

00599

**PROTOCOLO EN ODONTOLOGÍA PARA EL MANEJO DE  
PACIENTES SISTEMICAMENTE COMPROMETIDOS**

**ARACELY RUIZ SILVA**

**JORGE DONCEL**

**LUZ DARY MORENO MOJICA**

**YARLEY PIÑEROS MONTENEGRO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**SANTAFE DE BOGOTÁ D.C.**

**1997**

14-6-01-LW

**PROTOCOLO EN ODONTOLOGÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES  
SISTEMICAMENTE COMPROMETIDOS**

**ARACELY RUIZ SILVA  
JORGE DONCEL  
LUZ DARY MORENO MOJICA  
YARLEY PIÑEROS MONTENEGRO**

**Monografía presentada como requisito parcial para optar el título de  
odontólogos**

**DOCTOR  
JORGE ARANAGO MEJIA  
DOCTOR  
FREDDY OSORIO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
SANTAFE DE BOGOTÁ D.C.**

**1997**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo realizamos pensando en nuestros padres en sus esfuerzos y su creabilidad en nosotros, por brindarnos todo el apoyo necesario para culminar nuestros estudios de una forma exitosa,

Al Colegio Odontológico Colombiano le agradecemos todos los conocimientos, también la formación como personas dentro de una sociedad con cualidades morales y humanitarias.

## INTRODUCCIÓN

Una de las características o cualidades del odontólogo es aplicar las técnicas correctas y tener conocimientos y habilidades manuales especiales que requieren todas y cada una de las maniobras odontológicas.

Es muy común observar a menudo en los consultorios pacientes con problemas sistémicos serios y como vemos estos afectan el tratamiento dental en muchos casos, cabe resaltar la importancia de proveer en el trabajo a seguir .

Las interacciones de la medicina y odontología se observara en detalle, las enfermedades específicas y recomendaciones apropiadas y el protocolo específico para el manejo odontológico a seguir, siempre tenemos que tener en cuenta que estamos ante un paciente sistemicamente afectado, aquí incluimos a todos los pacientes en los que una patología puede alterarse por nuestras maniobras, llegando a poner en peligro la vida del paciente.

Es preciso un conocimiento adecuado de estas circunstancias con el fin de que nuestro tratamiento llegue a toda persona que lo necesite.

Hay que tener un control de calidad, no solo por parte del profesional sino también la sociedad mediante sus mecanismo de regulación

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer la cavidad oral como parte de un organismo para así de esta manera poder realizar tratamientos integrales relacionados con cirugía oral en pacientes sistemicamente comprometidos.
- Concientizar al odontólogo de la importancia de los pacientes tratados en cirugía oral con problemas sistémicos.
- Tener los conocimientos básicos para un buen criterio clínico adecuado y aplicado al paciente afectado sistemicamente
- Diferenciar los signos y síntomas de cada una de las enfermedades tratadas para poder realizar un plan de tratamiento adecuado.

## TABLA DE CONTENIDO

	PG
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	
1. HISTORIA CLÍNICA	
2. ENFERMEDADES ENDOCRINAS	7
2.1. Diabetes	7
2.3. Hipoparatiroidismo	14
2.4 Hiperparatiroidismo	16
3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS	20
3.1. Hepatitis	20
3.2. Sida	26
4. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	32
4.1. Angina de pecho	32
4.2. Infarto del miocardio	34
4.3. Arritmias cardíacas	35
4.4. Hipertensión Arterial	37
4.5. Endocarditis bacteriana	39
5. ENFERMEDADES VIRALES EN LA CAVIDAD ORAL	43
5.1. Eritema multiforme	43
5.2. Liquen plano	44
5.3. Herpes simple	45
5.4. Micosis	46

6. TRANSTORNOS DE LA COAGULACIÓN SANGUINEA	48
6.1. Enfermedades de las plaquetas	48
6.2. Hemorragia por disfunción plaquetaria	52
6.3. Factores de cuagulación	53
6.3.1 Hemofilia A	53
6.3.2. Hemofilia B	54
6.3.3. Enfermedades de Von Willebrand	57
7. ENFERMEDADES RENALES	58
7.1. Falla renal cronica	58
7.2. Pacientes con diálisis	59
7.3. Hemodiálisis	59
7.4. Paciente con trasplante renal	60
8. ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	63
8.1. Asma bronquial	63
8.2. Bronquitis aguda	65
8.3. Epoc	66
9. CANCER ORAL	69
10. CONCLUSIONES	
11. BIBLIOGRAFIA	

## 1. HISTORIA CLÍNICA

Es la recopilación de datos acerca del paciente. Con toda su anamnesis, antecedentes de enfermedades familiares y personales.

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es una de las ayudas más importante para establecer un diagnóstico.

Comprende los datos más importantes que lleva el enfermo a consultar. La calidad de la historia depende del entrevistador, pero también por la capacidad de comunicación del enfermo.

La historia clínica comprende

Motivo de consulta

Enfermedad actual

Antecedentes patológicos

Antecedentes familiares

Antecedentes personales

Revisión de los sistemas orgánicos

Evaluación física: Presión arterial, temperatura, pulso, frecuencia respiratoria.

