

REPERCUSIONES  
EN ODONTOLOGIA  
DE LAS  
DIFERENTES  
ENFERMEDADES

Biblioteca

Facultad de Odontología

U.M.S.N.H.

Biblioteca

Facultad de Odontología

U.M.S.N.H.

Biblioteca

Facultad de Odontología

U.M.S.N.H.

TERESITA MADRAZO JIMÉNEZ

97

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO  

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

REPERCUSIONES EN ODONTOLOGIA  
DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES

Tesis

que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta:

TERESITA MADRAZO JIMENEZ

Morelia, Mich., Mayo de 1968.

DEDICO ESTA TESIS

*Con todo cariño muy especial*  
A mis PADRES

ROBERTO MADRAZO MALDONADO  
Y  
ESTELA J. DE MADRAZO

*quienes con sacrificios hicieron posible mi carrera.*

A MIS ABUELITOS

Pbro. José S. Jiménez  
Benicia P. de Jiménez.

A MIS HERMANOS

Estela M. de González  
Raquel M. de Olguín  
Silvia Ruth M. de Riveroll  
Roberto J. Madrazo Jiménez.

A MIS CUÑADOS

Ing. Raúl González D.  
Ing. Ricardo J. Olguín B.  
Dr. Antonino Riveroll P.

A MIS SOBRINOS

Raúl Alberto, Ana Estela, José Daniel,  
Ricardo Jorge, Rocío y Antonino.

EN FORMA MUY ESPECIAL  
Al Dr. SAMUEL REYNA MIRANDA  
*amigo que me dirigió y ayudó en la  
elaboración de esta tesis.*

Al Dr. Eliseo Mendoza M.  
*Director y maestro que me ayudó de una  
manera especial al término de mi carrera.*

AL DR. MELCHOR DIAZ RUBIO

AL DR. Abdiel López

A MIS MAESTROS

A MIS PARIENTES  
Y AMIGOS

A LA GENERACION  
1964 - 1967

A MI Inolvidable  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AL H. JURADO

# S U M A R I O

## **INTRODUCCION. (Prólogo)**

### **I.—APARATO RESPIRATORIO.**

- 1.—Resfriado Común
- 2.—Sinusitis
- 3.—Amigdalitis
- 4.—Traqueobronquitis Fusospiroquetósica
- 5.—Absceso Pulmonar
- 6.—Neumonía
- 7.—Gripe

### **II.—APARATO CARDIOVASCULAR.**

- 1.—Angina de Pecho
- 2.—Oclusión coronaria
- 3.—Endocarditis Bacteriana Subaguda
- 4.—Reumatismo Cardíaco
- 5.—Hipertensión
- 6.—Cardiopatías Congénitas
- 7.—Coartación de la Aorta
- 8.—Síncope
- 9.—Shock Traumático
- 10.—Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- 11.—Trombosis del Seno Cavernoso

### **III.—APARATO DIGESTIVO.**

- 1.—Boca
- 2.—Glándulas Salivales
  - a)—Aumento de la secreción salival
  - b)—Disminución de la secreción salival
  - c)—Obstáculos al flujo salival normal

- d) — Parotiditis postoperatoria
- e) — Paperas
- f) — Fiebre úveoparotídea
- g) — Enfermedad de Mikulicz
- 3. — Síndrome de Plummer-Vinson
- 4. — Gastritis
- 5. — Ictericia Catarral
- 6. — Enfermedades de la Vesícula Biliar
- 7. — Apendicitis
- 8. — Fiebre Tifoidea
- 9. — Mononucleosis Infecciosa
- 10. — Tularemia
- 11. — Brucelosis

**IV.—APARATO UROGENITAL.**

- 1. — Anomalías Congénitas
- 2. — Uremia
  - a) — Estomatitis urémica
- 3. — Afecciones Renales Inflamatorias
  - a) — Glomérulonefritis aguda
  - b) — Nefritis crónica intersticial
- 4. — Litiasis Renal y Enfermedades de la Pelvis, Uréteres y Vejiga
  - a) — Nefrolitiasis
  - b) — Pielitis
- 5. — Enfermedades de la Prostata

**V.—APARATO REPRODUCTOR.**

- 1. — Ovarios
  - a) — Hiperovarismo e hipovarismo
- 2. — Menstruación
- 3. — Embarazo
  - a) — Caries
  - b) — Gingivitis y “tumores” gingivales
  - c) — Focos bucales de infección y complicaciones del embarazo
- 4. — Testículos

## VI.—ORGANOS DE SECRECION INTERNA.

- 1.—Hipófisis
  - a) —Hipopituitarismo
  - b) —Hiperpituitarismo
- 2.—Tiroides
  - a) —Hipertiroidismo
  - b) —Hipotiroidismo infantil y adulto
- 3.—Timo
- 4.—Paratiroides
  - a) —Hipoparatiroidismo
  - b) —Hiperparatiroidismo
- 5.—Glándulas Suprarrenales
  - a) —Enfermedad de Addison

## VII.—SANGRE Y ORGANOS HEMOPOYETICOS

- 1.—Neutropenia Maligna
- 2.—Leucemia
  - a) —Leucemia aguda
  - b) —Leucemia crónica linfoide
- 3.—Hemofilia
- 4.—Seudoemofilia
- 5.—Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria
- 6.—Púrpuras
- 7.—Policitemia
  - a) —Policitemia primitiva
- 8.—Anemia Eritroblástica Primitiva

## VIII.—HUESOS Y ARTICULACIONES.

- 1.—Artritis
- 2.—Afecciones de las Articulaciones Temporomaxilar
- 3.—Disostosis Cleidocraneal
- 4.—Disostosis Cráneo facial Hereditaria
- 5.—Exostosis
- 6.—Osteítis Deformante
- 7.—Osteogénesis Imperfecta

**IX.—NERVIOS, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y MUSCULOS.**

- 1.—Dolor
- 2.—Neuritides de Interés Odontológico
- 3.—Neuralgias
- 4.—Neurosis
- 5.—Epilepsia
- 6.—Poliomielitis Anterior
- 7.—Enfermedades de los Músculos

**—BIBLIOGRAFIA.**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.



## PROLOGO

Es una satisfacción el haber hecho éste trabajo y me resulta imposible exponer en el tiempo relativamente breve, destinado a presentar esta Tesis, todos los conocimientos necesarios, con el propósito esencial y los medios básicos para lograrlo; con la humildad propia del que ha incurrido en un acto de audacia, espero ser juzgada con benevolencia, pues si van con espíritu crítico, encontrarán muchas faltas y deseo que el jurado no sea demasiado severo, en atención a las buenas intenciones que me han guiado.

Creo que el valor de todo trabajo, cualquiera que comprenda, depende del concepto básico que guía a uno y aunque mis conocimientos y mi experiencia son pocos, deseo proponerles que sea comprensible éste tema.

Como nuestra profesión se ha caracterizado por la aspiración a realizar los trabajos biomecánicos con la mejor técnica posible en los campos de la restauración y la prótesis, en medicina bucal es aún de mayor importancia el conocer al paciente y por ello hago una breve recopilación de los síntomas que son más importantes para la odontología.

Finalmente desearía añadir unas palabras de aprecio para las personas indispensables en el proceso de desarrollar éste trabajo en mi Tesis, se trata de mi asesor; mi agradecimiento a los doctores por el suministro de valiosos textos que de otro modo no hubiese podido obtener; a los autores en cuyas obras saqué inspiración.

## CAPITULO I

Siguiendo el orden antes mencionado, paso a describir brevemente cada una de las enfermedades, de los distintos aparatos y sistemas:

### APARATO RESPIRATORIO

*Resfriado Común: (Rinitis Aguda-Coriza)*

El resfriado común, es una inflamación catarral aguda de las vías respiratorias superiores. Aunque no suele ser enfermedad grave, tiene importancia por su difusión y por predisponer a infecciones más graves del aparato respiratorio. Se cree que el agente etiológico que causa esta enfermedad es un virus. Entre los factores predisponentes más importantes figuran los siguientes: fatiga, mojadura de los pies, anomalía de origen anatómicas de las fosas nasales, cambios súbitos e irregulares de temperatura, etc.

Los síntomas iniciales son: sequedad o cosquilleo de nariz y faringe, estornudos y sensación de escalofrío, después de lo cual aparece el característico flujo nasal mucopurulento. Es común el herpes labial; por lo general dura la enfermedad de cinco a siete días.

#### CONSIDERACIONES:

La infección de las vías respiratorias superiores, con frecuencia va acompañado de estomatitis y gingivitis catarrales; hay sensación de ardor, hiperemia y edema de los tejidos bucales. La infección de las vías respiratorias superiores constituye un serio obstáculo para las actividades profesionales del odontólogo; pues deberemos tomar precaución y no atender a los pacientes mientras se halla en la fase aguda de la infección y con ello no se transmitirá el resfriado a otras personas; se pospone la cita para fechas posteriores.

### *Sinusitis:*

La sinusitis es la inflamación aguda de la mucosa de los senos nasales accesorios, que con frecuencia complica al resfriado común; el seno maxilar es el comúnmente afectado.

Los síntomas: en la sinusitis aguda hay cefalea, dolor intenso localizado en la región del seno invadido, fiebre y malestar; son síntomas comunes de ella también que la sinusitis maxilar tenga edema y enrojecimiento de la región malar y párpado inferior; la tumefacción y el dolor irrigado a los dientes, son las causas que hace que el enfermo acuda a nosotros como pacientes. La cefalea matinal, que desaparece en el curso del día por mejor drenaje de los senos en posición vertical, es síntoma común; el flujo retronasal también es manifestación molesta de la afección. El diagnóstico se funda en el interrogatorio, los datos de la exploración física, el examen radiológico y la transiluminación. La presión firme sobre la región del seno, puede provocar intenso dolor. Aún cuando las radiografías intrabucales ordinarias a veces hacen sospechar de la infección de los senos paranasales, son necesarias las radiografías en el plano de oclusión o mejor aún, en proyección posteroanterior, para diagnosticar la enfermedad. La transiluminación que puede practicarse en el gabinete dental, proporciona datos muy valiosos. El tratamiento de la sinusitis maxilar, corresponde atenderla al otorrinolaringólogo y no es requisito exigir la extracción de una pieza dentaria para establecer el drenaje.

### CONSIDERACIONES:

Las raíces de los premolares y molares superiores y los nervios que los inervan, se encuentran muy próximos a los senos maxilares; en muchos casos sólo los separa la mucosa sinusal. Esta relación explica los síntomas dentales que se observan frecuentemente en las afecciones de los senos paranasales. Los abscesos de los alvéolos de bicúspides y molares superiores, a veces se abren en el seno maxilar y producen sinusitis. Algunos clínicos creen que los dientes infectados son la única causa de infección del seno maxilar; cuando un granuloma de un premolar o molar, invade el suelo de la cavidad, resulta difícil demostrar bacteriológicamente las relaciones etiológicas entre infecciones peripicales dentales y sinusi-

tis maxilar. Ella frecuentemente produce síntomas dentales, ~~may~~ a menudo duelen los dientes en estrecha relación anatómica con el seno. Se perciben alargados y son sensibles a la percusión. La sinusitis maxilar puede ser la causa del dolor de los bicúspides y molares superiores que no cabe explicarse por lesiones locales. Los dientes que parecen sanos, no deben extenderse hasta haber excluído la posibilidad de infección de los senos.

A veces, un fragmento de raíz es introducido en el seno maxilar en el curso de una extracción; cuando ésto sucede debe informarse al paciente de la complicación. Si el operador carece de experiencia para tratar éstos casos, es preferible que los mande a un otorrinolaringólogo para que extraiga el fragmento de raíz. En ocasiones, después de extraer un diente próximo al seno maxilar el alvéolo no cicatriza normalmente y una masa polipoide friable, que con facilidad sangra lo llena y se extiende por la boca. Si la extracción ha sido completa, el odontólogo debe sospechar la existencia de un pólipo o de una neoplasia en el seno. Los quistes de las raíces de los premolares y molares superiores, a veces invaden el seno maxilar y pueden llegar a obliterarlo casi totalmente; cuando estos quistes se infectan pueden diagnosticarse erróneamente de sinusitis aguda y como tal se tratan, sin resultado. Estudios radiológicos especiales permitirán establecer el verdadero diagnóstico e instruir el tratamiento adecuado. Los furúnculos del conducto auditivo externo sobre todo los de la pared anterior, en algunos casos originan dolor al masticar, que suelen referirse a la articulación temporomaxilar.

#### *Amigdalitis:*

Las inflamaciones de las masas de tejido linfoide del istmo de las fauces y faringe son comunes, sobre todo en la infancia. La más frecuentemente afectada son las amígdalas palatinas, después la faringea (adenoidea) y por último el tejido linfoide lingual. Se ha comprobado que las infecciones de las amígdalas pueden constituir importantes focos de infección. En niños y adultos jóvenes, la amigdalitis folicular presenta todos los caracteres de una infección aguda y su causa suele ser un estreptococo. Además de los síntomas locales (tumefacción, dolor y disfagia) hay cefalea, escalofrío y dolores musculares generalizados.

## CONSIDERACIONES

La infección crónica de las amígdalas, puede ser un foco primitivo importante de estomatitis recurrente de Vincent. A la inversa, la higiene bucal defectuosa mantiene a veces la cronicidad de las amigdalitis. Las infecciones amigdalinas causadas por la simbiosis fusospiroquetósica (Angina de Vincent).

### *Traqueobronquitis Fusospiroquetósica:*

Es una infección secundaria de las lesiones pulmonares, supuradas por los microorganismos de la cavidad bucal; no es rara en pacientes con mala higiene de los dientes. Los síntomas clínicos se parecen a los de la tuberculosis pulmonar: tos crónica, sudores nocturnos, a veces hemoptisis. El olor de la respiración de los pacientes con ésta enfermedad, es similar al que se produce en la estomatitis aguda de Vincent. Aunque los tipos ordinarios de microorganismos de la simbiosis fusospiroquetósica en la boca se considera saprófitos, es indudable que pueden hacerse patógenos, especialmente en los procesos supurados con necrosis.

## CONSIDERACIONES:

Una buena higiene bucal es importante para la profilaxis de las infecciones fusospiroquetósica de las lesiones pulmonares supuradas. El tratamiento de ésta enfermedad siempre deberá ir precedido por la terapéutica estomatológica adecuada, con el fin de reducir al mínimo las posibilidades de recidiva de la infección.

### *Absceso Pulmonar:*

El absceso del pulmón, es una zona limitada de supuración y necrosis en el parénquima de éste órgano. Puede ser secuela de bronquitis aguda, bronquiectasias, aspiración de material infectado durante la anestesia o consecuencia de infección piógena de cavernas tuberculosas. También los cuerpos extraños en los bronquios como: botones, cacahuates o fragmentos de dientes; originan abscesos pulmonares. Los síntomas de abscesos pulmonar son fiebre irregular, expectoración pútrida muy abundante, pérdida progresiva de peso y en algunos casos amiloidosis. También se cree que la aspiración durante el sueño de tártaro dental infestado y del exudado de las en-

cías purulentas podría ser la causa de los abscesos pulmonares de "etiología desconocida"; la extrema suciedad de la boca en éstas pacientes no se explica ni por la edad, sexo, enfermedad o condición social.

