más peligrosa para el paciente, es ceder a su presión y efectuar un tratamiento que se sabe no es adecuado al caso. Por ceder a estas presiones se han extraído muchos dientes normales. Aunque es sincero el deseo de ayudar al paciente, puede predecirse un resultado desgraciado. Al cabo de poco tiempo, el paciente elegirá subconscientemente otro diente como órgano de defensa y se restablecerá el problema inicial.

Una paciente a la cual uno de los odontólogos no atendió bien por haber seguido el primer tipo de acción, es decir, rechazar el tratamiento, volvió seis meses después con un dolor aún más agudo en otro diente.

En el interválo, le habían extraído tres dientes sanos tres dentistas diferentes que al parecer habían seguido la segunda manera errónea de proceder, es decir, el tratamiento innecesario. Por fortuna, aunque poco tarde, se logró que consultara con un psiquiatra. Si se hubiera accedido a los deseos de la paciente de que le extrajeran todos los dientes, se podía predecir una crisis psiquiátrica aguda al faltar totalmente los dientes que pudieran utilizarse como mecanismo de defensa.

El paciente con cancerofobia.

Como las neoplasias malignas son la segunda causa más frecuente de muerte en nuestro país, el miedo al cáncer no es una reacción irracional. De hecho, se realiza un esfuerzo importante para aprovechar este temor y estimular a los individuos a que se sometan a revisiones periódicas. Cierta grado de temor puede así tener un efecto beneficioso. Sin embargo, por desgracia es corriente encontrar pacientes que experimentan un temor morboso al cáncer. Este miedo exagerado resulta dolorosamente evidente en el primer contacto con algunos pacientes; en otros aparece más tarde de manera sutil. En ambos casos el dentista desempeña un papel importante en el tratamiento del paciente.

El dentista puede dar por supuesto que, en mayor o menor grado, el cáncer preocupa a todos los pacientes. Por eso todos los pacientes aprecian, y les tranquiliza, el examen cuidadoso del tejido blando. El examen negativo debe ir seguido siempre de una explicación confirmando la ausencia de la enfermedad. Tal afirmación ha de ser muy enérgica e incluso exagerada cuando se sospecha que el paciente padece cancerofobia. En tales pacientes se han de seguir las visitas para descartar el cáncer, como cosa de rutina. En algunos casos el paciente agradece un examen cada tres meses.

Requiere especial atención el paciente con cancerofobia que presenta alguna lesión oral. Es frecuente observar una grave angustia en los pacientes que descubren de pronto que tienen un tumor palatino. En tales casos el dentista debe adoptar una postura positiva y explicar la lesión en forma tal que no quede ninguna duda. Es una equivocación mostrarse despreocupado o desenvuelto, porque algunos pacientes se agarrarán a cualquier excusa para creer que están gravemente enfermos.

En caso de lesión del tejido blando, por muy inocua que parezca, el dentista ha de demostrar que le presta la debida atención. Están indicadas las visitas frecuentes para confirmar la curación precoz y completa. Para evitar la ansiedad aguda del paciente, éste ha de estar convencido de que la lesión está bajo vigilancia profesional experta.

La biopsia es un arma poderosa en la conducción del tratamiento de los pacientes con cancerofobia. Se han de educar todos los pacientes en el sentido de que consideren una biopsia como un método para descartar más bien que para confirmar una enfermedad maligna, pero el paciente con cancerofobia se beneficia de un modo especial de tal punto de vista. Incluso cuando son pocas las razones para sospechar que una lesión es maligna, a veces resulta imposible convencer al canceróforo sin una demostración microscópica.

Así, por ejemplo, puede estar indicada una biopsia en un paciente con un caso clásico de liquen plano.

Cuando se descubre una leucoplasia premaligna en un paciente que tiene un temor anormal al cáncer, se requiere un enfoque clínico sumamente cuidadoso para conducir el tratamiento de la lesión de manera adecuada sin someter al paciente a una tensión excesiva. Si el dentista deja traslucir de alguna manera sus sospechas de que se trate de un cáncer, el paciente puede sufrir hasta el punto de quedar incapacitado. Se ha de adoptar una conducta positiva y rápida para reducir al mínimo el período de incertidumbre. Cuando se recibe un informe negativo de la biopsia, el dentista ha de convencer al paciente de que no debe obsesionarse ni preocuparse mientras siga volviendo para exámenes periódicos de rutina. En los casos en que sea posible, debe escindirse totalmente la lesión para suprimir el foco de las preocupaciones del paciente. Las instrucciones concernientes a la eliminación de las causas de irritación han de ser explícitas y razonables.