Es muy importante tomar en serio la historia clínica del paciente ya que con ella se puede llegar a descubrir las patologías que padece el paciente. Y es nuestra carta de presentación ante cualquier proceso legal.

La realización de la historia necesita tiempo, una historia hecha apresuradamente crea una atmósfera de precipitación impersonal que hace difícil para el enfermo comunicarse libremente.

Un enfermo que decide visitar el médico u odontólogo tiene un problema o problemas de salud .

Hay que destacar que una confianza del enfermo es muy influenciada por la actitud y apariencia del entrevistador.

## **2. ENFERMEDADES ENDOCRINAS**

### **2.1. DIABETES**

La diabetes se considera un síndrome y una enfermedad.

#### **CLASIFICACIÓN**

- **DIABETES MELLITUS**
  - a. Tipo - I ó Insulino dependiente.
  - b. Tipo - II ó Insulino dependiente.
  - c. Diabetes secundarias
  - d. Diabetes asociadas a mal nutrición.
  
- **DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA**

Antes llamada Diabetes Química, la mayoría son asintomáticos y más frecuente en obesos.

- **DIABETES GESTACIONAL O DE EMBARAZO**

Existe una predisposición genética, se pueden presentar complicaciones perinatales, puede degenerar en Diabetes tipo II en pocos años.

- PACIENTES QUE TUVIERON UNA ALTERACIÓN PREVIA EN EL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS

Antes llamada Diabetes Latente, puede degenerar en Diabetes tipo II.

- PACIENTES CON POTENCIA ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS

Antes llamada Prediabetes, individuos con antecedentes familiares.

## **DIABETES MELLITUS**

Es un trastorno metabólico crónico debido a una falta absoluta o relativa de actividad insulínica endógena. La falta de insulina o la demanda aumentada determina la aparición de trastornos en el metabolismo Hidrocarbonado.

### **ETIOLOGÍA**

Desorden genético.

Destrucción primaria de los islotes de Langerhans

Hipertiroidismo, acromegalia, feocromocitomas, S. Cushing hipotiroidismo.

Latrogenias como administración de esteroides.

## **CLASIFICACIÓN**

- **TIPO I O INSULINO DEPENDIENTE**

Representan aproximadamente el 10% no poseen receptores para la insulina.

Generalmente da en menores de 40 años. (juvenil).

Prevalecen los factores autoinmunes y ambientales como dieta, toxinas, estrés.

La hiperglicemia disminuye la función fagocitaria de los granulocitos facilitando el crecimiento de algunos microorganismos. La cetoacidosis disminuye la migración de granulocitos y la actividad fagocitaria, por tal razón el paciente es más susceptible a la infección retardando la cicatrización.

## **PASOS IMPORTANTES**

### **A. HISTORIA CLÍNICA**

- Antecedentes familiares
- Signos y síntomas

### **B. ANÁLISIS DE LABORATORIO**

- Determinación de glucosa sanguínea
- Determinación de glucosa y cetona urinaria
- Prueba de tolerancia a la glucosa.

## **SIGNOS CLÍNICOS**

### **TIPO-I**

Patología  
Polidipsia  
Poliúria  
Pérdida de peso  
Pérdida de altura  
Infecciones de piel repetidas  
Irritabilidad marcada  
Cefaleas  
Malestar  
Xerostomia.

- **TIPO- II O NO INSULINO DEPENDIENTES**

Pacientes mayores de cuarenta años, el 80% son obesos. No son tan susceptibles a la cetoacidosis. Los obesos son resistentes a la insulina ( tiene menos receptores en la membrana celular) y disminuye la afinidad a la membrana, es impermeable a la glucosa.

## **PASOS IMPORTANTES**

### **A. HISTORIA CLINICA**

- Antecedentes familiares
- Signos y síntomas

### **B. ANÁLISIS DE LABORATORIO**

- Determinación de glucosa sanguínea
- Determinación de glucosa y cetona urinaria

- Prueba de tolerancia a la glucosa.

## **SIGNOS CLÍNICOS**

### **TIPO-II**

- Perdida o aumento de peso
- Nicturia
- Prurito vulgar
- Visión borrosa
- Parestesia
- Perdida de la sensación
- Impotencia
- Hipertensión postural

## **COMPLICACIONES**

- Arteroesclerosis
- Microangiopatias
- Neuropatias
- Calambres
- Debilidad muscular
- Disfagia
- Diarrea nocturna
- Disfunción en vejiga
- Cataratas.
- Gangrenas

## **COMPLICACIONES ORALES**

A- Paciente no controlado

Xerostomia

Infección

Ulceraciones orales

Cicatrización pobre

Sensación de quemazón oral

Aumento de enfermedad periodontal

Hipoplasias del esmalte

Infecciones orales postquirurgicas

Candidiasis

Abscesos periodontales

Calcificaciones pulpares.

B- Paciente Controlado

- Los mismo signos y síntomas con menor intensidad.