#### CONSIDERACIONES:

La higiene bucal tiene gran valor en las profilaxis de los abscesos del pulmón; infecciones piógenas de cavernas tuberculosas; bronquitis recidivantes y como antes dije la aspiración inadvertida de dientes o fragmentos de los mismos durante las extracciones o de pequeños instrumentos dentales; ha originado abscesos pulmonares.

Los cuerpos extraños que en alguno de los bronquios principales producen cianosis y asfixia intensa; los síntomas característicos son los ataques violentos de tos con disnea y dolor torácico y que tienen particular significación si se presentan después de extracciones u operaciones dentales. La mayoría de estos accidentes de los cuerpos extraños dentales que penetran en las vías respiratorias lo hacen durante intervenciones practicadas bajo anestesia general con taponamiento insuficiente del istmo de las fauces y también puede pasar con anestesia local; los reflejos faringeos normales contribuyen a evitar éstos accidentes.

#### *Neumonía:*

La neumonía, es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar; de los microorganismos, el neumococo es el que con mayor frecuencia la ocasiona, pero también lo hacen estafilococos, bacilos de Friedländer y virus. La neumonía neumocócica se observa en todas las edades y puede presentarse después de infecciones de las vías respiratorias superiores, gripe, enfriamiento o exposición al frío, fatiga o cualquier otra causa de disminución de la resistencia orgánica.

El ataque típico de neumonía se inicia con dolor torácico en puñalada, escalofrío, respiración superficial, fiebre alta y el característico esputo estriado de sangre o "herrumbroso". La neumonía se diagnostica por el interrogatorio, los datos de la exploración física, el examen radiológico y los estudios de laboratorio.

## CONSIDERACIONES:

Se ha observado infecciones neumocócicas de la mucosa bucal en ausencia de invasión pulmonar, especialmente en niños y adultos debilitados; en esas infecciones hay fiebre, vómitos, anorexia y deshidratación; la mucosa bucal aparece cubierta de pequeñas manchas plateadas que recuerdan las lesiones de la moniliasis; esas manchas en la mucosa de las mejillas, porción anterior del paladar y cara inferior de la lengua; son colonias de neumococos.

Las infecciones neumocócicas de la mucosa bucal se diagnostican por los frotis y cultivos de los exudados bucales y las características manchas de la mucosa. Las lesiones deben diferenciarse de las aftas, la difteria y las afecciones fusospiroquetósicas. Las neumocócicas de la boca se tratan con aplicaciones locales de penicilina; se ha observado una lesión común y característica en la pulpa dentaria de pacientes que murieron de neumonía.

Se encuentran muchas zonas hemorrágicas en la capa odontoblástica, zonas de atrofia y destrucción de éste tejido; Las hemorragias también eran comunes por toda la pulpa y las lesiones histológicas se parecían a las que produce la carencia de vitamina C.

### *Gripe o Influenza:*

La gripe, es una tráqueobronquitis aguda con toxemia intensa, que suele ir acompañada de graves complicaciones; la gripe pandémica la enfermedad se propaga rápidamente. La gripe es una infección por virus en la que el bacilo de Pfeiffer es agente de invasión secundaria.

Síntomas: la gripe típica (epidémica) se caracteriza por el comienzo súbito y la extrema gravedad de la toxemia; son manifestaciones comunes las náuseas, vómito y epistaxis, el pulso es lento en relación con la temperatura que se eleva; generalmente hay leucopenia. El tratamiento de la gripe se basa en el reposo absoluto y la administración de líquidos abundantes.

## CONSIDERACIONES:

Son raras las manifestaciones bucales de la gripe, excepto durante epidemias; la mucosa de la boca tiene particular predisposición a las infecciones secundarias, habiéndose registrado estoma-

titis de Vincent, noma, parotiditis y ósteomielitis postgripales. Los pacientes con ésta enfermedad se pueden quejar de escozor en la boca, como si les hubieran puesto pimienta en ella; algunos podrán tener tumefactas las mandíbulas y padecer odontalgias.

También se puede observar edema y coloración roja azulada de las encías y mucosa bucal, además dolor que es uno de los síntomas bucales más notables. Con frecuencia se puede encontrar úlceras superficiales cubiertas por exudado fibrinoso amarillo grisáceo en los bordes de la lengua y en la comisura de los labios. Las odontalgias por pulpitis congestiva, se produce en dientes sin cavidades o grandes obturaciones y la pulpa de dichas piezas dentarias puede estar infectada y hemorrágica; las lesiones bucales de la gripe no requieren tratamiento especial, bastan los colutorios no irritantes.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.



## CAPITULO II

### APARATO CARDIOVASCULAR

La importancia que para nosotros con la profesión de odontólogos, tienen las enfermedades cardiovasculares, deriva de la frecuencia en los adultos de cierta edad y en las múltiples relaciones que guardan estos procesos con las infecciones de la boca. Aunque los accidentes cardiovasculares mortales son raros en la práctica odontológica, ésta circunstancia no disminuye la necesidad de conocer y apreciar plenamente los peligros potenciales que esos pacientes constituyen en el ejercicio de nuestra profesión.

Las infecciones dentales pueden iniciarse o agravar las enfermedades cardíacas; el extirpar focos de infección desencadena a veces recaídas en ciertas afecciones del corazón y cualquier maniobra operatoria o anestésica implica considerable peligro.

La situación de nosotros como dentistas puede calificarse de única en cuanto a sus posibilidades para lograr una acción preventiva entre los pacientes, vigilando los síntomas y signos de la descompensación cardíaca incipiente.

La mayor parte de las personas, raras veces solicitan asistencia médica a menos que se sientan realmente enfermas; pero suelen visitarnos a los odontólogos, así tenemos la extraordinaria oportunidad de observar los primeros signos de insuficiencia cardíaca y enviar a éstos pacientes al cardiólogo. Las siguientes preguntas darán una idea general del estado de los pacientes de afecciones cardiovasculares:

- 1.—¿Cuánto tiempo hace que se sometió a un reconocimiento médico?
- 2.—¿Era entonces normal su presión sanguínea?
- 3.—¿Se fatiga cuando sube escaleras, debe detenerse a la mitad para tomar aire?
- 4.—¿Se le hinchan los tobillos durante el día?

- 5.—¿Siente molestias o dolor en el corazón?
- 6.—¿Alguno de sus antepasados o parientes que vivan en la actualidad tenía o tiene presión arterial alta?
- 7.—¿Ha tenido alguna vez reumatismo?
- 8.—¿Es muy nervioso?

Antes de administrar un anestésico es absolutamente necesario valorar el estado físico del paciente y de su aparato cardiovascular; tenemos la responsabilidad profesional de practicar nuestro trabajo, tomando las debidas precauciones para no poner en peligro salud y la vida de los pacientes.

#### *Angina de Pecho:*

Se desconoce la causa de la angina de pecho, probablemente es consecuencia de anoxia del músculo cardíaco.

Síntomas.—El síntoma se presenta cuando el riesgo sanguíneo del corazón es insuficiente para las necesidades del momento. El síndrome anginoso se produce en las afecciones de las arterias coronarias; algunos medicamentos o el tabaco pueden desencadenar los ataques por su acción constrictora de estos vasos.

El ataque característico de angina de pecho suele producirse después de un ejercicio físico o de emociones fuertes; el paciente experimenta intenso dolor retrosternal, terebrante y opresivo, con sensación de muerte inminente. El dolor irradia hacia el hombro izquierdo y desciende por el brazo hasta la punta de los dedos, pero también puede tener otras irradiaciones, incluso a la región cervical y mandibular; el dolor se alivia inmediatamente al suprimirse los movimientos, el dolor intenso después de comidas copiosas en ocasiones representa un ligero ataque de angina de pecho y no "indigestión aguda", pues durante la digestión aumenta el metabolismo y se exige del corazón mayor esfuerzo; también puede haber vasoconstricción refleja de las arterias coronarias. Si el dolor se prolonga durante más de unos minutos debe sospecharse la oclusión coronaria y algunas afecciones agudas del abdomen.

El diagnóstico de la angina de pecho o de dolor anginoso es basándose en el interrogatorio y en algunos casos es útil el electrocardiograma; el tratamiento incluye las siguientes medidas: 1)—ad-

ministración de medicamentos que mitiguen el dolor del ataque agudo y aumente el flujo coronario; 2—disminución del esfuerzo que se exige al miocardio hasta que resulte compatible con el riesgo sanguíneo y 3)—medidas quirúrgicas dirigidas a interrumpir las vías de conducción del dolor y el estímulo nervioso reflejo.

#### CONSIDERACIONES:

El ataque de angina de pecho, puede presentarse como reacción refleja en el curso de la asistencia odontológica, en particular durante extracciones. En ocasiones el dolor de angina de pecho se refiere a las mandíbulas o a los dientes y obliga al enfermo a buscar los cuidados del odontólogo y si no hacemos un minucioso interrogatorio se correrá el riesgo de hacer una extracción innecesaria e incluso poner en grave peligro la vida del enfermo.

El dolor mandibular de origen anginoso se caracteriza por su extrema intensidad, por iniciarse con el ejercicio físico y desaparecer con el reposo y son éstos datos que sirven para diferenciarlo del dolor de origen dental. Conviene calmar al paciente, que deberá tomar un barbitúrico de acción breve por ejemplo: pentobarbital (Nembutal N.N.R. 0.09g) o Ipral (N.N.R. 0.12g.) media hora antes de acudir a la consulta dental y si está proyectada alguna extracción dentaria, el mejor anéستico es el Clorhidrato de Procaína al 1.5 ó 2 por 100, sin adrenalina.

Pues la adrenalina acelera el ritmo cardíaco y lleva la presión sanguínea; también se prefiere el éter o el éter divinílico al óxido nítrico como anéستico general. Si el paciente sufre un ataque de angina de pecho mientras está en el sillón dental, se le coloca inmediatamente en el espacio sublingual una tableta de 0.4 a 0.6 de nitroglicerina o se le dará a inhalar el contenido de una perla de nitrato de amilo.

#### *Oclusión Coronaria:*

Es consecuencia de la disminución de la luz de una de las arterias de éste nombre o de sus ramas por trombosis, arteriosclerosis o embolia. El síndrome doloroso y sus efectos tan a menudo mortales resultan del obstáculo a la nutrición del músculo cardíaco por isquemia.

Esta enfermedad es más común después de pasada la edad media de la vida (50-70 años) y es más frecuente en el varón. La oclusión coronaria puede ser el primer signo de una grave enfermedad cardiovascular o secuela de hipertensión. El esfuerzo, tensión, trabajo intenso y preocupaciones mentales también son factores que intervienen en la producción de los síntomas coronarios.

Síntomas.—El síntoma más destacado de la oclusión coronaria típica, es el dolor opresivo y persistente en la región precordial, de horas o días de duración y que puede irradiarse como la angina de pecho. El dolor no se relaciona con el ejercicio físico o la excitación, ordinariamente se produce durante el reposo y con frecuencia durante el sueño; en algunos casos hay síntomas de shock con palidez y sudores fríos, también por insuficiencia del ventrículo izquierdo.

El tratamiento de la oclusión coronaria va dirigido a mitigar el dolor en las fases iniciales del accidente (sulfato de morfina) y a obtener reposo físico y mental durante la convalecencia prolongada.

Pronóstico.—La trombosis coronaria, puede provocar la muerte inmediata o la zona de infarto romperse en el curso de los primeros días, si el paciente no sucumbe en este período, tiene probabilidades de sobrevivir al ataque.

#### CONSIDERACIONES:

Lo mismo que en la angina de pecho, es rara la muerte súbita por oclusión coronaria en el consultorio dental; sin embargo el simple acto de sentarse en el sillón dental, constituye para algunos individuos un estímulo emocional.

El dolor retrosternal, obliga a suspender el tratamiento hasta que la causa exacta del síntoma haya sido determinada por el médico. Durante la fase aguda de oclusión coronaria está contraindicada toda terapéutica dental.

Los analgésicos para ésta enfermedad aliviarán el dolor causado por afecciones de los dientes; con medicación preoperatoria y técnica odontológica apropiada para evitar cuidadosamente el dolor, se puede realizar en éstos pacientes todo el trabajo necesario sin

riesgo excesivo; cuando sea necesario hacer alguna extracción y otras operaciones de menor importancia se consultará al médico general, como medida de precaución; se recomienda la anestesia con clorhidrato de procaína sin adrenalina; también la neosinefrina.

#### *Endocarditis Bacteriana Subaguda:*

Es una enfermedad grave, causada en la mayor parte de los casos por *Streptococcus viridians* o también por el *Lactobacillus acidophilus*, en los cuales había antecedentes próximos de afecciones dentarias, como: fístula o abscesos; también por extracciones múltiples por granulomas periapicales.

Muchas veces resulta difícil determinar los factores causales inmediatos de la enfermedad, pero es común que la iniciación de los síntomas clínicos pueda relacionarse cronológicamente con infecciones de las vías respiratorias superiores, traumatismos quirúrgicos y extracciones dentales.

La endocarditis bacteriana subaguda puede presentarse a cualquier edad y no es fácil de descubrir los síntomas del proceso. El paciente experimenta astenia, pérdida de peso, disnea y anorexia progresiva y dolores y síntomas semejantes a los de la gripe. Una vez que se ha producido las vegetaciones fibrinosas (trombos) en las válvulas cardíacas, constituyen la fuente de diseminación microbiana intermitente; éstas vegetaciones son friables y de ellas se desprenden en ocasiones, pequeños fragmentos o émbolos que dan origen a diversos cuadros clínicos.

Las hemorragias petequiales de las conjuntivas y de la mucosa bucal, son consecuencia de embolias minúsculas; con demasiada frecuencia el diagnóstico clínico de endocarditis bacteriana subaguda se establece por eliminación de otras afecciones. La enfermedad deberá sospecharse en sujetos con afecciones valvulares, que tienen fiebre sin causa manifiesta durante una semana o más y en los que presentan accidentes embólicos a anemia de etiología desconocida; el diagnóstico definitivo se establece por los datos de exploración y los resultados del hemocultivo.

#### CONSIDERACIONES:

Aunque es casi imposible determinar con exactitud la procedencia de los microorganismos que originan la endocarditis bacteria-

na subaguda, hay muchos datos clínicos y de laboratorio, que indican la importancia de los focos infectados bucales.

El estreptococo hemolítico alfa o *Streptococcus viridans*, suele hallarse en la boca con mucha frecuencia en los tegidos periapicales. Estudiando la etiología de la endocuditis batiriana subaguda u hemocultivos antes y después de la extracción de una pieza dentaria se comprobó la existencia de bacteriemia transitoria; investigadores demostraron que los microorganismos responsables de ésta enfermedad solían penetrar por el torrente circulatorio después de las extracciones dentales.

Los antisépticos locales no son eficaces para esterilizar esos campos y se ha comprobado que la cauterización de la hendidura gingival, antes de la extracción disminuye notablemente, el tanto por ciento de bacteriemias transitorias. La mala higiene de la boca y la parodontosis significan un riesgo aún mayor en éstos pacientes; aparte las pruebas poco convincentes de la relación etiológica entre extracción dental o sepsis bucal y ésta enfermedad si se tiene en cuenta el curso desfavorable de ella, es indudable que deben ponerse en práctica todas las medidas profilácticas conocidas para evitar bacteriemias transitorias en pacientes con lesiones valvulares sobre todo las de origen reumático.

La penicilina ha reemplazado casi por completo a las sulfamidas, en la profilaxis de las bacteriemias transitorias que siguen a las extracciones; no se recomienda la penicilina por vía oral a causa de la variabilidad de las concentraciones sanguíneas de antibiótico, que se obtiene, con éste tipo de administración.