Los pacientes fuman por razones muy diversas, muchas de las cuales no tienen relación con la farmacología de la nicotina. Los consejos ocasionales sobre la conveniencia de dejar de fumar, o de fumar menos, no merecen nuestra aprobación. Decírselo a un paciente que

ya sabe que ha de dejar de fumar, pero que no lo ha conseguido en intentos anteriores, no sirve de nada y únicamente contribuye a aumentar la ansiedad y el número de pacientes con cancerofobia latente o actual. Si el dentista cree honradamente que el hábito de fumar es un factor que agrava una lesión precancerosa bucal debe exponer su opinión en términos que no dejen lugar a dudas. Ha de dedicar el tiempo necesario para convencer al paciente de que no tiene otra alternativa que la de suprimir el vicio inmediata y totalmente. Luego ha de asistir al paciente mediante revisiones frecuentes en las cuales le "premiará" asegurándole que mejorará el estado de su boca. Como el miedo al cáncer suele ser superior a la necesidad o al deseo de fumar, el paciente con una fobia acostumbra responder favorablemente a las instrucciones relativas al uso del tabaco.

La medicina oral
en la práctica del futuro.

Como los inevitables cambios ocurridos influyen sobre el carácter de la práctica dental, una de las características de nuestra profesión en proceso de maduración será un mayor énfasis en la medicina oral. En los párrafos iniciales de esta tesis expongo algunas razones prácticas por las cuales la práctica general progresiva actual no puede ignorar a la medicina oral en su actuación. No obstante, al mirar al futuro se debería hacer con un enfoque algo más amplio.

Desde la segunda guerra mundial nuestra sociedad y su comunidad científica han invertido grandes cantidades en un esfuerzo para conseguir conocimientos más fundamentales sobre la etiología y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la humanidad. Todavía queda mucho por hacer en este terreno de esfuerzo investigador, pero todos estarán de acuerdo en que se han realizado grandes progresos. Durante los últimos años se ha hecho evidente que los conocimientos sobre cómo prevenir y tratar la enfermedad han rebasado en mucho nuestra comprensión de cómo llevar los beneficios de la investigación a los mayores sectores de la sociedad. Uno de los retos clave con que tienen que enfrentarse las profesiones sanitarias implica su capacidad para proporcionar asisten-

cia sanitaria a toda la población. Hay un consenso general en que debe ocurrir y ocurrirá un cambio en el tipo de asistencia.

Se prevé que en el futuro el dentista general será principalmente una fuente de distribución de pacientes a los especialistas médicos. Se confía en que el dentista, que atiende a personas al parecer sanas, desempeñe un papel importante en la detección de enfermedades ocultas. Una de las contribuciones importantes de la odontología en el campo sanitario ha sido establecer la "filosofía" y el sistema de las visitas de rutina para la conservación de la dentadura. Mediante este sistema el dentista está en condiciones de orientar y vigilar la salud general de un gran número de pacientes sobre una base regular. Esta mayor atención a la medicina oral requerirá que el dentista le dedique mayor tiempo, del cual podrá disponer cuando confíe muchos de los aspectos puramente técnicos de su práctica al personal auxiliar.

El dentista del futuro utilizará muchas técnicas nuevas en el diagnóstico de la enfermedad general. La saliva es un líquido biológico de gran importancia, y cabe vaticinar que finalmente se usarán métodos de análisis de la misma en el consultorio dental. El empleo de extensiones citológicas de la mucosa bucal se ampliará para incluir la evaluación de la respuesta celular a diversos cambios metabólicos generales.

Se enviarán nuestras biopsias a los laboratorios centrales para la microdeterminación de las modificaciones bioquímicas de los tejidos. En el consultorio se llevarán a cabo un mayor número de pruebas de laboratorio que no requieran aparatos especiales. Todos los métodos que he mencionado permitirán un examen bastante profundo de los pacientes. El dentista estará entonces preparado para enjuiciar correctamente el tratamiento dental de sus pacientes y la remisión de éstos a otros especialistas.

En el futuro, una mayor proporción de todos los tipos de cuidados médicos se administrarán en centros sanitarios complejos, que comprenderán camas para los pacientes de medicina general y cirugía, prestaciones propias de pacientes internados a los pacientes ambulatorios, clínicas para pacientes ambulatorios, moteles para convalecientes y sanatorios. Un mayor número de dentistas trabajará en la clínicas externas de estos centros, y todos ellos considerarán la asistencia a los pacientes encamados como una rutina.