## **MANEJO ODONTOLÓGICO**

Paciente insulino dependiente controlado:

- Se trata como un paciente normal
- Citas en horas de la mañana y cortas
- La cita no debe interferir con la dieta o administración de insulina
- Mantener en el consultorio bebidas azucaradas
- Educar al paciente sobre su enfermedad

- En cirugías extensas es imprescindible de la comunicación el endocrinólogo
- En pacientes se aconsejan antibióticos profilácticos
- En procesos traumáticos o infecciosos sobre ser hospitalizado
- Si se requiere antiinflamatorios no utilizar glucocorticoides.
- La anestesia local se puede combinar con adrenalina 1:200000
- Para procedimientos quirúrgicos se debe realizar profilaxis antibiótica.
- Media dosis antes y media dosis después.

Paciente insulino dependiente no controlado

- Solamente será manejado en caso de urgencia con interconsulta con endocrinólogo y hospitalizado; el estrés, la infección y el trauma pueden causar crisis.
- Para un tratamiento odontológico regular se requiere interconsulta con el endocrinólogo.

Pacientes insulino dependientes controlado

- Se trata como un paciente normal teniendo en cuenta las reglas de las citas.

Pacientes no insulino dependientes no controlado

Se trata como a un paciente normal, en caso de urgencias se hospitaliza

## **TRATAMIENTO DE LA DIABETES**

Si es paciente nuevo DM tipo-I necesita dieta e insulina (no le sirven los hipoglicemiantes orales), si es DM tipo-II como casi todos los obesos, se les

insiste primero con la dieta y se pueden agregar hipoglicemiantes orales. Si no se controla se hacen mezclas de hipoglicemiantes y si no, se les de insulina.

## **2.2. HIPOPARATIDIROIDISMO**

- El hipoparatiroidismo se define como un estado de hipocalcemia que aparece asociado con una función glandular parotiroidea deficiente.

### **CLASIFICACIÓN**

1. Hipoparatiroidismo primario : Es la forma más habitual de trastorno de tiroides afecta más a las mujeres, se observa con más frecuencia en pacientes cuya insuficiencia tiroides es la consecuencia de la destrucción de la glándula por yodo radiactivo o cirugía.
2. Hipoparatiroidismo Secundario : Causado por la estimulación insuficiente de tirotrópina del tiroides debido a una insuficiencia hipofisaria
3. Hipoparatiroidismo Terciario : Causado por una secreción inadecuada de TSH a partir de tirotrópos hipofisarios aparentemente normales.
4. Hipoparatiroidismo y mixedema : Es un trastorno causado por deficiencia de hormona tiroides se caracteriza por una disminución insidiosa y progresiva de la intensidad de las funciones metabólicas de todo el cuerpo.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

1. Cretinismo neonatal.

- Sobrepeso
- Nariz ancha
- Hiperteleoroitismo
- Labios gruesos.
- Lengua grande y partida
- Tonicidad muscular pobre
- Palidez cutánea
- Edad ósea retardada
- Erupción retardada
- Maloclusiones
- Hernia umbilical
- Trastorno mental
- Enanismo

## 2. En adultos

- Alopecia
- Palmas amarillas
- Piel seca
- Cabello seco
- Problemas de lenguaje
- Actitud mental y físico lento
- anemia
- Aumento de sensibilidad al frío
- Aumento en la fragilidad capilar
- Debilidad muscular
- Retardo en el crecimiento óseo
- Labios gruesos
- macroglosia

- Erupción retardada
- Maloclusiones.

## **MANEJO MEDICO DE PACIENTE CON HIPOPARATIROIDISMO**

- Historia clínica detallada
- Tomar hormona tiroidea T4.=> Tiroglobina purificada 65 mag.

T3.=> Eutiroideo

Tirocina 110 vg

Triyodotironina 25 vg

- En pacientes con coma mixidematoso por vía intravenosa o intravascular.  
X vía oral
- Calidad de vida normal

## **MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON HIPOPARATIROIDISMO**

- Historia clínica detallada
- Se deben evitar analgésicos sedativos o narcóticos.
- En pacientes no controlados evitar tranquilizantes, barbitúricos y a la acción de narcóticos.
- Control de dolor con analgésicos no narcóticos.
- Control de infección con antibióticos
- Interconsultas con el médico
- Precaución en pacientes con enfermedad crónica
- No dejar de atenderlo en la consulta dental.

## 2.3. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Es una alteración endocrina relativamente común causada por la secreción excesiva de hormona paratiroideo de una o más paratiroides.

### ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa, el análisis molecular des tejido paratiroideo adenomatoso indica que la enfermedad tiene probable origen nooclonal

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Esqueletales
- sistema cardio vascular
- Sistema gástrico intestinal.
- Sistema nerviosos central
- Hematologico
- Hipercalcemia
- Ablandamiento del tiroides
- Taquicardia
- Aumento de presión arterial diferencial
- Piel caliente y húmeda
- Signos oculares
- Fibrilación auricular
- Nerviosidad
- Suduración
- Palpitaciones
- Aumento del apetito



- Fatiga
- Insomnio, debilidad muscular.

## **PRESENTACIONES CLÍNICAS DEL HIPERPARATIROIDISMO**

- Hipercalcemia sintomática
- Enfermedad ósea o litiasis
- Hiperparatiroidismo agudo
- Carcinoma paratiroides
- Hiperparatiroidismo primario familiar
- Hiperparatiroidismo en el embarazo.

## **COMPLICACIONES ORALES**

- Osteoporosis
- Enfermedad periodontal progresiva
- Caries extensa
- Pérdida prematura de dientes
- Erupción temprana de dientes permanentes.
- Desarrollo temprano de máxilares.