#### *Reumatismo Cardíaco-Fiebre Reumática:*

La fiebre reumática, es una enfermedad infecciosa, que ataca al sistema nervioso; tejido subcutáneo; articulaciones y al corazón. No se sabe la causa exacta de éste proceso morbosos, pero hay datos que permiten sospechar para determinar que es un estreptococo hemolítico el de las manifestaciones reumáticas.

La fiebre reumática, es principalmente una enfermedad de la infancia y primeros años de la adolescencia; "los dolores de crecimiento" en la niñez a veces son síntomas de reumatismo y se caracterizan siempre por las recidivas.

Los síntomas iniciales de la infección reumática puede ser co-rea, carditis aguda, artritis reumática o los nódulos subcutáneos típicos. El pequeño paciente a menudo tiene faringoamigdalitis, fiebre alta y no presta atención a lo que le rodea. La artritis reumática se caracteriza por invasión sucesiva de las articulaciones, que aparecen rojas, tumefactas y dolorosas; es frecuente encontrar nódulos reumáticos, pequeñas masas fibrosas y ovals en el tejido subcutáneo, en las superficies de extensión de las muñecas y tobillos; son moderadamente dolorosos. En la mayor parte de casos de infección reumática, lesiona el corazón.

En los casos de infección cardíaca, se producen lesiones en la mitral que terminan en estenosis o insuficiencia de diversos grados; las válvulas así lesionadas con frecuencia son asiento de endocarditis bacteriana subaguda; en el miocardio se producen fibrosis y disminuye la reserva funcional del músculo. Diagnóstico de fiebre reumática, se establece por el interrogatorio, datos de exploración física (murmillos o hipertrofia cardíaca) examen radiológico, velocidad de sedimentación de los hematíes, prueba de la fibrinólisis y leucocitosis. El tratamiento se basa en el reposo y los sedantes, durante los episodios agudos; los salicilatos son casi específicos para el dolor en ésta enfermedad; la cortisona, provoca la remisión del proceso.

#### CONSIDERACIONES:

Aunque se cree que las infecciones amigdalinas recidivantes, predisponen a las exacerbaciones de la fiebre reumática, no se ha podido establecer relación directa entre afecciones de la boca y ésta enfermedad; puede haber gravedad y caries dental y habrá que prestar atención especial al tratamiento odontológico y a la supresión de las infecciones bucales.

Se ha observado y se considera como una anomalía dental típica en pacientes de endocarditis reumática: protrusión de los caninos y desarrollo asimétrico del paladar; también se ha descrito un enantema hemorrágico en la boca y faringe de pacientes de fiebre reumática; constituido por máculas redondeadas de intenso color rojo, unas puntiformes otras de 2 mm. de diámetro; se presenta con mayor frecuencia en la cara interna de la mejilla a nivel del conducto de Stenon, pero también son comunes en el paladar blanco, re-

gión sublingual, úvula y bordes de la lengua, al principio tienen matiz azulado, pero a veces sufren erosión en el centro y éste toma color blanco.

*Hipertensión: (Hiperpiesis—Presión Sanguínea Elevada).*

El vocablo "Hipertensión" denota en unos casos una entidad nosológica; la hipertensión esencial en otros un síntoma común, en la esclerosis cardiovascular o arteriosclerosis. Puede estar elevada la presión sistólica y la diastólica o solamente la primera; el aumento de la presión diastólica puede dificultar el riesgo por las arterias coronarias.

Se desconoce la patogenia de la hipertensión y se ignora que sistema orgánicos intervienen en su producción, pero entre las posibles causas predisponentes figuran la alimentación muy rica en proteínas y la obesidad; también se concede gran importancia a la estimulación del simpático por emociones miedo o represión de ira o cólera.

La hipertensión puede existir durante meses o años, sin originar manifestaciones o sin advertirlas; los síntomas comunes: cefalea recidivantes y persistentes, disnea, malestar general, epítaxis y mareos.

La coloración rosada oscura de las mejillas y labio, pérdida de peso, anorexia, vómitos y trastornos visuales, son también síntomas de hipertensión.

Los hipertensos mueren de hemorragia cerebral, trombosis, coronaria, descompensación cardíaca o insuficiencia renal; la terapéutica de la hipertensión es paliativa y sintomática, más que curativa; entre los métodos empleados están la simpatectomía, hipotensores y el régimen dietético, con los cuales se intenta bajar la presión arterial hasta niveles adecuados para reducir el mínimo sintomatología y complicaciones.

#### CONSIDERACIONES:

Hipotensión o hipertensión, han sido atribuidas a focos bucales de infección, aunque en casos aislados o estudios poco precisos; es muy probable que la infección bucal sea coincidente y no causal.



La hipertensión exige que se seleccione cuidadosamente, el anestésico para las intervenciones en la boca y tener muy en cuenta la duración y extensión de éstas; debe evitarse, en los hipertensos todo lo que pueda elevar la presión sanguínea o provocar nerviosismo.

La medicación preoperatoria disminuye la excitación nerviosa; se aconseja prescindir de la adrenalina si se utiliza anestesia local y se cree que la neosinefrina aumenta relativamente poco la tensión arterial y la frecuencia de pulso. La hemorragia postoperatoria no es más copiosa en los hipertensos; en algunos de ellos se ha observado odontalgias, sin causa alguna, que quizá pudiera explicarse por hiperemia o congestión de la pulpa dentaria a consecuencia del aumento de tensión sanguínea.

#### *Cardiopatías Congénitas:*

Las anomalías cardíacas congénitas más frecuentes son las siguientes: 1) persistencia del conducto arterioso, 2) persistencia del agujero de Botal y 3) estenosis de las venas pulmonares, con otras anomalías complejas que constituyen la denominada tetralgía de Fallot.

En los niños, las manifestaciones clínicas de estas anomalías dependen de insuficiencia de la oxigenación de la sangre; en épocas posteriores de la vida, a veces facilitan la aparición y evolución de endocarditis bacteriana subaguda; en los pacientes de tetralgía de Fallot, se puede encontrar cianosis de la mucosa de la boca, grave gingivitis marginal, hemorragias gingivales, lengua edematosa con pliegues profundos y dientes estructuralmente normales, pero de erupción retardada tanto los deciduos como los permanentes.

#### *Coartación de la Aorta:*

La estrechez ístmica de la aorta, es una anomalía de desarrollo que posee cierto interés estomatológico; el proceso se caracteriza por el notable estrechamiento del calibre de la aorta, inmediatamente después del nacimiento de las carótidas primitivas.

A causa de los trastornos de la hemodinámica vascular, la presión sanguínea en las extremidades superiores es mucho mayor que en las inferiores; la circulación colateral más importante para compensar éste defecto, se desarrolla a través de las arterias intercostales, lo que produce notable dilatación de éstos vasos, que llegan a producir profundas muescas en los bordes inferiores de las costillas, según puede comprobarse radiográficamente.

### CONSIDERACIONES.

La hipertensión arterial de la cabeza y cuello durante las fases iniciales del desarrollo, provoca gran aumento del tamaño de las arterias facial, maxilar interna y de las que se dirigen a cada uno de los dientes, que resultan anormalmente visibles en las radiografías.

El diagnóstico probable de coartación de la aorta, fundándose en las imágenes radiográficas y otros datos clínicos, se hallan los siguientes signos dentales constantes: 1) visibilidad anormal de los conductos vasculares en las radiografías dentales y 2) prognatismo. Puede manifestarse hemorragia después de extracciones dentarias; la hemorragia es arterial y muy grave y la presión sobre el alvéolo no logra cohibirla. El estudio histológico de las pulpas dentarias revela considerable dilatación de los capilares.

#### *Síncope (Lipotimia):*

La insuficiencia circulatoria súbita, benigna y transitoria, se denomina Síncope. El miedo, emociones intensas y dolor, son importantes factores predisponentes y entre otras causas se cuentan las siguientes: fatiga, hambre, estar largo tiempo de pie entre la multitud y convalecencia de enfermos de largo tiempo.

El mecanismo fisiológico responsable de la pérdida temporal de la consciencia, es la disminución de la presión del pulso, con la consiguiente anemia cerebral; sensación de ansiedad, vértigo o aturdimiento, preceden a veces al verdadero síncope. Con frecuencia hay molestias gástricas o dolor en la región precordial, otras veces el síncope es alarmante; la piel tiene palidez mortal, las pupilas están extraordinariamente dilatadas y han desaparecido los reflejos pupilares; el pulso y la respiración son lentos y débiles, a veces hay intensa sudación, en otros casos micción o defecación involuntaria.

## CONSIDERACIONES:

El síncope es de observación común en la práctica de nuestra profesión, se produce con frecuencia durante extracciones dentales u otras operaciones dolorosas.

Como el miedo y los trastornos emocionales predisponen al síncope, la medicación preoperatoria adecuada muchas veces evitará este accidente en sujetos predispuestos (0.09g. de pentobarbital) antes de la extracción debemos de estar seguros de que la anestesia es buena.

Cuando se presentan los primeros signos de síncope, se bajará inmediatamente la cabeza del paciente hasta ponerla entre sus rodillas y se aflojará cualquier prenda de vestir que comprima el cuello y si el síncope ya se ha producido, colocaremos en seguida horizontal el respaldo del sillón dental; cualquiera de los dos cambios posturales aumentará la circulación cerebral y producirá la correspondiente mejoría del estado general.

También es eficaz la estimulación periférica en forma de aplicaciones frías sobre la cara y frente, o la inhalación de vapores de espíritu aromático de amoníaco, la mezcla de CO<sub>2</sub>-oxígeno, también es útil; el paciente deberá permanecer en decubito supino hasta que se haya recuperado por completo. Por ningún concepto se continuará o se iniciarán técnicas operatorias durante el síncope; si los medios indicados no producen buen resultado deberá instituirse respiración artificial y masajes torácicos y cuando se ha recobrado el conocimiento, puede obtenerse efecto estimulante por la administración de 8 a 10 gotas de espíritu aromático de amoníaco en un vaso de agua.

### *Shock Traumático:*

La insuficiencia del volúmen de sangre circulante es la causa del shock traumático; su fase inicial no se distingue del síncope benigno.

El verdadero shock puede ser consecuencia de hemorragia operatoria o traumática, vasodilatación periférica intensa o pérdida de plasma sanguíneo, como en desgarros graves y quemaduras. Los factores predisponentes enumerados al tratar del síncope, también tienen importancia en el shock verdadero.

La constitución síquica del individuo, la extensión de la lesión y la intensidad del dolor son elementos que deben tenerse muy presentes; en el shock típico, el pulso es lento y llano, la presión arterial baja; la piel está pálida, fría y pegajosa; las mucosas, labios, lechos ungueales y orejas suelen estar cianóticos y los reflejos, incluso los pupilares abolidos o notablemente disminuídos; el paciente puede responder a las preguntas, pero el tono psíquico es bajo.

#### CONSIDERACIONES:

Es raro el shock en el consultorio dental, pues en la práctica las hemorragias pocas veces son bastantes copiosas para originar este cuadro. Los dentistas que tratan graves lesiones faciales quizá tendrán que atender algún caso de shock, pero lo regular este peligro ya se habrá alejado antes de iniciar el tratamiento; las hemorragias dentales prolongadas en hemofílicos pueden originar el shock.

#### *Insuficiencia Cardíaca Congestiva-(Descompensación Cardíaca):*

La insuficiencia cardíaca congestiva, es un síndrome no una enfermedad; significa que la reserva cardíaca ha sido excedida y se ha producido la descomposición.

En condiciones normales la capacidad funcional del corazón sobrepasa con mucho al trabajo que necesita realizar, por consiguiente existe considerable reserva cardíaca; ésta reserva puede disminuir a causa de: 1) lesiones degenerativas miocárdicas por infecciones reumáticas o afecciones de las arterias coronarias, o 2) demandas excesivas al corazón por lesiones valvulares o hipertensión.

La disminución de la reserva cardíaca es gradual hasta que el corazón ya no es capaz de satisfacer los requerimientos que se le hacen. La insuficiencia cardíaca congestiva, es común en casos de hipertensión, afecciones de las coronarias y reumatismo cardíaco y los varones están más predispuestos que la mujer, probablemente por su mayor actividad.

Un síntoma inicial es la disnea creciente después de un ejercicio moderado; en casos graves el paciente tiene disnea a menos que esté sentado (asma cardíaca) y suele dormir con dos o más almohadas para lograr el descanso apetecido; son síntomas muy comunes la anorexia, los vómitos y los trastornos funcionales del aparato digestivo.

Las medidas terapéuticas que deben ponerse en práctica de inmediato, es el reposo; limitación del aporte de líquidos y administración de diuréticos y digital.

#### CONSIDERACIONES:

Como odontólogos debemos vigilar los primeros signos de insuficiencia cardíaca congestiva en nuestros pacientes; la cianosis de los labios, lengua y mucosa bucal se descubre fácilmente en las formas leves de descompensación cardíaca.

#### *Trombosis de Seno Cavernoso-(Tromboflebitis):*

La trombosis del seno cavernoso, un proceso grave que resulta de inflamación de las paredes de éste conducto venoso y de sus muchas ramas; a causa del gran número de anastomosis venosas en la cabeza y en el cuello, y del frecuente curso retrógrado de la sangre venosa por las pocas válvulas que poseen estos vasos; las infecciones de la cara y de la boca pueden originar trombosis del seno cavernoso.

La propagación de las infecciones del seno maxilar es otra de las causas de ésta enfermedad y entre los síntomas característicos figuran los siguientes: exoftalmos, edema palpebral, quemosis, fiebre séptica, edema papilar y edema conjuntival; cefalea y vómitos son a veces síntomas destacados; por lo común hay parálisis de la musculatura externa de los ojos. Los pacientes suelen morir de pemia, sepsis, abscesos cerebrales o meningitis; el tratamiento es a base de penicilina y otros antibióticos.

#### CONSIDERACIONES:

El interés que para nosotros como dentista ofrece la trombosis del seno cavernoso, deriva de que éste grave proceso puede originarse a partir de infecciones de la cara, mandíbulas y estructuras vecinas.

Las infecciones de la cara, del labio superior y la nariz, pueden originar o propagarse al seno cavernoso a través de las venas comunicantes angulares; a veces es consecutiva a un pequeño furúnculo del labio superior, sobre todo si ha sido exprimido o estrujado.

El mejor tratamiento para éstas infecciones piógenas de las partes blandas de la cara, son los fomentos y la penicilina; las infecciones de los dientes y tejidos vecinos pueden propagarse al seno cavernoso por el plexo pterigoideo y las venas del espacio pterigomaxilar; también de posible origen dental, las regiones de los terceros molares superiores e inferiores, han originado un proceso infeccioso, a causa probablemente de la última relación entre éstos tejidos y el plexo pterigoideo.

Aunque la trombosis del seno cavernoso, es complicación rara de las intervenciones odontológicas, su gravedad justifica que se tenga presente siempre que se observen infecciones agudas, sobre todo de la región de los molares; se puede evitar con un buen criterio quirúrgico y precauciones al tratar ciertos tipos de infecciones dentarias, la administración de antibióticos como profilaxis contribuye.

## CAPITULO III

### APARATO DIGESTIVO

#### *Boca:*

La cavidad bucal y sus estructuras en ella contenidas son la primera parte del tubo digestivo. Las inflamaciones agudas de las encías y mucosa de la boca dificultan mucho la ingestión de los alimentos, lo que tiene particular importancia en el niño y en el adulto.