Durante los últimos veinte años se ha incrementado bastante el uso de medicamentos en la práctica dental. Tal tendencia se mantendrá y, a medida que se desarrollen nuevos preparados, la farmacoterapia desempeñará un papel importante en la conducción del tratamiento global del paciente dental. Es posible que las vacunas y otras medicaciones de administración local modifiquen mucho

el futuro enfoque clínico de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

Muchos especialistas actuarán en puestos académicos y en grandes centros clínicos en los cuales impartirán enseñanza, investigarán y celebrarán consultas.

Incluso aunque se produzca la especialización, no disminuirá en absoluto la demanda y la necesidad de un mayor uso de la medicina general en la práctica odontológica.

"No hay razones para suponer que la medicina general en la práctica odontológica se convertirá en una especialidad en un futuro no muy lejano".

CONCLUSIONES

Es verdad que una disciplina médica no puede limitarse, restringirse a fronteras cerradas; la acción interdisciplinaria entre las diversas especialidades no sólo es deseable sino que es benéfica para la salud del paciente, único objetivo final de nuestros conocimientos.

El odontólogo moderno debe rescatar su lugar de terapeuta específico de la medicina general en la práctica odontológica; claro que sin olvidar que las consultas polifacéticas con otros profesionales siempre serán constructivas y útiles para la relación especialista-paciente.

La vida actual, enfrenta a los seres humanos a estreses psíquicos y físicos constantes y mutantes que lo obligan a tomar rápidas y resueltas decisiones. Los muy diversos estímulos reales y/o imaginarios a los que estamos sometidos diariamente en esta agitada existencia contemporánea, impide ocasionalmente en unos y crónicamente en otros, hacer la buena elección de la solución requerida y, la cual acumula una serie de componentes no resueltos que generan un desequilibrio entre las dos fuerzas: la psíquica y la corporal.

Toca al dentista aliviar o curar este desequilibrio y restaurar la armonía psicofisiológica de los individuos a quienes tiene a su cargo.

Mantengamos a estos factores indivisibles y congruentes, auxiliémosnos de los muchos especialistas que en una u otra forma conocen la medicina general en la práctica odontológica, pero no releguemos ni dejemos a ellos esta asignatura, pues el práctico general puede por sí mismo resolverlos.

Ojala que esta tesis desprenda un juicio crítico favorable y vea con buenos ojos el honesto empeño y el desec sincero de quien quiere dar algo a la institución de enseñanza que, lo amparó, protegió y satisfizo durante el largo período del aprendizaje.

"El saber y la razón se hablan,
la ignorancia y el error se gritan". GRAF.

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

- 1 .- Archard, H. O, y Roberts, W. C, "Bacterial endocarditis after dental procedures in patients with aortic valve prostheses, J. Amer. 72: 548-552, 1956. 2a edición.
- 2 .- Beeson, P. B, y McDermontt, W. (eds), Cecil-Loeb Textbook of Medicine, 12^a ed. Filadelfia W.B. Saunders Co., 1967
- 3 .- Burket, L. W., Oral Medicine, Diagnosis and treatment, 4^a ed. Filadelfia J. B. Lippincott Co. 1961.
- 4 .- Dachi, S. F., y Stein, L. I. "Diagnosis and treatment or management of orofacial pain of emotional origins"., in J. Oral Surg., 26:345-348, 1968 4a ed.
- 5 .- Little, J. W., Bartlett, R. C., "Differentiation of common local and systemic diseases in oral soft tissues". en Dent. Clin. N. Amer., marzo de 1968, pp. 141-159.
"Management of dental problems in patients with cardiovascular disease in, Report of a conference". en J. Amer. Dent. Ass., 68:333-324, 1964.
- 6 .- McCarthy, L., y Shklar, G., Diseases of the oral mucosa, Nueva York. McGraw - Hill Book Company, 1964.
- 7 .- Morris, A. L., "The medical history in dental practice"., en J. Amer. Dent. Ass., 74:129-137, 1967.

- 8 .- Page, L. B., y Culver, P. J., A Syllabus of
laboratory Examinations in Clinical Diagnosis,
Cambridge, Harvard University Press. Ed. 1961.
- 9 .- Wells, A. H., "Disorder of blood coagulation;
Laboratory diagnosis". J. Int. Coll. Surg.,
40:437-455, 1963.
- 10.- Sheldon Rovin. President and professor of Oral
Department of Patology, University of Kentucky.
"Oral Patology", Ed. 1970.