## **MANEJO MEDICO DE PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO**

- Historia clínica detallada
- Antitiroideos que bloquean la síntesis de hormona.
- Iodinas
- Iodinas radioactivas
- Tiroidectomía subtotal

- Dosis alta de antitiroideos
- Hidrocortisona (100 - 300 mg)
- Glucosa endovenosa
- Vitamina B compleja
- Paquetes húmedos o paquetes de hilo para la temperatura.
- Monitoreo signos vitales
- Resucitación cardiopulmonar si es necesario
- Interconsultas con los especialistas

## **MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO**

- Historia clínica detallada
- Interconsulta al médico del paciente para confirmar DX.
- Indagar terapia farmacología pasada y actual.
- Evitar tratamiento dental hasta no tener el paciente bajo control médico
- En pacientes controlados se puede realizar cualquier tipo de tratamiento o utilización de fármacos.
- En pacientes no controlados o parcialmente.
- Se debe evitar procedimientos quirúrgicos y operativo.
- Infecciones agudas utilizar antibióticos.
- Evitar sustancias vasopresores
- Epinefrina - anestesia; hilo retractor, analgésicos, no narcóticos
- Atención de urgencia
- Control del dolor con analgésicos no narcóticos.
- Control de la infección, si la hay con antibióticos.
- Interconsulta con el especialista.

### **3.ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

#### **3.1. HEPATITIS**

Es un proceso inflamatorio del hígado caracterizado por necrosis hepatocelular difusa o en focos dispersos que afecta todos los acinos.

Etiología Citomegalovirus

Virus tipo A, B.

no A, no, B, C,E,D,F.

Alcohol, Drogas

Otras incluyen: Mononucleosis Infecciosa

Fiebre Amarilla

Leptospirosis

Infecciones vírales

#### **CLASIFICACIÓN**

Hepatitis A, no A

Hepatitis B, no B

Hepatitis C

Hepatitis D

Hepatitis E, F

## **HEPATITIS VIRAL AGUDA**

Es una enfermedad hepatocelular inflamatoria difusa, causada cuando menos por tres agentes vírales diferentes.

## **VIRUS HEPATITIS B**

Es el que se ha caracterizado en forma más completa. La partícula infectante ("Dane") consta de un núcleo interno con una cubierta superficial. El primero contiene DNA y polimerosas DNA y se reproducen dentro de los núcleos de los hepatocitos infectados. La cubierta superior se añade en el citoplasma y por razones desconocidas se producen en gran exceso; se descubre en el suero por medios inmunológicos como Ag de supf. La hepatitis B el virus 3 causa una amplia gama de enfermedades hepáticas, desde estado subclínico de portador hasta la hepatitis aguda y crónica, cirrosis hepática, carcinoma hepatocelular.

## **ANTÍGENOS DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B**

- Antígeno de superficie de H.B (HBsAs)
- Antígeno de núcleo (HBcAs)
- Antígeno e (HBeAg)

## **VIRUS DE LA HEPATITIS A**

Es una partícula más pequeña que el virus B y un virus RNA de tipo enterovirus. El Antígeno viral (HAAs).

Se encuentra en el suero, las heces y el hígado, sólo durante la infección aguda.

El anticuerpo IgM aparece al inicio de la enfermedad, pero aparece en unas semanas seguido por el desarrollo de Ac. Ig G que persiste probablemente por toda la vida.

A diferencia de la hepatitis B, en la A no hay un estado de portador crónico conocido y el agente tiene un papel mínimo en la producción de enfermedad hepática crónica.

## **VIRUS NO-A NO-B**

Cada vez hay pruebas indicando que se tratan de cuando menos dos virus distintos, su conducta biológica y clínica es muy similar a la del virus de la hepatitis B. Relacionado con transfluencia.

## **COMO SE TRANSMITE**

- Contacto fecal-bucal
- Sangre
- Secreciones
- Via parenteral
- Alimentos contaminados
- Compañeros sexuales.

## **PATOLOGÍA**

Acinos hepáticos están afectados por necrosis en focos dispersos e infiltrado inflamatorio mononuclear también hay signos histológicos de regeneración. La estructura subyacente de reticulina suele estar conservada y la regla es la recuperación histológica completa.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS

Anorexia

Malestar

Nauseas

Fase prodromica

Vomito

Fiebre

Brotos de urticaria

Artralgias

Orina oscura

Intericia

Ictericia

Colestasis

Hígado crecido - sensible

15 - 20 % -> esplenomegalia leve

Transaminasas ↑

AST ↑ 1000 - 3000 v

ALT ↑

Bilis orina antes que la ictericia

Hiperbilirrubinemia variable

DATOS DE LABORATORIO

Fosfatasa Alcalina -

moderadamente ↑

Leucocitos ↓

Frotis de sangre → pocos linfocitos atípicos.

## **PRONOSTICO**

En la mayor parte de los casos la hepatitis se resuelve en forma espontánea y la enfermedad suele durar en total cuatro a ocho semanas.

Un pronóstico favorable en la hepatitis B es menos seguro que en la infección por virus A. En la hepatitis no-A - no-B es más probable que la evolución clínica sea fluctuante y progrese hasta la enfermedad crónica.