Los estados carenciales figuran entre las causas predisponentes comunes de gingivoestomatitis, éstas al impedir en parte la alimentación normal, completan un círculo vicioso. Los tejidos de la boca por su estrecha relación con el medio ambiente y los diversos hábitos peculiares del hombre, son los más expuestos a gran número de irritantes microbianos, térmicos y químicos; por esta causa suelen ser los únicos o los primeros en los que se manifiesta la disminución de las defensas orgánicas.

Así pues la mucosa bucal puede ser considerada como indicador sensible del estado general del individuo, a veces con valor diagnóstico, específico por conocer perfectamente el aspecto normal de la mucosa, nosotros desempeñamos un papel importante en el diagnóstico de afecciones orgánicas o trastornos funcionales blandos de la boca.

Las enfermedades de los dientes y de las estructuras periodontales, no sólo dificultan la función masticatoria; los exudados deglutidos procedentes de las encías pueden impedir la digestión normal y agravar cualquier proceso infeccioso que exista en el tubo digestivo. A veces constituye grave obstáculo para la trituración normal de los alimentos, la masticación defectuosa por implantación anormal de los dientes o zonas anodónticas sin prótesis.

En el adulto las restantes partes del tubo digestivo pueden suplir la insuficiente trituración de los alimentos, pero en el anciano

que suele padecer trastornos gastrointestinales crónicos, la disminución de la aptitud para masticar puede ser factor nosológico importante; la importancia de los dientes y sus estructuras de soporte en condiciones normales no es solamente fisiológico, sino también estética y social, pues dan al individuo una sensación de bienestar en armonía con el aspecto de salud que con tanta frecuencia se adquiere de modo artificial.

#### *Glándulas Salivales:*

La patología de las glándulas salivales es interesante desde el punto de vista estomatológico, porque la localización de los síntomas lleva al paciente a nuestro consultorio.

Las enfermedades de las glándulas salivales se pueden clasificar del modo que sigue: 1) anomalías de desarrollo; 2) trastornos funcionales; 3) obstáculos al flujo salival; 4) infecciones piógenas agudas; 5) enfermedades infecciosas específicas.

La caries dental es precoz y extensa en niños y adolescentes sin glándulas salivales o con hiposialia grave; el flujo normal es importante por su acción de limpieza mecánica. Además de saliva tiene propiedades bacteriostáticas y posiblemente contiene enzimas bacteriolíticas; aunque las glándulas salivales son las indispensables para mantener la boca húmeda y agradable, no son los únicos factores de los que dependen la sed, en personas carentes de ellas pueden ser normales el metabolismo del agua y del cloruro de sodio.

#### *Aumento de la Secreción Salival.—Sialorrea:*

En los primeros años de la vida es característico la abundante secreción salival; la sialorrea es particularmente intensa durante la dentición y síntomas importantes en la estomatitis aftosa aguda y difusa.

También es común en niños con macroglosia; en algunas personas el olor a la vista de alimentos causa abundante secreción de saliva y jugo gástrico; las estomatitis agudas, producen sialorrea; también los yoduros, las sales de amoníaco y mercurio y la lobelia. El exceso de saliva fluye a veces por las comisuras labiales y produce lesiones secundarias en la piel, que recuerdan la queilosis angular y las dermatitis de las carencias nutritivas, estas lesiones se observan



especialmente en sujetos con dentaduras postizas, en quienes no se ha conservado la distancia intermaxilar; la deglución de cantidades excesivas de saliva puede causar náuseas o incluso vómito.

*Disminución de la Secreción Salival:—Xerostomía - Hiposialia.—Asialia.*

La disminución o falta de flujo salival puede causar síntomas molestos y dolorosos; si por la irritación de la mucosa bucal y de la lengua se llega a producir lesiones mucosas secundarias; el proceso denominase Xerostomía, que no es realmente una entidad nosológica, sino un conjunto de síntomas que pueden ser originados por diferentes causas.

La disminución de la secreción salival, como de su riqueza en tjalina, suele observarse en la vejez; los estímulos psíquicos como la emoción o el miedo intenso, a menudo producen Asialia transitoria; en toda enfermedad con fiebre elevada o gran deshidratación, la secreción salival disminuye.

Es característica la boca seca en diabéticos sin tratamientos, en tíficos y neumónicos. Los trastornos de inervación de las glándulas salivales causan Hiposialia, así también las mujeres postmenopáusicas y desaparece durante el tratamiento con estradiol o dietilstilbestrol.

La boca seca es sintoma común en el caso de tumores cerebrales y en la encefalitis epidémica; la belladona, atropina, afedrina y sustancias afines ejercen acción intensa sobre la función secretora todas producen Asialia. Al usar dentaduras artificiales puede haber Hiposialia transitoria; en individuos que utilizan prótesis la Xerostomía es molesta por la falta de fijeza y la irritación de los tejidos en que se apoyan, la mucosa se vuelve reluciente, seca y áspera; además pueden aparecer grietas y fisuras dolorosas que sangran fácilmente; al principio la lengua está saburral, más tarde la capa papilar se atrofia casi por completo. Si la sequedad de boca es por causa de carencia nutritiva se administrará la vitaminoterapia y al enfermo con Xerostomía se le aplica vaselina líquida tópicamente.

### *Obstáculos al flujo Salival Normal:*

Los sialolitos o cálculos en los conductos excretores de las glándulas salivales son causa frecuente de disminución del flujo salival, suele encontrarse en el conducto de Wharton y no es raro encontrarlo también en el parotídeo.

Una gran ránula es capaz de impedir el paso de la saliva por el conducto de Wharton y producir síntomas secundarios en las glándula submaxilar; los síntomas de obstrucción de los conductos salivales son similares el paciente presenta tumefacción dolorosa no hay signos de inflamación si la glándula no se infecta secundariamente; después de un periodo de tumefacción salival intermitente, los síntomas pueden desaparecer de manera gradual.

Cuando hay éxtasis del flujo salival la glándula tiene tendencia a infectarse. La inflamación crónica se observa con mayor frecuencia en la Submaxilar. El diagnóstico se puede establecer con los siguientes datos: 1) relación de la tumefacción con el acto de comer; 2) datos obtenidos por palpación bidigital o bimanual; 3) exploración radiológica; 4) estimulación de la secreción salival por ácido cítrico (a 2 por 100) o zumo de limón.

### *Parotiditis Postoperatoria:*

La infección piógena de las parótidas, después de las grandes intervenciones quirúrgicas, sobre todo del tubo digestivo es una de las muchas complicaciones que se presentan en periodo postoperatorio en pacientes con mala higiene bucal.

Se cree que la parotiditis postoperatoria es consecuencia de la infección ascendente por el conducto de Stenon. Factores que intervienen en la infección piógena son: mala higiene bucal, hipofunción glandular, hiposialia medicamentosa (atropina) y deshidratación; los síntomas glandulares suelen aparecer del quinto al séptimo día después de la operación, el paciente aqueja dolor y tumefacción de la glándula afectada y la infección suele ser unilateral por delante del lóbulo de la oreja, donde la cápsula de la parótida es menos resistente y por el orificio del conducto fluye pus.

El tratamiento de ésta infección requiere el drenaje libre por el conducto, puede lograrse por masaje suave o cateterismo cuidadoso con una sonda uretral filiforme, se puede administrar solución

de Lugol en dosis de 120 a 150 gotas diarias y penicilina; se recomienda que para estimular la secreción salival se masque chicle o chupar caramelos duros y tomar bebidas ácidas.

#### *Paperas (Parotiditis epidémicas):*

La parotiditis epidémica, es una enfermedad producida por virus, es aguda y extraordinariamente contagiosa y se caracteriza por tumefacción dolorosa de la parótida u otras glándulas salivales.

Se considera como enfermedad general que puede afectar a testículos, páncreas y encéfalo; esta enfermedad es frecuente entre los 4 a 14 años y es endémica y epidémica; se cree que es transmitida por medio de gotitas de saliva.

Síntomas.—Los generales de la parotiditis epidémica son: irritabilidad, anorexia, dolor de cabeza, malestar, mialgias, a veces trastornos gastrointestinales, fiebre y puede haber linfocitosis moderada; el dolor local suele preceder a la tumefacción parotídea característica, aumenta por la presión externa, movimientos de la mandíbula y los estímulos de la secreción salival.

La tumefacción glandular aparece poco después y es unilateral, además es más intensa cuando la infección ataca simultáneamente a la parótida y a la submaxilar (rara vez afecta a las sublinguales).

La tumefacción característica está situada inmediatamente por delante y debajo de la oreja; el borde anterior de la parótida tumefacta suele palparse desde el interior de la boca, si las partes enfermas permanecen en reposo, el dolor no es intenso; las complicaciones extrabucales de esta enfermedad son: orquitis, ovaritis y nonceyalitis de laboratorio para su diagnóstico con pruebas de laboratorio y la tumefacción de la región parotídea también se puede observar en otras afecciones, como: abscesos alveolodentario agudo; parotiditis séptica y el síndrome de Milkulicz, fiebre uveoparotídea, la tuberculosis y los quistes y tumores mixtos de la glándula.

#### *Fiebre Uveoparotídea.—Uveoparotiditis:*

La úveoparotiditis es un síndrome caracterizado por parotiditis, úvertis (inflamación de la membrana iridocoroidea) y fiebre moderada, se cree que es producida por un virus filtrable.

### *Enfermedad de Mikulicz:*

Recibe este nombre la tumefacción no inflamatoria y simétrica de las glándulas lagrimales y de uno o más pares de las salivales.

### *Síndrome de Plummer-Vinson:*

Plummer y Vinson descubrieron un síndrome que se observa particularmente en mujeres, caracterizado por disfagia, anemia y atrofia de la mucosa de la parte alta del tubo digestivo.

### *Gastritis.—Úlceras Gástricas y Duodenal:*

La gastritis o inflamación de la mucosa del estómago, puede ser producida por muchos irritantes; la úlcera gástrica es dolencia bastante común en la edad media de la vida.

Síntomas—el paciente sufre de dolor o malestar cuando el estógo está vacío y se alivia cuando se injiere alimentos.

### CONSIDERACIONES:

Se cree posible el papel etiológico de los focos dentales de infección, la importancia de ellos y de la masticación insuficiente como factores de agravación y cronicidad de la úlcera péptica. Lesiones y anomalías bucales coexistentes con la úlcera gastroduodenal, suelen tener vómitos, la persistencia de estos o de regurgitaciones durante años producirán erosión de las piezas dentarias por la acidez de estos productos: zumo de limón, dulces ácidos.

### *La Ictericia Catarral:*

Suele aparecer en niños y adultos, preferentemente en los varones, aparece después de trastornos emotivos intensos, alteraciones gastrointestinales leves u obstrucción transitoria de las vías biliares.

Aunque no es grave, produce síntomas bastante intensos, el paciente empieza teniendo malestar, anorexia, cefalalgias y a veces vómitos; a medida que la enfermedad evoluciona, el prurito aumenta y el enfermo se siente muy decaído.

El color amarilloverdoso típico de la piel es un dato objetivo de función hepática lesionada.

## CONSIDERACIONES:

La lengua está saburral, el aumento de pigmentos biliares en sangre causa el color verdosoamarillento de la mucosa bucal, especialmente en la unión entre los paladares blando y duro. En todo paciente icterico existe peligro de hemorragia intensa después de extracciones dentales o cualquier intervención quirúrgica; si la cirugía es indispensable, hay que administrar profilácticamente vitamina antes de intervenir.

### *Enfermedades de la Vesícula Biliar:*

Las enfermedades de la vesícula biliar, pueden ser funcionales, orgánicas o mixtas; la incapacidad de este órgano para vaciarse completamente por los estímulos ordinarios, retrasa el proceso digestivo.

La infección crónica de la vesícula biliar (colecistitis) no sólo dificulta el metabolismo normal de las grasas, sino que predispone la formación de cálculos biliares (colecistiasis).

## CONSIDERACIONES:

Las primeras comunicaciones sobre relación entre parodontosis y afecciones de la vesícula biliar, se refieren principalmente al papel etiológico de las infecciones bucales en la litiasis biliar y colecistitis.

### *Apendicitis:*

Es probable que la apendicitis sea en el hombre la urgencia quirúrgica más frecuente; pueden predisponer a la apendicitis muchos factores anatómicos y mecánicos, pero se cree que suele ser consecuencia de la entrada en el apéndice de material infectado procedente del ciego.

El síntoma clásico es el dolor cólico, intenso y repentino, que al principio no tiene localización concreta en el abdomen y luego es referido al cuadrante inferior derecho; son frecuentes las náuseas y vómitos, dolor espontáneo a la palpación.

## CONSIDERACIONES:

Las pruebas clínicas que relacionan las enfermedades bucales son la infección apendicular, proceden de historias clínicas típicas en las que la apendicitis apareció después de una amigdalitis, de una angina de Vincent; también se han descrito accesos repetidos de apendicitis después de tratamiento endodóntico.

### *Fiebre Tifoidea:*

El agente etiológico es *Eberthella typhosa*, se transmite por medio del agua o los alimentos contaminados.

Los pacientes tienen cefalea y anorexia, además fiebre, las roseolas típica aparece en el abdomen y espalda al décimo día aproximadamente.

## MANIFESTACIONES BUCALES:

Son específicas y secundarias a la desnutrición, la baja resistencia y la deshidratación causada principalmente por la fiebre intensa y prolongada.

Las ulceraciones en la lengua, paladar y el resto de la mucosa bucal, es propia de pacientes con escasa higiene bucal antes del comienzo de la fiebre. El pronóstico de las enfermedades en los que aparecen tales lesiones es grave, se pueden observar casos de abscesos dentales y supuración de los ganglios linfáticos submaxilares, otra complicación de esta enfermedad es la parotiditis supurada.

### *Mononucleosis Infecciosa:*

Es una enfermedad benigna, de etiología desconocida y presenta los siguientes signos típicos: fiebre, tumefacción y dolor a la palpación de los ganglios linfáticos, linfocitosis intensa y con frecuencia lesiones en la mucosa bucal; es poco contagiosa.

## MANIFESTACIONES BUCALES:

Es frecuente en las primeras semanas de la enfermedad observar la faringe enrojecida, petequias en el paladar blando, placas en las amígdalas y estomatitis con microorganismos de Vincent; suele

haber también pápulas irregulares y sencillas en el paladar lesiones herpéticas y se tratan sintomáticamente.

*Tularemia.—(Fiebre del conejo):*

Es una enfermedad infecciosa muy contagiosa, producida por *Pasteurella tularensis*, se adquiere por contacto con animales, es característico que en el punto de infección aparezca un nódulo o pápula primitivo, que después se reblandece y úlceras; hay fiebre, adenopatías en los ganglios de la región que a veces supuran.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

No son frecuentes y se puede presentar dolor de lengua, también estomatitis grave, glositis ulcerosa y hemosialia.

*Brucelosis.—Fiebre Ondulante o de Malta:*

Es una enfermedad crónica, producida por *Brucella melitensis*; abundan en el ganado y se produce la infección por la ingestión de derivados de la leche cruda; los síntomas típicos son fiebre remitente sudoración, pérdida de peso y dolores óseos generalizados.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

Dolor de garganta, escalofríos y fiebre; encías rojas endematosas en la boca habrá pápulas grisáceas pequeñas, rodeadas por zonas hiperémicas, son más abundantes en la faringe debajo de la lengua y en los labios.