## **PROFILAXIA**

- La higiene personal ayuda a evitar la diseminación de la Hepatitis A.
- La sangre de pacientes con Hepatitis manejarse con cuidado igual que los heces.
- Valor en los donantes de sangre la presencia de HBSAG.
- Se recomienda 0.02 mL/Kg, intramuscular de globulina seroimmune estándar (ISG)
- Otros recomienda 0.06 ml/ Kg - 3.5 ml para adultos.
- La globulina seroimmune estándar (ISG) protege contra la Hepatitis A.

## **MANEJO MEDICO - PACIENTES CON HEPATITIS A**

- Valorar historia clínica
- Exámenes de laboratorio
- DX exacto

- Administrar corticosteroides en casos ordinarios
- Dieta especial.
- Revisar coagulación antes de cualquier procedimiento quirúrgico.
- La globulina inmune para hepatitis B (HBLG)
- Vacunas - Hepatitis B.

## **VARIANTES DE LA HEPATITIS VIRAL AGUDA**

- Hepatitis Anictérica
- Hepatitis Recrudescente
- Hepatitis Colestática.
- Hepatitis Fulminante
- Hepatitis crónica: Gama de trastornos que se combinan con la hepatitis aguda por una parte y con cirrosis por otra.
- Hepatitis crónica persistente.
- Hepatitis crónica activa.

## **RIESGOS DE LA HEPATITIS**

Compromiso pronunciado de la función hepática, puede presentarse problemas de coagulación.

## **MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON HEPATITIS**

1. Historia clínica detallada.
2. Métodos de protección mecánica Guantes, mascarilla, gafas, uniformes desechables.
3. Lavado y desinfección de las manos.

4. Evitar el contacto de las manos con otras zonas del cuerpo desprotegidas durante el tratamiento.
5. Limitar al máximo las salpicaduras ( Aspiración quirúrgica, dique de goma ).
6. Desinfección del área de trabajo, utensilios o instrumentos necesarios para el tratamiento, colocar cristaflex en toda la unidad. Y el glutaraldehido para la posterior desinfección. El instrumento debe ser desechable o bien esterilizable en autoclave 21 °C durante 30 min y 134 °C durante 5 min.
7. Correcta preparación del material y de los instrumentos necesarios para el trabajo.
8. Citar a los enfermos de alto riesgo al final de la jornada laboral.

### **3.2. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**

#### **DEFINICIÓN**

Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) caracterizado por la destrucción selectiva de los infocitos T4 - ayudadores.

#### **ETIOLOGÍA**

- Agente viral HIU
- Retrovirus humano. Linfotropico de células T\_ humanas tipo III ( HFLV - III ).

#### **SÍNTOMAS Y SIGNOS**

- Linfadenopatía en 2 o más sitios por más de 3 meses.

- Fiebre de 39+- por 2-3 meses
- Perdida de pesos del 10 %
- Diarrea persistente.
- Fatiga
- Suduración nocturna
- Células T ayudadoras menores de 400/mm<sup>3</sup>
- Radio celular de t4/t8 <de 1.0
- Leucopenia
- Trombocitopenia
- Anemia
- Globulina elevada en cero
- Blastogenesis reducida
- Prueba para HIV -II (+)
- Enfermedades de la membrana mucosa ==> Candidiasis oral  
Leucoplasia Capilar  
Vaginitis progresiva
- Lesiones cutáneas recurrentes o no cicatrizables => Herpes Simplex Progersivo
- \* Herpes Zoster Progresivo
- Enfermedades infecciosas sugestivas
- Enfermedades malignas
- Sarcoma de kapossi
- Linfoma de Burkitt
- Linfoma de Hodkin
- Leucocemi a Linfocitica crónica
- Carcinoma de orafaringe
- Carcinoma hepatocelular
- Carcinoma de pulmón.

**MODOS DE TRANSMISIÓN** ==> Sexual,  
Parenteral  
Perinatal

- Semen
- Sangre
- Plasma
- Líquido cefalorraquídeo
- Secreciones cervico - vaginales
- Médula ósea
- Leche materna

1. La transmisión depende de muchos factores

- \* El virus debe estar presente en el fluido
- \* El virus debe estar vivo y estable en el fluido.
- \* El virus debe ser transmitido a un huésped susceptible de modo que este pueda invadir las células blancas.

## **CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR HIV**

Es propuesta por C.D.C. (Center for Diseases Control)

Grupo I: Pacientes con signos y síntomas transitorios se caracterizan por Fiebre, poliadenopatias, mialgias, altagias, diarreas, fatiga.

Grupo II : Pacientes que no presentan signos o síntomas clínicos de infección por HIV pero presentan hallazgos patológicos de laboratorio.

Grupo III : Pacientes con linfadenopatias generalizadas persistentes, Pero sin hazagos

Grupo IV : Pacientes con signos y síntomas clínicos de infección por HIV, hay síntomas generales, neurológicos hay enfermedades malignas, infecciosas, orales, bacterianas causada por hongos y otras.