## CAPITULO IV

### APARATO UROGENITAL

Las nefropatías y las alteraciones cardiovasculares que suelen producir, constituye un importante grupo de enfermedades y ocupan el tercer lugar entre las causas más frecuentes de muerte; su tratamiento casi no ha sido modificado por los recientes adelantos de la terapéutica antibiótica.

El riñón contribuye a eliminar los detritos nitrogenados del organismo a mantener normal el equilibrio líquido, el de los electrolitos y la concentración adecuada de proteínas plasmáticas, por ello la insuficiencia renal produce síntomas muy diversos. Las enfermedades renales pueden clasificarse para fines de ésta tesis como sigue:

- 1.—Anomalías congénitas
  - a)— falta congénita de un riñón
  - b)— riñón en herradura (fusión congénita de los riñones)
  - c)— riñón poliquístico congénito
- 2.—Alteraciones de la función renal
  - a)— uremia (por muchas causas)
  - b)— anuria (por ciertas substancias)
- 3.—Afecciones inflamatorias del riñón
  - a)— glomérulonefritis crónica, enfermedad de Bright
  - b)— glomérulonefritis aguda.
  - c)— glomérulonefritis crónica, enfermedad de Bright
  - d)— nefrosis, enfermedad de Bright
- 4.—Litiasis renal y enfermedades de las pelvis renal, uréteres y vejiga.
- 5.—Neoplasias del riñón



### *Anomalías Congénitas:*

Las anomalías renales congénitas más frecuentes son riñón único, fusión de los polos superiores de los riñones fetales para formar el "riñón en herradura" y riñón poliquístico congénito por no haberse unido las estructuras embrionarias de los elementos tubulares y escretores; estas anomalías muy importantes para el paciente y de escaso interés para nosotros como dentistas.

### *Uremia:*

Es la retención de los componentes de la orina por, enfermedades renales primarias (nefritis crónica- intoxicación por mercurio); obstrucción de las vías de excreción de la orina (hipertrofia protáctia), indica que está gravemente comprometida la función renal, como la insuficiencia cardíaca congénita, significa que está profundamente afectada la función cardíaca.

Los síntomas de la uremia dependen en parte de los trastornos físicoquímicos producidos por las sustancias nitrogenadas retenidas y a ciertas manifestaciones "tóxicas" de difícil explicación. La deshidratación y la acidosis, con retención de sustancias nitrogenadas en sangre, son consecuencias de las alteraciones de la química hemática.

La urea está aumentada, así como el nitrógeno no proteínico, pero sin concordancia entre la concentración de la primera y los síntomas clínicos; hay irritabilidad muscular, contracciones y a veces tetania; debilidad, anorexia, vómitos, cefalea y prurito son algunos de los síntomas tóxicos que se observan en la uremia y no pueden ser explicados fácilmente por la alteración de la composición química de la sangre.

### *Estomatitis Urémica o Nefrítica:*

#### LESIONES BUCALES:

Las estomatitis membranosa o ulcerosa se observa ocasionalmente en la uremia; se cree que se trata de estomatitis química cuya causa es la acción cáustica del carbonato amónico que se forma con la urea salival; son causas predisponentes importantes la deshidratación del organismo, la disminución de la resistencia de los tejidos

bucales a la infección, la incapacidad del paciente para nutrirse adecuadamente por las náuseas y vómitos, y los irritantes locales.

Las lesiones producidas en la mucosa aparecen donde ésta se halla en contacto con las piezas dentarias; en estos pacientes es característico el olor urinoso intenso del aliento aunque no tenga lesiones bucales. La mucosa de la boca no tiene su relieve normal, está seca, pastosa y amarillenta.

Es frecuente ver úlceras superficiales y enrojecidas en la mucosa de la boca como en los bordes de la lengua, aparecen primero en las zonas de irritación o traumatismo; las lesiones están cubiertas por una capa amarillenta o blanquecina, se ven con mayor frecuencia en los pacientes graves de mal pronóstico.

El tratamiento local consiste en mantener la boca escrupulosamente limpia y utilizar antisépticos suaves como los colorantes de anilina; también como profilaxis los colutorios de ácido clorhídrico al 1 por 100, para neutralizar el amoníaco y las lesiones desaparecen, si el pH bucal es alcalino, un excelente colutorio será la solución concentrada al 50 por 100 (pH 3.9) de agua oxigenada mejor que la solución diluída de un ácido inorgánico.

#### *Afecciones renales inflamatorias.*

##### *Glomérulonefritis Aguda:*

La glomérulonefritis aguda, no es tan frecuente como la crónica, suele ser secuela de infecciones por estreptococo hemolítico, pero también la producen otros microorganismos, entre ellos el estreptococo alfa; predisponen a la infección el frío, el clima húmedo y la fatiga.

La glomérulonefritis aguda suele aparecer en la infancia, durante las semanas que siguen a una infección de las vías respiratorias superiores, amigdalitis o escarlatina; los síntomas son cefalea, náuseas o vómitos, fiebre, dolor en la parte baja de la espalda y oliguria.

El análisis de orina proporciona la orientación principal para el diagnóstico en la mayor parte de los casos, el edema de la cara es característico por interesar particularmente los tejidos suborbitarios; puede producir hipertensión, hemorragia y edema de la retina. El diagnóstico se basa en la historia clínica, datos de laboratorio y las alteraciones características en la orina, ésta es turbia o tiene color de

humor por los eritrocitos que contiene; la albumina es de + a + + + +, hay muchos cilindros celulares y granulosos, eritrocitos y leucocitos; el nitrógeno uréico sanguíneo (N.U.S.) puede estar un poco aumentado.

El tratamiento consiste en el reposo en cama, antibióticos y quimioterápicos, restricciones dietéticas para proteger el riñón, cuidados escrupulosos por parte del personal sanitario y análisis frecuentes para observar las modificaciones de la composición de la orina y de la sangre.

#### CONSIDERACIONES:

Abundan los datos clínicos que subrayan la estrecha relación entre infecciones bucales y nefritides, la frecuencia con que las infecciones de los dientes, amígdalas y tejidos faríngeos, preceden al episodio de la nefritis aguda, se puede encontrar *Streptococcus viridans* en la pulpa dentaria, la sangre y la orina.

Es difícil valorar el papel etiológico de la infección bucal en la nefritis, la curación de los tejidos periodonticos y apicales es muy importante en las enfermedades del riñón, por la relación íntima entre éste y el aparato circulatorio que convierte las bacteriemias en un peligro potencial para el riñón; se han producido lesiones nefríticas experimentales con estreptococo alfa aislando de las bolsas "piorreicas": pero cabe dudar si no son también fenómenos embólicos.

Aunque la supresión quirúrgica de los focos de infección está contraindicada en el enfermo de nefritis aguda, cuando hay un absceso alvéolodentario agudo es mejor eliminarlo inmediatamente; esto suprimirá el foco desde el que los microorganismos pueden pasar continuamente al torrente circulatorio agravando y prolongando la enfermedad, la presencia de tal foco de supresión fácil, puede aumentar las lesiones renales o convertirlas en irreparables y además disminuir la reserva renal; se debe administrar penicilina como tratamiento.

#### *Nefritis Crónica Intersticial:*

Se cree que la nefritis intersticial crónica, es consecuencia de la curación incompleta de la glomerulonefritis aguda, en algunos ca-

sos el episodio renal agudo si existió, no fué diagnosticado; éstos pacientes suelen tener enfriamientos, amigdalitis y sinusitis; los síntomas suelen aparecer durante el cuarto y quinto decenios de la vida y los resultados del análisis de orina puede ser el primer indicio de indicio de la enfermedad y son los síntomas más moderados que en la aguda.

#### CONSIDERACIONES:

Son similares a las expuestas cuando me referí a la glomérulonefritis aguda, la eliminación de los focos sépticos puede ayudar mucho a la profilaxis de la nefritis crónica, pero es poco útil extirparlos después de consolidada la enfermedad.

*Nefritis Renal y Enfermedades de la Pelvis, Ureteres y Vejiga. — Nefrolitiasis. — (Cálculos Renales):*

Hay muchas clases de cálculos renales (entre ellas de los ácido úrico, oxalato de calcio y fosfato cálcico) que suelen ser causa de obstrucción de la pelvis; los cálculos más pequeños (arenilla renal) pueden enclavarse en el uréter durante su paso hacia la vejiga y producir no sólo dolor intenso sino también anuria.

#### CONSIDERACIONES:

Se puede cálculos renales por inyección de bacterias aisladas de dientes de enfermos con nefrolitiasis, aunque la experiencia clínica no asegura que haya relación importante entre focos sépticos bucales y formación de cálculos urinarios.

*Pielitis:*

La inflamación de las pelvis renales se observa con mayor frecuencia en la mujer que en el varón, probablemente porque sufre infecciones ascendentes con más facilidad, es frecuente en niñas y durante el embarazo. El agente etiológico infeccioso suele ser el colibacilo y el estreptococo, también es importante la infección diseminada por el torrente circulatorio desde focos muy distantes, como los dientes y son circunstancias predisponentes, el ejercicio excesivo, la fatiga y la falta de ropa adecuada y si la inflamación se propaga al páncreas renal recibe el nombre de pielonefritis.

Los síntomas son muy variados y son escalofríos, fiebre, dolor e hipersensibilidad en las ingles, trastornos digestivos y molestias abdominales y cuando coexiste con infección de la vejiga (cistitis) el enfermo se queja de disuria y poliuriuria.

#### CONSIDERACIONES:

Hay que eliminar los focos de infección bucal debe ser el primer paso del tratamiento pues es muy beneficioso el eliminar los focos sépticos bucales en las enfermedades del aparato urinario.

#### *Enfermedades de la Próstata:*

La glándula prostática rodea el cuello de la vejiga y el tercio vesical de la uretra, no se conoce todavía cuál sea su verdadera función. Las enfermedades de la próstata puede dividirse en infecciones agudas y crónicas, hipertrofia prostática y cáncer.

La causa de la prostatitis aguda suele ser la infección que llega hasta la glándula desde la uretra, el agente etiológico más común es el gonococo; hay también infecciones prostáticas "no específicas".

La prostatitis crónica puede ser secuela de la infección aguda o aparecer como consecuencia de estrechez uretral o cistitis crónica, o como metástasis de un foco distante de infección, como dientes y tejidos periodónticos.

Las formas no específicas de prostatitis crónica resisten al tratamiento; los urólogos admiten la relación frecuente que existe entre focos bucales de infección y prostatitis crónica; los focos gingivales y periodónticos requieren tanta atención como las lesiones periapicales.

La hipertrofia prostática, es enfermedad de paciente de cierta edad (generalmente entre 55-60 años), algunos datos demuestran que la causa de la hipertrofia glandular es la disminución semi de la actividad endocrina.

Los síntomas de hipertrofia prostática son consecuencias de la retención urinaria y las alteraciones consiguientes. Su tratamiento es principalmente quirúrgico, se pueden observar alteraciones profundas en la forma de la mandíbula su ángulo es abierto, la rama horizontal larga y la ascendente ancha.

## CAPITULO V

### APARATO REPRODUCTOR

#### *Ovario:*

El ovario, produce óvulos y dos hormonas, foliculina y progesterona que regulan el desarrollo de las mamas, útero, vagina y caracteres sexuales secundarios y son las responsables de las modificaciones que tienen lugar en estos órganos durante la menstruación y el embarazo.

La ormona folicular tiene notable acción sobre la mucosa vaginal y en menor grado, sobre la mucosa bucal; normalmente la producción de estrógenos alcanza su máximo en la pubertad, antes de las reglas y durante la gestación. Los estrógenos son esenciales para el desarrollo y queratinización del epitelio de la vagina, la insuficiencia de hormona folicular resulta en falta de queratinización del epitelio vaginal y aumento de la cantidad de moco, restos celulares, leucocitos y microorganismos en este tejido.

Las modificaciones del epitelio vaginal producidas por la foliculina, son tan características que se emplean en clínica para determinar la producción de estrógenos.

Se puede observar que la inyección de hormonas folicular a los animales de experimentos y castrados tenía efecto favorable la queratinización de las encías, aumentando así la resistencia de estos tejidos a la infección y evitando la inflamación del corion; los estrógenos estimulan la actividad y diferenciación celular y con progesterona se obtiene resultados opuestos.

#### *Hiperovarismo e Hipovarismo:*

El hiperovarismo, suele ser consecuencia de hiperfunción del lóbulo anterior de la hipófisis; se caracteriza por rápido desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, temprana aparición de las reglas y desarrollo precoz del esqueleto.

El hipovarismo resulta de hipofunción de la hipófisis o de insuficiencia cuantitativa o cualitativa del tejido ovárico, faltan las reglas o son escasas e irregulares y la esterilidad es común.

#### CONSIDERACIONES:

No está aclarada la relación entre hiperfunción ovárica y modificaciones de encías y mucosa bucal, se acepta que el exceso de estrógenos, en combinación con factores locales es capaz de originar hipertrofia gingival; se observa hipertrofia y enrojecimiento de las encías, inflamación y dolor bucal no son raros en pacientes con trastornos ginecológicos y postmenopáusicos.

En mujeres climáticas es común la sequedad y la sensación de ardor en la cavidad bucal, a veces la mucosa de la mejilla tiene aspecto lechoso con zonas irregulares de color blanco grisáceo, que pueden diagnosticarse erróneamente de leucoplasia; está disminuida la capa queratinizada protectora de los tejidos, en éstas pacientes a veces se observan síntomas semejantes a los de la gingivitis descamativa; las encías de intenso color rojo y dolorosas, sangran al menor estímulo.

Es muy frecuente hallar placas amarillorgrisáceas de forma irregular no sólo en las encías alveolar, sino también en el resto de la mucosa, a veces estas placas se acompañan de ulceraciones superficiales dolorosas de bordes enrojecidos. El cuadro clínico recuerda el que se observa en las carencias de complejo vitamínico B, pero la respuesta a la administración de esta vitamina es parcial y transitoria; el tratamiento de esta estomatitis es aplicar una pomada de benzoato de estradiol con 1000 U. R. por gramo.

#### *Menstruación:*

La menstruación es una de las manifestaciones del ciclo ovárico, se inicia a edad que varía según el clima y la raza; la regla se interrumpe durante la gestación, lactancia, afecciones consuntivas y algunas enfermedades infecciosas agudas, se suspende en la menopausia que normalmente suele presentarse entre los 40-50 años.

La menstruación regulada por la actividad hormonal del ovario se produce cada tres o cuatro semanas y suele durar tres a cinco días; el ciclo menstrual es muy variable, según la mujer, lo mismo puede

decirse de la duración del flujo constituido por la mucosa uterina desprendida, moco y sangre. Es frecuente que durante este período se prolongue el tiempo de sangrado en otras partes del cuerpo.

#### CONSIDERACIONES:

Se ha visto que la sepsis bucal puede ser factor de agravación de los trastornos menstruales, aunque durante ella no son raras las lesiones bucales y no suelen tener intensidad suficiente para exigir atención odontológica.

Las alteraciones de la mucosa bucal que podemos observar durante la menstruación son: hiperemia, dolor, tumefacción, emorragia de las encías marginal y papilas interdetales es más intensa en la superficie vestibular; herpes labial o aftas bucales, periodontosis o periodontitis, pulpitis, hemorragias prolongadas después de intervenciones dentales, tumefacción de las glándulas salivales y ulceraciones mucosas.