### LESIONES ORALES A LA INFECCIÓN HIV

	Candiadiasis
	Seudomembranosa
	Atrofica
MICOTICAS	Hiperplasica
	Histoplasmosis
	Criptococosis
	Geotricosis
	Herpes simples
virales	Herpes zoster
	Leucoplasia vellosa
	Verrugas
	Gingivitis atipica
	Periodontitis Asociada al HIV
BACTERIAS	Estomatitis necrosante
	Estomatitis por klebsicila

NEUPLASICOS	Sarcoma de kaposi
	Linfoma no Hodgkin
	Carcinoma espinocelular
OTRAS	Úlcera aftosa recurrente
	Púrpura trombocitopenica idiopatica
	xerostomia
	Crecimiento de la glándula salival.

## MANEJO MEDICO

1. Historia clínica detallada.
2. Exámenes de laboratorio (Elisa)

Administrar : AZT, Azidotimidina

- Flt, Alovudine
- D4t Didehidrodidexotimidina
- Hipericina
- Cisteina
- Pentoxifilina
- Inmuno reguladores

## MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON HIV

- Historia clínica detallada
- Métodos de protección

- Asepsia y antisepsia en todo tratamiento
- Instrumental esterilizado en autoclave
- Utilizar material e instrumental desechable
- Citar al paciente infectado en horas de la noche.
- Antes de cualquier procedimiento quirúrgico profilaxis antibiótica ( penicilina V32 \* 1.2 mega/día por dos días o alternativamente cefalosporinas, macrolidos o clindamicinas ).
- Determinar el recuento de plaquetas ( con valores por debajo de 100.000 /ml  
Los procedimientos deben ser realizados solamente en el hospital.
- No dejar de atender a un paciente portador o enfermo de SIDA en la consulta dental.

## **RIESGOS DE PACIENTE CON VIH**

Con sus síndrome de inmunodeficiencia manifiesto hay riesgo de infecciones locales de las heridas luego de los procedimientos quirúrgicos tendencia a la hemorragia debida a trombocitopenia.



## **4. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

### **4.1 ANGINA DE PECHO**

#### **Definición**

Dolor torácico temporal dependiente de la insuficiencia coronaria, desencadenado casi siempre por el ejercicio, y que no dura más de 20 minutos.

Se produce una hipoxemia del músculo cardíaco resultante de un desequilibrio entre el consumo y el aporte de oxígeno al corazón siendo esta la alteración fisiopatológica básica en la angina de pecho.

#### **Clasificación**

A. Angina clásica o de Heberden: Se caracteriza por dolor torácico provocado al aumentar el trabajo del corazón.

B. Angina variante o de Prinzmetal: Menos común, se caracteriza por un dolor en reposo muchas veces durante la noche ó durante el día.

## **Síntomas**

- \* Agotamiento físico
- \* Dolor operativo en la región subesternal, luego se irradia hasta la punta de los dedos cuarto y quinto.
- \* Dolor en los maxilares en algunos casos, este es un signo que el odontólogo debe tener en cuenta frente a un paciente sin lesiones bucales.

## **Tratamiento médico**

- \* Para una crisis aguda, tabletas de nitroglicerina (por vía sublingual).
- \* Para prevención a largo plazo: drogas profilácticas de acción duradera como; nitratos, tetranitratos de pentataeritritol en tabletas o cápsulas.
- \* Nitratos de acción prolongada en forma de pomada de nitroglicerina aplicadas en piel su acción dura 4 o 6 horas .
- \* Drogas para el tratamiento prolongado de angina de pecho es el antagonista del calcio: verapamil, nifedipina.

## **Tratamiento Odontológico**

- \* Si el paciente experimenta una crisis anginosa mientras está sentada en el sillón, colocarle de inmediato una tableta de nitroglicerina debajo de la lengua.
- \* Administrar oxígeno
- \* Evitar el estrés del tratamiento (tiempos de espera cortos ).
- \* Si el paciente está inestable (dolor en reposo), dar tratamiento solamente después de consultar con el médico.

- \* Control de la presión arterial.
- \* Premedicación si es necesario ( diazepam y/o nitratos ).

## **4.2. INFARTO DEL MIOCARDIO**

### **DEFINICIÓN**

Es una crisis anginosa que dura más de 30 minutos y ataque de dolor torácico de tipo anginoso, el cual comienza durante el reposo o mientras el paciente duerme.

### **SÍNTOMAS**

- \* Dolor torácico.
- \* Náuseas y vómitos.
- \* Taquicardia.
- \* Pulso irregular
- \* Síntomas de choque con palidez y sudor.
- \* Edema pulmonar.

### **TRATAMIENTO MÉDICO**

- \* Su objetivo es aliviar el dolor
- \* Tratamiento trombolítico precoz con streptocinasa.
- \* Hospitalización en la unidad de cuidados coronarios (UCC)
- \* El dolor se controla con:

- a) Sulfato de morfina, 2-4 mg IV/ 5-10 minutos hasta que seda el dolor o aparezcan efectos secundarios (náuseas, vómitos ).
- b) Oxígeno y administración cuidadosa de anticoagulantes.
- c) Sedación leve: díazepam, 5 mg Po/6h
- d) Dieta blanda.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

- \* En caso de paro cardiaco pulmonar iniciar de inmediato la reanimación.
- \* En pacientes con arritmias agudas que pueden poner la vida en peligro que se presentan en el consultorio odontológico, antes de transportar al paciente, puede inyectarse profilácticamente lidocaina al 10 % por vía intramuscular en el músculo del toides en dosis de 4-6 mg/Kg. de peso corporal, los odontólogos capacitados para esto. Obsérvese que esta no es la lidocaina de 24 con adrenalina que suele emplearse en el consultorio.

## **4.3. ARRITMIAS CARDIACAS**

### **DEFINICIÓN**

Son frecuencias anormales del pulso, por anormalidad del ritmo, pueden variar en gravedad, desde inocuas hasta poner la vida en peligro.

### **Clasificación**

1. Bradicardia sinusal

2. Taquicardia sinusal
3. Extrasístoles de origen auricular o ventricular.
4. Taquicardia supraventricular paroxística.
5. Taquicardia ventricular paroxística.
6. Taquicardia auricular paroxística.

## **TRATAMIENTO**

- \* Algunas arritmias no necesitan tratamiento, otras no requieren más que sedantes ligeros.
- \* Algunas arritmias se debe utilizar drogas antiarrítmicas como procainomida, quinidina, lidocaina.
- \* Colocar marcapaso cardiaco en algunos pacientes que lo necesitan para seguir viviendo.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

- \* Los pacientes que pierden el conocimiento por debajo del gasto cardiaco se puede ayudar mediante percusión energética sobre la región precordial.
- \* Realizar masajes del seno carotídeo derecho durante 10-20 seg. sino da resultados masajes del seno carotideo izquierdo.
- \* Aumentar el tono vagal mediante una maniobra de valsalva
- \* No comprimir los globos oculares por posibilidad de originar desprendimiento de la retina.
- \* Con bradicardia, se debe tener cuidado cuando se usan anestésicos locales.
- \* Con frecuencia cardíaca menor de 50 LPM usar anestésicos locales solamente después de consultar al médico del paciente.
- \* En trastornos taquicárdicos ser cuidadoso con la epinefrina (adrenalina).

- \* Si es necesario premedicación con benzodiazepinas control de la presión arterial.

#### **4.4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

##### **DEFINICIÓN**

Indica un cuadro patológico caracterizado por la elevación de las presiones sistólicas 160 mmHg y diastólica 95 mmHg cuya etiología es 90%, idiopática y 10% sintomática, algunos pacientes presentan función renal anormal que impide la excreción normal de agua y sales.

Para el control de la enfermedad se requieren procedimientos como: elaboración de historia clínica (antecedentes personales, familiares y hábitos y toma de presión arterial).

##### **CLASIFICACIÓN**

1. Normal: Tensión arterial sistólica 130 mmHg y tensión arterial diastólica 85 mmHg.
2. Alta: TAS entre 130 - 139 y TAD 85 y 89 mmHg
3. Hipertensión: TAS 140 mmHg y TAD 90 mmHg se subdivide en cuatro estados son:
  - \* Leve 140 - 159 mmHg/90 - 99 mmHg
  - \* Moderada 160 - 179 mmHg/100 - 109 mmHg
  - \* Severa 180 - 209 mmHg/110 - 119 mmHg
  - \* Grave 209 mmHg/119 mmHg

## **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

- \* Sobrepeso
- \* Estrés
- \* Sedentarismo
- \* Consumo alto de sal y grasa saturadas y colesterol.
- \* Alcohol
- \* Tabaquismo

### **Tratamiento Medico**

- \* Inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina ECA.
- \* Los antagonistas del calcio
- \* Betabloqueantes: Eficaces en pacientes jóvenes comenzar con dosis bajas.
- \* Inhibidores de la ECA: Son bien tolerados con escasa incidencia de efectos secundarios pueden emplearse como monoterapia o en combinación con betabloqueantes.

### **Tratamiento Odontológico**

Abarca tres actividades

1. Control médico
2. Modificaciones del plan de tratamiento dental.
3. Vigilancia de los pacientes.

- ◆ Control médico: Necesario en pacientes con hipertensión grave o que no cumpla el tratamiento. Conociendo la clasificación y las recomendaciones para el control y seguimiento según la presión arterial.
- ◆ El paciente con la presión arterial alta normal 130 - 139, 85 - 89 mmHg se harán controles cada año.
- ◆ Los pacientes con hipertensión y en estado 1,2 o 3 se debe tratar basándose en otros factores de riesgo y grado de necesidad de TTO, antes de tomar la decisión final y la mayoría de los casos será necesario negar el tratamiento (TTO) de urgencias a fin de reducir el riesgo para el, enfermo en el consultorio odontológico.
- ◆ Citas cortas y vigilancia de la presión sanguínea.
- ◆ Administración de la medicación usual en el día del tratamiento.
- ◆ Administración de lidocaina (epinefrina) a pacientes controlados.

#### **4.5. ENDOCARDITIS BACTERIANA**

##### **DEFINICIÓN**

La endocarditis es una enfermedad grave, por lo general de origen bacteriano, pero en ocasiones de causa micótica. A veces aguda, especialmente cuando los microorganismos son muy virulentos. Con la cirugía cardíaca y la plantación de prótesis valvulares cada vez es más frecuente la endocarditis super puesta al trasplante.

## **SÍNTOMAS**

Pueden pasar varios meses sin que se manifieste los síntomas por que la enfermedad es muy progresiva.