En la mujer la odontalgia a veces es consecuencia de la menstruación, la "odontalgia menstrual" es un dolor periódico, en dientes sanos u obturados que aparece y desaparece con las reglas.

#### *Embarazo:*

Se cree que el embarazo tiene graves consecuencias para los dientes de la madre, aunque según datos clínicos y experimentales niegan la veracidad del antiguo refrán "por cada hijo un diente".

La duración de la mayor parte de embarazos es de 275 días y es clásico dividirlo en tres trimestres de aproximadamente tres meses cada uno; la supresión de la regla es el síntoma más notable del primer trimestre y es frecuente que se produzca náuseas y vómitos en el primer mes, también la pigmentación de las aréolas y el crecimiento y parestesis de las mamas; en el segundo trimestre los signos son objetivos, igual con el que le sigue.

El parto se anuncia por contracciones uterinas dolorosas y periódicas, que van aumentando de intensidad y frecuencia hasta producirse cada dos o tres minutos y durar unos sesenta segundos; el primer parto suele durar de 18 a 24 horas los siguientes son más breves.



## CONSIDERACIONES:

Se tiene la creencia de que el esqueleto y los dientes maternos se descalcifican durante el embarazo para suministrar al feto minerales y por ello se insistía sobre el aumento de frecuencia de la caries dental durante la gestación. El feto necesita calcio, incluso para sus dientes en desarrollo, sobre todo durante el último trimestre y se ha demostrado que el feto adquiere la mitad del calcio de su organismo durante el último mes de la gestación, por lo tanto cualquier efecto sobre los dientes de la madre, consecuencia de aumento de la demanda de calcio y fósforo, debería manifestarse en las últimas semanas del embarazo o durante la lactancia.

Los dientes ya brotados no son fuente de la que se pueda tomar minerales.

### *Caries:*

El aumento de frecuencia de la caries durante la gestación, sólo puede ser consecuencia de las modificaciones del medio que rodea los dientes y que faciliten la acción de las causas corrientes del proceso; entre los factores del medio ambiente local que intervienen en la etiología de las caries debemos tomar en consideración el pH salival, las modificaciones de la flora bucal durante el embarazo, los posibles efectos de los vómitos de la gestación.

Se puede deducir el problema de la caries dental en el embarazo tomando en cuenta los siguientes puntos:

1) durante el embarazo no se extraen sales de calcio de los dientes totalmente formados y brotados, 2) el pH de la saliva en la mujer en gestación se encuentra dentro de límites normales y 3) los datos clínicos y experimentales indican que existe un aumento normal en el número de caries durante este periodo.

### *Gingivitis y "Tumores" Gingivales:*

Las lesiones de las encías se observan con mayor frecuencia en mujeres con mala higiene bucal, se puede observar la frecuencia de la gingivitis y "tumores" gravídicos en un grupo de mujeres embarazadas.

Alteraciones hormonales y vasculares añadidas a la infección, son factores etiológicos responsables de las lesiones gingivales en las embarazadas, también los factores predisponentes locales como maloclusión, zonas de mala higiene o de traumatismo tienen mucha importancia.

Síntomas—la gingivitis de la gestación se presenta sobre todo durante el segundo trimestre, se caracteriza por el peculiar color de frambuesa y la predisposición a la hemorragia de la encía marginal, el dolor no es síntoma notable.

Los "tumores" gingivales gravídicos aparecen en zonas de extensa hipertrofia gingival, suele originarse en la vecindad de las papilas interdentales o en otras zonas de infección, su color varía desde el rojo púrpureo al azul oscuro, según el grado de éxtasis venoso y las dimensiones del pedículo, la hemorragia es el síntoma más importante, las ulceraciones suelen ser consecuencias de traumatismo durante la masticación, son antiestéticos.

#### *Focos Bucales de infección y Complicaciones del Embarazo:*

Puede observarse signos de infección periapical y puede ser causa de aborto, pielitis e hipertensión y para evitarlas deben suprimirse los focos de infección en los dientes y amígdalas; el temor de aborto a consecuencia de extracción dentaria no debe hacernos prescindir de ellas.

El mantenimiento de una buena higiene bucal, es la mejor protección contra las lesiones de los tejidos blandos de la boca y caries dental, conviene que con frecuencia la mujer embarazada se haga exámenes dentales y no debemos prolongar la consulta.

La principal hormona testicular es la testosterona.

#### *Testículos:*

El testículo o gónada masculina, produce espermatozoides y probablemente más de una hormona; la función de los espermatozoides es bien conocida.

Interviene en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, vesículas seminales, próstata y esqueleto.

La relación entre estructuras bucales y testículos no parece muy estrecha, aunque se ha observado desarrollo precoz del esqueleto y dientes.

Lo contrario en el hipogonadismo, en estos casos las alteraciones dentales se explican mejor por disfunción de la hipófisis. Se ha empleado el propionato de testo terona (hormona sexual masculina) para tratar formas atróficas de gingivostomatitis y leucoplasias bucales en el varón.

Los procesos inflamatorios de las vesículas seminales a veces son secundarias a focos de infección en otras zonas del organismo, incluso la cavidad bucal; la erradicación de la sepsis bucal ha logrado algunos casos la remisión de vesiculitis.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO VI

### ORGANOS DE SECRECION INTERNA

Las glándulas endocrinas forman un grupo importante de órganos con funciones diversas, que vierten sus increciones en el torrente circulatorio, estas increciones se llaman Hormonas y suelen actuar a distancia del lugar donde son producidas; por su amplia dis-pensión tienen efecto coordinador importante, así como regulador sobre el crecimiento, diferenciación y metabolismo celulares.

Las glándulas endocrinas son muy interesantes para nuestra profesión, porque desempeñan papel decisivo en la calcificación de los huesos y dientes, crecimiento facial y desarrollo dentario; el conocimiento de cómo se altera el desarrollo dentario en las diferentes difusiones endocrinas puede permitirnos el diagnóstico para trastornos generales como causa de algunas afecciones bucales, se cree que la disfunción endocrina desempeña un papel importante en ciertas estomatitis y en la parodontosis.

Forman parte del sistema endocrino las siguientes estructuras anatómicas: hipófisis; epífisis; tiroides; paratiroides; timo; pancreas; suprerrenales; ovarios y testículos.

#### *Hipófisis:*

La hipófisis es una de las más complejas de todas las glándulas de secreción interna, interviene principalmente en la regulación del crecimiento, pero también en los metabolismos del agua y el nitrógeno.

Además de esas funciones importantes tiene la de regular y coordinar las actividades de las otras glándulas endocrinas, a nosotros como dentistas nos concierne principalmente la hormona del crecimiento producida en el lóbulo anterior.

La glándula se divide en dos lóbulos, el anterior y el posterior; además de un tallo hipofisario.

#### *Lóbulo Anterior:*

Las hormonas del lóbulo anterior, actúan lentamente y afectan en particular a los elementos estructurales del organismo como son: hormona del crecimiento, la producen las células eosinófilas y actúa de modo especial sobre el crecimiento epifisario; hormonas gonadotróficas, producen de las células basófilas; y hay una folículoestimulante (prolán A) y otra luteinizante (prolán B), también se segrega una hormona que estimula la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios del varón; hormona tirotrófica; hormona adrenocórticotrófica, conocida por ACTH; hormona lactógena y hormona diabetógena.

#### *Lóbulo Posterior:*

Las hormonas del lóbulo posterior tienen acción inmediata y rápida, son: pitresina es la increción antidiurética que regula la secreción renal del agua, estimula la musculatura intestinal y contrae los vasos sanguíneos periféricos; pitocina, produce contradicción de la musculatura uterina durante el parto.

#### *Hipopituitarismo:*

En los primeros años de la vida la insuficiencia hipofisaria causa enanismo o sea disminución armónica del desarrollo de todos los tejidos (blandos y duros). Rara vez es evidente antes de los seis años de edad, el diagnóstico se basa en los datos clínicos y radiológicos.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

En los primeros años de vida, la cara y maxilares, como las restantes partes del cuerpo son objetos de insuficiente desarrollo, pero está en armonía con el resto del cuerpo, los dientes pueden aparecer tarde pero las coronas de ordinario son normales, las raíces se pueden apreciar en radiografías que están incompletas. El desa-

rollo insuficiente de la mitad inferior de la cara suele producir maloclusión y apiñamiento de las piezas dentarias por falta de espacio.

#### *Hiperpituitarismo:*

Los efectos de la hiperfunción hipofisaria (hormona de crecimiento) dependen de la edad del individuo, si ocurre en los primeros años de vida hay desarrollo general excesivo y proporcionado que produce gigantismo.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

Con el crecimiento excesivo en los primeros años de vida la cara y maxilares, además todo el resto del cuerpo. Los efectos de los ocho a doce años se limitan al maxilar inferior, los senos paranasales están aumentados de volumen. La hipertrofia mandibular y tejidos blandos de la cara produce la facies acromegálica característica del hiperpituitarismo, se ven los labios y la nariz grande, la mandíbula está aumentada de volumen, los dientes muy separados y dirigidos hacia afuera por el crecimiento excesivo de la apófisis alveolar, el tamaño de los dientes es normal y la producción de cemento está aumentada, el arco del paladar está corto, los bordes de la lengua son irregulares.

#### *Tiroides:*

La glándula tiroides se forma por invaginación de la pared faríngea entre la primera y segunda bolsas bronquiales, el conducto tirogloso así formado normalmente se cierra y deja como residuo una depresión llamada orificio ciego (foramen caecum). Si algunas zonas de éste conducto no se obliteran, producen quistes tiroglósicos, que en ocasiones se ven en el interior de la boca.

Tiroiditis aguda, es la inflamación intensa de la glándula que algunas veces aparece después de infecciones de las vías respiratorias superiores. El tiroides está tumefacto sensible a la palpación y doloroso.

Bocio, es un aumento de tamaño del tiroides, es un síntoma; el bocio coloide simple es una hipertrofia compensadora benigna de la glándula por falta de yodo en el agua o los alimentos.

*Hipertiroidismo.—Bocio Exoftálmico:*  
*Tirotoxicosis.—(Tiroides tóxico. Enfermedad de Graves y de Basedow):*

El hipertiroidismo o hiperfunción del tiroides produce efectos generales intensos, es más común en el joven y tiene predilección por la mujer, en muchos casos la enfermedad se inicia después de alguna crisis psíquica.

Los síntomas característicos son nerviosidad intensa, inestabilidad emocional, signos oculares y cardiovasculares, adelgazamiento (a pesar del buen apetito) taquipnea, debilidad, insomnio, sudación (en cara y manos) cabello sedoso y trastornos digestivos.

#### CONSIDERACIONES:

Debemos de tener presentes los efectos de las infecciones bucales, sobre las enfermedades del tiroides. La influencia del hipertiroidismo en el desarrollo de los dientes, los maxilares y la conservación de la integridad de estas estructuras.

Los focos bucales de infección pueden agravar la constitución hipertiroides o exacerbar los síntomas producidos por el hipertiroidismo, pero no está demostrado que desempeñen papel etiológico principal, está contraindicada las operaciones dentales, primero debemos eliminar los focos de infección y hasta después del tratamiento adecuado se hará la extracción si era lo que se iba a hacer y la adrenalina no se debe usar.

#### *Hipotiroidismo:*

Es consecuencia de la insuficiencia del tiroides, los síntomas varían según la edad en que aparezcan. Se conocen varias formas de hipotiroidismo: congénito (niños nacidos de mujeres hipertiroides; forma infantil y forma del adulto.

El cretinismo es la expresión clínica del hipotiroidismo congénito, la cabeza la tienen demasiado grande con relación al cuerpo, tienen la piel seca, los labios son gruesos y la boca suelen tenerla abierta, la voz es grave y ronca, carece de defectos normales, es retrasado mental.

En el infantil las manifestaciones clínicas aparecen más tarde que las de cretinismo; puede deberse a la ingestión insuficiente de yodo, taras desconocidas.

### CONSIDERACIONES:

Existe retraso en la erupción de los dientes formación defectuosa de los maxilares y de las estructuras de la cara; los dientes generalmente mal formados parecen tener predisposición excepcional para la caries, esto puede ser consecuencia del hipometabolismo y de que éstos pacientes son insaciables para los dulces.

La falta de desarrollo de los maxilares comprime unas piezas dentarias con otras y causa también maloclusión y desproporción de los rasgos dentales. La edad del niño es inferior en varios años a la cronológica o epifisaria (ósea). En el adulto (Mixedema) es de menor frecuencia, es común en las mujeres en la menopausia, el individuo se fatiga con facilidad, no presta atención a lo que le rodea, el edema es característico porque en el no se forma fovea al comprimirlos, la piel se vuelve seca y escamosa, el pelo y las uñas se vuelven frágiles y de'gadas.

### MANIFESTACIONES BUCALES:

Como consecuencia la dentina y el esmalte son normalmente blandos, hay resorción de la raíz y descalcificación del maxilar superior (y de los cuerpos del carpo) y se aumenta la caries y hay problemas para la susceptibilidad de las enfermedades periodónticas, se puede observar gingivitis marginal, esmalte sin brillo alrededor de los cuellos de los dientes, muerte pulpar bajo obturaciones superficiales y por lo general hay fracaso en los tratamientos de los conductos radiculares.

#### *Timo:*

No se conoce la función exacta del timo, esta glándula impar se halla en el cuello, debajo del tiroides; se cree que interviene en la producción de la muerte súbita de los individuos durante la anestesia general; los síntomas característicos de la muerte tímica son estridor, disnea y shock.



### *Paratiroides:*

Son de dos a cuatro pequeñas estructuras situadas detrás y por fuera del tiroides, en algunos casos una más de ellas están en el tórax detrás del esternón. La paratiroides interviene en la regulación del metabolismo del calcio, movilizándolo de los huesos de los que pasa al torrente circulatorio y así mantiene la calcemia normal.

### *Hipoparatiroidismo:*

Puede ser consecuencia de anomalías funcionales o estructurales (suelen producirse en las primeras etapas de la vida) de enfermedad de la glándula o de su extirpación accidental en el curso de la tiroidectomía.

La hipocalcemia es causa de tetania paratiroidea, y la tetania en la infancia va acompañada de hipoplasia del esmalte y anomalías de dentina.

### *Hiperparatiroidismo.—Osteitis Fibrosa Quística:*

El hiperparatiroidismo en el adulto es muy importante para nosotros, por sus manifestaciones clínicas, ya que suele afectar las estructuras bucales, es debida a una producción excesiva de hormona paratiroidea.

Por la hipercalcemia probablemente se forman cálculos renales, hay adelgazamiento y polidipsia, los dolores de las piernas es un síntoma precoz.

### MANIFESTACIONES BUCALES:

Hay que pensar en esta enfermedad siempre que observemos en los maxilares zonas anormales de descalcificación o quistes que no tengan relación alguna con los ápices, es común la pérdida de los dientes, hay calcificación difusa y nodular de la pulpa dentaria.

Los quistes óseos de los maxilares o los tumores gingivales pueden ser los primeros signos de esta enfermedad.

### *Glándulas Suprarrenales:*

Son dos, situadas sobre los polos superiores de los riñones; constan de una parte cortical y otra medular, la primera es de origen

mesodérmico y segrega cortina, la segunda es de origen octodérmico y produce adrenalina.

Las glándulas tienen acciones reguladoras importantes de los metabolismos salino, acuoso y de hidratos de carbono.

#### *Enfermedad de Addison:*

La hipofunción de la corteza suprarrenal produce la enfermedad de Addison, es consecuencia de atrofia cortical. Se caracteriza por astenia progresiva y creciente, pérdida de peso, hipotensión y pigmentación, sobre todo de la piel y mucosa, suele haber pecas de color negro intenso, también hay anorexia, vómitos y diarreas, cefalea, parestesia, irritabilidad y pérdida de memoria.

El tratamiento es muy importante la administración de extracto de corteza suprarrenal o desoxicórticosterona sintética, es en comprimidos para implantación subcutánea que se reabsorben lentamente.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

Hay manchas azuladas en la mucosa bucal (pigmentación), se observa en las encías, paladar, mucosa de las mejillas y lengua; tienen forma de líneas, puntos irregulares o manchas.

## CAPITULO VII

### SANGRE Y ORGANOS HEMOPOYETICOS

Las enfermedades de la sangre son procesos patológicos más bien raros, pero ofrecen considerable interés desde el punto de vista odontológico, porque es frecuente con respecto al tratamiento de hemorragias gingivales, hipertrofia de las encías o lesiones ulceradas de las mismas.

En caso de leucemia no hay terapéutica eficaz, las operaciones dentales en esos pacientes no son recomendables, a menudo ocasionan la difusión fulminante de las dolorosas lesiones ulcerosas.

El peligro de las extracciones dentales en la hemofilia, es bien conocido, pero no es raro que se descuide interrogar acerca de "antecedentes hemorrágicos" por la rareza de la enfermedad, debemos vigilar siempre la presencia de lesiones que puedan ser síntomas de cualquier padecimiento de este género.

La determinación de los tiempos de sangrado y coagulación, además la biometría hemática completa, son técnicas sencillas que establecen el diagnóstico o nos proporcionan mayor confianza en el tratamiento local de las lesiones ulcerosas oscuras de la mucosa buca y tejidos gingivales.

*Neutropenia Maligna.*—(*Agranulocitosis-Angina Agranulocítica*):

Es un síndrome caracterizado por lesiones ulcerosas de la mucosa bucal y faríngea, acompañadas por malestar, fiebre y esplenomegalia; el número de granulocitos en la sangre circulante está siempre disminuída. Las lesiones iniciales, suelen encontrarse casi siempre en la boca y en caso de este síndrome, la exodoncia puede ser mortal, la etiología de ella son varias teorías y son: microbiana; de carencia alimenticia; de disfunciones hormonales y de alergia química o medicamentosa o indiosincrasia.

La enfermedad es más común en mujeres mayores de 30 años y es más frecuente en personas acomodadas. La eucopenia acompaña con frecuencia a trastornos hormonales; la aparición de neutropenia maligna está relacionada con la menstruación. En el caso de la agranulocitosis relacionada con la administración de medicamentos (fenacetina) y el extenso uso de ellas, ha producido muchos casos de esta enfermedad consecutivos al empleo de sulfamidas, sulfatiazol, sulfameracina, etc.

Síntomas.—El síndrome se caracteriza por grave estomatitis ulcerosa, alteraciones del cuadro hemático, fiebre, esplenomegalia y puede ser súbita o gradual la aparición.

También hay cefalalgia y los síntomas generales a menudo se consideran como de "gripe" o "resfriado" y no suelen guardar proporción con la extensión de las lesiones bucales y dichas lesiones típicas están constituidas por zonas necróticas de forma irregular, a veces contiguas a los tejidos gingivales.

Las úlceras que constituyen características visibles de la enfermedad, tienen aspecto gris sucio e incluso negro, lo cual ayuda a diferenciarlas de las que suelen observarse en las estomatitis fusospiroquetósica. Son comunes las hemorragias gingivales, a veces existen lesiones herpéticas en los labios o mejillas y el olor que despiden la boca es característico de la descomposición tisular.

Diagnóstico.—Puede establecerse basándose en el interrogatorio en el aspecto de lesiones, en el recuento y fórmula leucocitaria, debemos tener también datos de laboratorio, como biometría hemática.

Tratamiento.—Requiere tratamiento rápido y enérgico, podemos dar una combinación de penicilina, ácido fólico y piridoxina.

#### *Leucemia:*

Se caracteriza por gran aumento de los leucocitos en la sangre circulante y tejidos; puede ser linfoide, mielóide o monocítica; según el tipo de leucocitos afectados.

Se desconoce la verdadera causa de la leucemia, pero se considera en general que los leucémicos representan una actividad maligna.

na de los tejidos hemopoyéticos y que las alteraciones que aparecen en ellos son análogas en el hombre y los animales de experimentos.

Leucemia aguda.—En ella existe agotamiento profundo, fiebre, diarrea, dolor de cuerpo, puede presentarse equimosis por el más ligero razonamiento de la piel, el primer síntoma grave puede ser las hemorragias gingivales o las hemorragias prolongadas después de las extracciones.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

Se presentan con frecuencia las lesiones bucales, están constituidas por gran hipertrofia y ulceraciones externas de las encías, suelen iniciarse las lesiones en la región molar del maxilar superior y en la mandíbula anterior, la intensa hipertrofia de las encías depende en parte de la necrosis y edema de esos tejidos, y la gran acumulación extravascular de leucocitos anormales, también pueden afectarse todos los tejidos blandos del diente, en dientes sin caries se observan con frecuencia "abscesos" de la pulpa o zona de necrosis, los pacientes se quejan de odontalgia sin causa clínica manifiesta.

El tratamiento de las lesiones bucales de la leucemia debe ser encaminado a mantener la higiene bucal, aliviar el dolor e impedir la agravación de las lesiones.

#### *Hemofilia:*

Es una enfermedad hereditaria, cuyas manifestaciones clínicas sólo se presentan en los varones; la denominación "enfermedad hemorrágica" es inadecuada, ya que las características del padecimiento es la falta de coagulación o la prolongación del tiempo necesario para la misma.

La enfermedad se transmite por la mujer, en la que no se presentan signos clínicos; se trata de una enfermedad rara, pero como el primer signo de la misma lo revelan extracciones dentarias o la hemorragia grave que puede ocasionar y por ello tiene importancia para nosotros. La etiología es desconocida.

Síntomas.—La enfermedad rara vez se manifiesta en el lactante, suele presentarse en la primera infancia por extensas hemorragias subcutáneas después de un traumatismo ligero, la lengua es asiento frecuente de hematomas. Las articulaciones se afectan con frecuen-

cia y la enfermedad puede manifestarse hasta la erupción dentaria o después de una extracción dentaria, son frecuentes las epistaxis espontáneas, el coágulo en los hemofílicos es blando y gelatinoso.

Tratamiento.—Entre las medidas profilácticas generales figuran las transfusiones de sangre y la administración intravenosa de plasma humano liofilizado; también podemos poner esponja de fibrina preparada con fibrinógeno y trombina humanos; es un hemostático excelente y además podemos usar el gelfoan y la celulosa absorbible.

#### *Seudoheemofilia:*

Se presenta en ambos sexos y la transmite por herencia tanto el varón como la mujer, la enfermedad se parece a la púrpura en que el tiempo de coagulación es normal y el de hemorragia está prolongado, los síntomas son semejantes a los de la emofilia verdadera, aunque menos grave, las extracciones dentarias van seguidas a menudo por hemorragias persistentes.

#### *Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria:*

Se le llama también enfermedad de Osler, es un estado patológico poco común, caracterizado por abundantes telangiectasias o angiomas cutáneos y mucosas localizados, que originan hemorragias profusas espontáneas o después de traumatismos. Se presenta por igual en ambos sexos; la mucosa nasal, lengua, paladar, labios, encías se afectan, en la lengua se localizan angiomas que son como pequeñas manchas rojas o púrpuras, a veces de aspecto estrellado (en araña) cuando se comprimen desaparecen y vuelven a presentarse. La hemorragia es superficial y no intersticial y es síntoma clínico la hemorragia intensa.

#### *Púrpuras:*

Comprenden un grupo de enfermedades que se caracterizan por petequias, equimosis y hemorragias cutáneas y mucosas; pueden clasificarse en:

Púrpura trombocitopénica esencial.—Se caracteriza por reducción notable del número de plaquetas sanguíneas, aumento del tiempo de hemorragia y falta de retracción normal del coágulo. Es muy

común en los primeros años de vida y algo más frecuente en la mujer; la etiología es desconocida; los síntomas son la súbita aparición de grandes manchas purpúricas bajo la piel o mucosa, es característico; las epistaxis, son comunes y pueden producir también hemorragias en cualquier órgano interno. El diagnóstico se establece basándose en los antecedentes, exámenes clínicos y alteraciones hemáticas.

**Púrpura Trombocitopénica Secundaria.**—Se produce por acción de agentes químicos tóxicos, infecciones o desalojamiento de los megacariocitos de la médula ósea, como sucede en las neoplasias. Es común en los adultos, si es de origen medicamentoso suele obtenerse pronta respuesta al suprimirse el medicamento.

**Púrpuras Vasculares.**—La púrpura simple es de etiología desconocida, suele presentarse en niños, dura de dos a cuatro semanas y puede recaer y son raras las manifestaciones bucales.

La Púrpura de Henoch suele observarse en la juventud (varones) y se caracteriza por dolor abdominal, que puede parecer apendicitis; urticaria y edema. La enfermedad a veces guarda relación con alguna forma de alergia alimenticia.

La Púrpura de Schönlein se le llama también "púrpura reumática" por la frecuencia con que afecta a las articulaciones.

#### MANIFESTACIONES BUCALES DE LAS PURPURAS:

El primer signo de púrpura suele ser casi siempre una hemorragia gingival grave, dichas manifestaciones pueden localizarse en zonas de inflamación o traumatismos o ser generalizadas. La descomposición de la sangre en la hendidura gingival y espacios interdentarios, produce olor fétido y constituye un medio favorable para el desarrollo microbiano.

Pueden aparecer pequeñas manchas submucosas de color obscuro en toda la cavidad bucal y de preferencia en la unión del paladar blando y duro.

En general las hemorragias gingivales pueden cohibirse con hemotáticos locales no caústicos, no debe intentarse ninguna intervención quirúrgica, la dieta deberá ser blanda o semisólida para reducir al mínimo el traumatismo de las encías y las lesiones bucales mejoran cuando aumenta el número de plaquetas.

### *Policitemia:*

Es el aumento del número de eritrocitos en la sangre circulante, puede ser primitiva como resultado de proliferación exagerada de los tejidos hemopoyéticos o secundaria ésta suele observarse en individuos que viven en lugares muy elevados sobre el nivel del mar.

La Policitemia Primitiva (policitemia Rubra Vera).—Es poco frecuente y se caracteriza por coloración rojopurpurea intensa, que da a los sujetos afectados aspecto encolerizado; las venas superficiales están distendidas y de color oscuro, los pacientes presentan nerviosidad, cefalalgia, zumbido de oídos y neuralgias, la punta de los dedos suele estar azulada de aspecto cianótico. Los datos bucales son la coloración rojopurpurea de las mucosas, encía, lengua y orejas, además las encías están muy hinchadas y sangran a menudo de manera espontánea y se produce hemorragias con las extracciones.

### *Anemia Eritroblástica Primitiva.—(Anemia de Cooley):*

Es manifestación de algún defecto congénito de los tejidos eritropoyéticos, se observa sobre todo en niños y no afecta a todos los miembros de una sola familia. La enfermedad suele manifestarse antes del segundo año de la vida.

La palidez extrema y el tinte amarillento de la piel a menudo son los primeros síntomas, suele quejarse de debilidad, presentan letargia y aparecen retrasados mentales para su edad. La enfermedad progresa con lentitud, con remisiones y exacerbaciones periódicas.

### MANIFESTACIONES BUCALES:

Los trastornos craneofaciales y dentarios son notables, presentan aspecto mogoloide característico, con acusadas protuberancias frontales y parietales, desarrollo excesivo de los maxilares superior y esto hace con frecuencia maloclusión con mordida abierta y separación de los dientes superiores.

La mucosa bucal tiene color amarillo limón, que se percibe mejor donde termina el paladar duro.



## CAPITULO VIII

### HUESOS Y ARTICULACIONES

#### *Artritis:*

El reumatismo y afecciones reumáticas, incluso las artritis plantean un problema médico importante; la artritis puede ser ocasionada por infecciones específicas como tuberculosas, genocócias, piógenas y lúeticas y otras formas.

#### *Artritis Reumatoide:*

Constituye la forma más frecuente de artritis, la importancia de la infección focal en la etiología se ha sugerido virus.

#### CONSIDERACIONES:

Desde el punto de vista estomatológico son de particular importancia en la artritis reumatoide, la invasión de la articulación temporomaxilar y el posible papel de las infecciones bucales en la etiología o en la evolución de ella.

La invasión de la articulación temporomaxilar en la artritis reumática es objeto de creciente atención, se consideran causas de trastornos y factores etiológicos locales como hábitos anormales de masticación y sueño y alteraciones de la oclusión por pérdida de piezas dentarias.

#### *Osteoartritis.—(Artritis degenerativa Sensi o Hipertrófica):*

Se trata de un proceso degenerativo que puede resultar del desgaste por uso diario de las superficies articulares, se presenta después de los 40 años de edad, las lesiones están constituidas por reblandecimiento y necrosis de la porción central del cartilago interarticular.

Síntomas.—Una de las primeras manifestaciones de la enfermedad puede ser ligera rigidez después del reposo de las partes afectadas que desaparece de manera gradual cuando se hace uso de ellas.

Diagnóstico.—Los puntos más importantes que debemos considerar son establecimiento insidioso de la rigidez y dolores articulares vagos; la edad en que se presenta la enfermedad; el buen resultado general del paciente; nódulos de Heberden y localización frecuente de la enfermedad en las articulaciones que soportan peso; “bordes labiados” o exostosis apreciable en las radiografías.

#### CONSIDERACIONES.

Muchas de las lesiones degenerativas articulares que se observan en los miembros y en el raquis, se producen también en la articulación temporomaxilar; la mala oclusión dentaria puede originar destrucción de cartilago intraarticular.

##### *Afecciones de la Articulación Temporomaxilar:*

La articulación temporomaxilar es una formación compleja constituida por el cóndilo del maxilar inferior, el menisco articular, la fosa glenoidea del temporal, la cápsula y ligamentos articulares y los músculos; la articulación es doble a cada lado, pero funciona como una unidad.

El funcionamiento normal de la articulación depende de las relaciones anatómicas exactas del cóndilo con la fosa glenoidea; equilibrio muscular y la perfecta oclusión dentaria.

Las alteraciones o afecciones de la articulación temporomaxilar, puede ser parte de artropatías generalizadas o complicación de enfermedades que afectan a la totalidad del organismo, pero en casi todos los casos es posible relacionarlas con factores locales que pueden ser descubiertos y corregidos por nosotros. La maloclusión, la atrición dentaria y el encajamiento de cúspides muy salientes perturban el equilibrio funcional de los músculos masticadores y lesionan la articulación temporomaxilar.

Las afecciones de la articulación pueden afectar en el curso de otras enfermedades como en la septicemia, escarlatina, difteria, fiebre tifoidea, influenza y blenorragia.

Las afecciones de origen local que más nos interesan tenemos artritis traumática; subluxación y crujiidos articulares; luxación; anquilosis y el complejo sintomático conocido como síndrome de Costen.

La relación normal de las superficies articulares es la que mantiene el cóndilo del maxilar descansando en la porción anterior de la fosa glenoidea, los molares actúan como topes para evitar la presión indebida sobre la articulación y la posible dislocación del cóndilo hacia arriba y atrás.

Subluxación.—Cuando la cápsula y ligamentos articulares se relajan, es frecuente la movilidad anormal de la mandíbula, ello ocasiona la excursión anormal hacia adelante del menisco y cabeza del cóndilo que pasan por debajo de la eminencia articular.

Los crujidos de la articulación temporomaxilar, se observan sobre todo en individuos cuyos ligamentos articulares han perdido elasticidad por repetidas subluxaciones.

Luxación.—Puede ser anterior o posterior, la posterior es rara y resulta ordinariamente de traumatismos como golpes en el mentón, en cuyo caso suele fracturarse la fosa glenoidea. La anterior no es rara en individuos cuyos ligamentos capsulares están relajados, distendidos o lesionados.

La luxación de este tipo puede producirse al bostezar, reír, comer o por abertura exagerada de la boca, cuando hacemos extracciones dentales; la reducción debemos hacerla en seguida porque luego sería más difícil.

Anquilosis.—De la articulación temporomaxilar, puede ser verdadera o falsa, la primera se ocasiona dentro de la propia articulación por producciones óseas o fibrosas que limitan los movimientos articulares, la causa suele ser una artritis infecciosa o algún traumatismo de las superficies articulares.

En la falsa resulta de la limitación de movimientos por formaciones de tejido óseo o fibroso situadas por fuera de la cápsula articular, el tratamiento es quirúrgico.

Síndrome de Costen.—Son síntomas que suelen coincidir con anomalías de las relaciones funcionales entre cabeza del cóndilo y fosa glenoidea, son: ligera sordera catarral y ataques de vértigo que mejoran insuflando las trompas de Eustaquio; zumbidos de oído y en ocasiones ruidos de chasquidos en la articulación al masticar; movilidad dolorosa, limitada o excesiva de la articulación afectada; sensibilidad a la presión o dolor sordo de oído; síntomas neurálgicos di-

versos, como sensación de punzada o de ardor en el istmo de las fauces, lengua y lado correspondiente de la nariz; sequedad de boca como resultado de perturbación funcional de las glándulas salivales.

#### *Disostosis Cleidocraneal:*

Se caracteriza por el desarrollo y calcificación defectuosa de la clavícula y deformidades craneales que suelen acompañarse de anomalías óseas y dentarias. La enfermedad se presenta de manera espontánea o como carácter hereditario, como se desarrolla principalmente en los huesos de formación intramembranosa, las lesiones más destacadas se presentan en el cráneo, huesos de la cara y clavículas.

Las alteraciones dentofaciales y craneales son las más importantes por el origen intramembranoso de los huesos que constituyen esas formaciones anatómicas, el cráneo es corto (braquicéfalo) con grandes eminencias frontales y parietales, la nariz ensanchada en la base, los maxilares superiores están poco desarrollados y los senos nasales accesorios son pequeños o no existen, el arco palatino es estrecho y alto, es característico el retraso de la erupción dentaria, así como el conservar los dientes deciduos más tiempo de lo normal, no es raro que persistan aún en el adulto y los dientes que brotan no existe hipoplasia del esmalte.

#### *Disostosis Graneofacial Hereditaria:*

Se trata de una rara enfermedad hereditaria de la infancia, que se caracteriza por notables anomalías de desarrollo del cráneo y la parte superior de la cara; los síntomas más frecuentes y notables son el ensanchamiento del espacio interpupilar y un ligero exoftalmos, las eminencias frontales suelen ser muy prominentes, hay oxicefalia (cráneo en forma de torre) la deformidad facial que ocasiona la falta de desarrollo del maxilar superior se hace más ostensible aún por crecimiento normal del inferior, suele tener el arco palatino elevado y estrecho y los dientes de la mandíbula superior aglomerados.

#### *Exostosis o Torus Bucales:*

Pueden encontrarse exostosis localizada o torus en determinadas zonas de ambos maxilares, las que asientan en el hueso palatino

suelen hallarse en la línea media de los dos tercios posteriores del paladar duro y los que están situados en el maxilar inferior casi siempre están en la cara lingual que corresponde al canino o al primer bicúspide; suelen ser bilaterales y son raras en los niños.

La exostosis bucales o torus no producen síntomas a menos que haya alguna lesión irritante de la mucosa que las cubre o sean muy voluminosas; no es raro que se ignoren por los pacientes, pues crecen lentamente; el tratamiento es quirúrgico cuando no son de gran tamaño.

#### *Osteítis Deformante.—Enfermedad de Paget:*

La osteítis deformante, es una afección crónica de los huesos; de etiología desconocida, se caracteriza por hipertrofia y encorvamiento de los huesos largos, con engrosamiento y expansión irregular y deformidades de los huesos planos; aparece de manera espontánea.

Síntomas.—Son de tipo objetivo y se presentan de manera insidiosa, los huesos largos están engrosados y arqueados sobre todo los que soportan gran peso, como la tibia y el fémur; se carece de tratamiento y raras veces produce la muerte.

#### MANIFESTACIONES BUCALES.

En la osteítis deformante, existe osteoporosis intensa en el maxilar superior, hay ensanchamiento manifiesto del maxilar; el tamaño de la arcada dentaria está aumentada y es corriente que los dientes se hallen espaciados. La mucosa que cubre los maxilares está tensa y la manifestación característica es el desarrollo de osteomielitis consecutivas a las extracciones dentarias, algunas veces las lesiones bucales son muy dolorosas, los dientes se aflojan al producirse la destrucción del hueso alveolar de sostén.

#### *Osteogenesis Imperfecta.—(Ossium Fragilitans):*

Es un proceso patológico raro que se caracteriza por la anormal tendencia de los huesos a fracturarse, incluso durante la vida intrauterina.

## MANIFESTACIONES BUCALES:

En algunos pacientes con osteogénesis imperfecta de tipo hereditario o no hereditario, se observa también una rara anomalía dental denominada dentina opalescente hereditaria.

Se observa en ambos sexos la dentina opalescente hereditaria (dentinogénesis imperfecta) los trastornos se producen en la raíz y la corona dentaria, tanto en los dientes deciduos como en los permanentes.

Al brotar los dientes presentan un ligero color azulado que vira de manera gradual al purpúreo opalescente o ámbar, de donde proviene el nombre de este tipo de hipoplasia.

La estructura del esmalte es normal pero está provisto de pigmento y tiene un índice peculiar de refracción; los cambios de color son más netos en los incisivos, los dientes con dentina opalescente son más blandos que los normales y se fracturan con facilidad. Es frecuente que en estos pacientes haya varios dientes con abscesos a pesar de no tener caries extensas, son poco propensos a las caries.

## CAPITULO IX

### NERVIOS, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y MUSCULOS

#### *Dolor:*

La sensación dolorosa no puede ser descrita o medida con precisión, es completamente subjetiva; no puede ser vista o registrada, solamente podemos conocer la intensidad del dolor por la observación, juicio y experiencia. Los impulsos dolorosos pueden estar influenciados por factores físicos o mentales y el estado emocional del paciente.

El dolor puede ser producido por diferentes causas, lo originan trastornos físicos o químicos que afectan las terminaciones o troncos nerviosos, también enfermedades generales como carencias nutritivas; se ha demostrado que la estimulación de los nervios que hay alrededor de los grandes vasos del cuello, produce dolor facial. El diagnóstico del dolor en la región facial es importante en la práctica odontológica; el dolor o el miedo a sufrirlo, es una de las principales causas de retraso en el tratamiento odontológico y al mismo tiempo una de las razones más importantes que traen a los pacientes a nuestro consultorio.

Es difícil el diagnóstico del dolor facial, los orígenes posibles de los estímulos dolorosos en la boca y sus 32 dientes, son múltiples y en cada uno de éstos pueden producirlo muchas enfermedades de la pulpa y tejidos periodónticos. Los estímulos dolorosos pueden proceder de cualquiera de las fibras terminales del quinto par, que inerva el cuero cabelludo, ojos, nariz, oídos, lengua y mucosa bucal, además de su extensa distribución periférica, el trigésimo tiene muchas anastomosis para con los otros nervios cervicales y craneales que proporcionan anastomosis con la base anatómica para los diversos y a veces extraños tipos de dolor experimentados en cabeza y cuello.

Frecuentemente la irritación de las ramas del nervio maxilar superior cuando pasa a lo largo de las paredes de los senos maxilares

infectados, producen falso dolor dentario; es importante recordar que hay muchas causas de dolor fácil, además de las enfermedades de los dientes y estructuras que los rodean.

La intensidad de los estímulos dolorosos en cabeza y cuello particularmente los producidos por pulpitis aguda y periostitis, son causa de que sea imposible la localización del dolor por el mismo paciente.

Para que la valoración del dolor en la cabeza y cuello sea más fácil, debemos recordar siempre que en esta región especialmente en la boca, suele haber dolor psiconeurótico. Los psicólogos han insinuado que la odontología está relacionada con las zonas del cuerpo que tienen más importancia en el desarrollo psicológico, la boca está directamente relacionada con los principales instintos y pasiones humanas; la lengua es una de las localizaciones frecuentes de dolor psiconeurótico.

#### *Aclaración de términos:*

Las palabras "neuralgia", "neuritis" y "neurosis" las confunden erróneamente.

"Neuritis" es la inflamación de los nervios sensitivos o sus ganglios, puede ser producida por traumatismos, irritantes bacterianos o químicos (tóxicos) o factores nutritivos, en las fases iniciales de neuritis sensitivas pueden haber hiperestesia pero en la inflamación, según que el nervio sea sensitivo o motor.

"Neuralgia" es término impreciso y poco adecuado, se utiliza para indicar que hay dolor en los nervios o a lo largo de sus trayectos y sue' en dividirse en graves o leves.

"Neurosis" o "dolor psiconeurótico" expresan un trastorno funcional del sistema nervioso que no es consecuencia de ninguna lesión objetiva, puede depender de aberraciones en la función cerebral, que produzca la impresión de que están recibiendo estímulos dolorosos.

#### *Neurítides de Interés Odontológico:*

Uno de los caracteres de la neuritis verdadera, es su comienzo gradual y el aumento progresivo del dolor si está afectado un nervio



sensitivo; el dolor por inflamación de un nervio afecta tanto a la sensibilidad profunda como la superficial; las causas más comunes de neuritis de origen dental son las pupiltis y la periostitis apical.

La parálisis del facial (parálisis de Bell) se observa con frecuencia son neuritis del séptimo par, la puede producir el frío, corrientes de aire, lesiones infecciosas del nervio, traumatismos y neoplasias. Puede ser consecuencia de lesiones durante operaciones en la cara.

La parálisis del séptimo par puede ser consecuencia de difteria, sífilis, diabetes o neuritis múltiples; se ha observado parálisis facial después de inyectar en la mandíbula un anestésico local y extraer un tercer molar incluido.

#### *Neuralgias:*

Las neuralgias de la región facial y bucal se dividen en grandes, pequeñas y atípicas neuralgias.

#### *Las Grandes Neuralgias:*

La neuralgia del trigémino es un ejemplo clásico y puede interesar una o más ramas del quinto par, es una enfermedad que afecta especialmente a los ancianos, es unilateral y las más afectadas son las ramas maxilares superiores e inferiores; la neuralgia del trigémino es consecuencia de alguna irritación del segmento central del nervio, el rasgo característico es el paroxismo doloroso intenso, es muy violento y dura poco, además los analgésicos rara vez acaban con el dolor.

#### *Las Pequeñas Neuralgias:*

La neuralgia grave de la mitad inferior de la cara producida por trastornos en el ganglio esfenopalatino, localizado exactamente detrás del maxilar superior y por fuera de la nariz; tiene conexiones con ésta el ojo, la mejilla, la mandíbula superior y los dientes, hay dolor unilateral en la cara y suele ser terebrante, constante, intenso y más duradero.

### *Las Neuralgias Atípicas:*

Por lo general los pacientes casi siempre tienen accesos recidivantes de dolor que comienzan espontáneamente, el dolor es permanente, terebrante y suele afectar a una zona bien amplia.

### *Neurosis:*

Es importante diferenciar, las neurosis verdaderas, de la nerviosidad benigna, hay dolor psiconeurótico, éstos pacientes suelen describir su dolor como sensación de quemadura u hormigueo, es profundo y continuo, impide comer o dormir y suele aparecer cuando el paciente está fatigado o en tensión emocional.

### *Epilepsia:*

Es una enfermedad del sistema nervioso central caracterizado por accesos de inconsciencia y crisis convulsivas típicas, tiene fondo hereditario y suele ir acompañada de deterioración mental, aunque otros tienen inteligencia brillante, no hay factor etiológico y puede ser consecuencia de lesión intracraneal acaecida durante el nacimiento o después.

### LESIONES BUCALES:

Los signos de epilepsia son grandes hematomas las cicatrices en la cara, labios y especialmente en la lengua; tienen tendencia a rechinar los dientes durante la noche (bricomanía); el fenilhidantoínato sódico (dilantina sódica) que se utiliza mucho para tratarlos suele producir hiperplasia gingival intensa o dilantínica; el tejido es de color rosa claro y su superficie algo más áspera que la encía no afectada, rara vez sangra.

### *Poliomielitis Anterior:*

Es una enfermedad infecciosa aguda producida por un virus filtrable, se desconoce la puerta de entrada y de transmisión, se caracteriza por una fase preparalítica cuyos síntomas son irritabilidad, cefalea, a veces diarrea el síntoma inicial puede ser la parálisis de varios grupos musculares.

## CONSIDERACIONES:

Puede haber exposición de pulpa, puede afectarla los núcleos motores de los pares craneales del quinto, séptimo, noveno y décimo.

### *Enfermedades de los Músculos.—(Trismo):*

El trismo es el espasmo de los músculos de la masticación, producidos por alguna lesión irritativa del sistema nervioso central, sin embargo el término suele usarse para denominar la contractura de origen inflamatorio o reflejo de los músculos de la masticación a consecuencia de procesos patológicos de los dientes y tejidos vecinos.

Se observa diferentes grados de trismo después de extraer terceros molares en el maxilar inferior; el trismo puede ser consecuencia en parte de la reacción inflamatoria verdadera, el edema y el traumatismo de las técnicas operatorias.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## BIBLIOGRAFIA

"*Medicina Bucal*": Lestes W. Burket.

"*Accidentes dentales de origen respiratorio*": Edwards, R. W.

"*El dentista y la reciente influencia epidémica*": Mattis, L.

"*Coartación de la Aorta*": Adams, Herbert. D. y Colab.

"*Las relaciones de las infecciones bucales en el sistema circulatorio*":  
Clagett, H. Henry.

"*Las bucodentarias de la fiebre tifoidea*": Achard, P.

"*Inflamaciones de las glándulas salivales*": Beck, A. L.

"*Cálculo renal*": Rosenow, E. G.

"*Infección Focal*": Galloway, C. E.

"*Leucemia congénita*": Cross, Frank, S.

"*Manifestaciones bucales de leucemia*": Resch, C. A.

"*Diagnóstico de hemofilia*": Quick, A. J.

"*Dentina opalescente hereditaria*": Roberts, E. y Schour.

"*Articulación temporo-mandibular*": Willis, E. I.

"*Neuralgias en la cara*": Adson, A. W.