- Debilidad progresiva
- Pérdida de pesos
- Disnea
- Anorexia
- Dolores articulares y musculares.
- Fiebre.

## **PROFILAXIS ANTIBIOTICA**

Pacientes que pueden recibir penicilina parenteral y vía oral.

I. Adultos : Penicilina G acuosa (un millón de unidades ) mezclada con penicilina G procraina (600.000 unidades ). Administrar por vía intramuscular 30 minutos a una hora antes de la intervención y luego administrar penicilina V. 500 mg por vía oral cada 6 horas en 8 dosis.

\* Niños: Penicilina G cristalina (30.000 unidades/Kg) mezclada con penicilina G proínica (600.000) por vía IM. Para niños que pesen menos de 30 Kg la dosis de penicilina V es de 250 mg por vía oral cada 6 horas en 8 dosis.

II. Adultos : Penicilina V 2g por vía oral 30 minutos a una hora antes de la intervención, luego 500 mg por vía oral cada 6 horas en 8 dosis.

- \* Niños: Penicilina V 2g por vía oral 30 minutos a una hora por ocho días.
- \* Niños menores de 30 Kg. utilizar un gramo vía oral 30 minutos antes a una hora antes de la intervención, luego 250 mg por vía oral cada 6 horas en 8 dosis.

Pacientes alérgicos a la penicilina :

- \* Adultos: Eritromicina 1g por vía oral una y media a dos horas antes de la intervención y luego 500 mg por vía oral cada 6 horas en ocho dosis.
- \* Niños: Eritromicina 20 mg/Kg por vía oral una y media a dos horas antes de la intervención luego 10 mg/Kg cada 6 horas en ocho dosis.

Pacientes que puedan tomar penicilina y estreptomina.

- \* Adultos : Penicilina G acuosa (un millón de unidades por vía intramuscular ) mezclada con penicilina G procraina (600.000 unidades ). Administrar por vía intramuscular 30 minutos a una hora antes de la intervención y luego administrar penicilina V. 500 mg por vía oral cada 6 horas en 8 dosis.
- \* Niños: Penicilina G cristalina (30.000 unidades/Kg intramuscular) más estreptomina (20 mg/Kg por vía intramuscular) Para niños que pesen menos de 30 Kg la dosis de penicilina V es de 250 mg por vía oral cada 6 horas en 8 dosis.

Pacientes alérgicos a la penicilina o la estreptomina

- \* Adultos: vancomicina ( 1g por vía intravenosa después de 30 minutos a una hora) Empezar con venoclisis de vancomicina de media a una hora antes de la intervención; luego eritromicina, 500 mg por vía oral cada seis horas en ocho dosis.
- \* Niños Vancomicina (20 mg/Kg. por vía intravenosa en 30 minutos a una hora). La cronología de dosis la misma que para adultos. La dosis de eritromicina es de 10 mg/Kg cada seis horas en ocho dosis.

Los pacientes con prótesis cardiacas o trasplantes renales son más sensibles a la endocarditis producida por microorganismos bucales a consecuencia de manipulaciones dentales. Estos pacientes deben medicarse brevemente con dosis mayores de antibióticos por vía intramuscular o intravenosa con el fin de evitar la infección.

## **TRATAMIENTO MÉDICO**

Antibioticoterapia intensa, a veces hasta de 20 millones de unidades de penicilina al día por vía IV (intravenosa) por 6 semanas.

## **5. INFECCIONES VÍRALES EN LA CAVIDAD ORAL**

### **5.1. ERITEMA MULTIFORME**

#### **DEFINICIÓN**

Enfermedad cutáneo mucosa que se presenta de un modo agudo y en ocasiones con carácter recidivente.

Más frecuente en adultos jóvenes de sexo masculino en las tres primeras décadas de la vida. Su etiología desconocida.

#### **CLASIFICACIÓN**

1. Eritema multiforme menor (EM) forma recurrente
2. Eritema multiforme mayor (EM) síndrome de Stevens - Johnson.

#### **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

1. Son parecidos a los de resfriado común.
2. Lesiones en piel y/o en mucosa oral.
3. Dolor en las lesiones multiforme que consisten en máculas hiperémicas.
4. Pápulas que erosionan y sangran.
5. Costras serohemáticas.

## **TRATAMIENTO MÉDICO**

Corticosteroides sistemáticos 30 - 50 mg/día de prednisona durante varios días. Si no obtiene respuesta con los corticosteroides fármacos como : (dapsona 50 mg cada 12 horas).

- Azatioprina dosis de 50 y 500 mg/día.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

1. Sintomático
2. Enjuagues bucales con anestésicos, como lidocaina al 2 % y analgésicos.

## **5.2. LIQUEN PLANO**

### **DEFINICIÓN**

Enfermedad de etiología desconocida que afecta piel, cuero cabelludo y las mucosas, puede sufrir una degeneración maligna, presenta una histología característica.

### **CLASIFICACIÓN**

1. Reticular
2. Atrófica

3. Erosiva

## **TRATAMIENTO**

1. Corticosteroides.
2. Los retinoides
3. Ciclosporinas
4. Pava.

## **5.3. HERPES SIMPLE**

### **DEFINICIÓN**

Es un virus ectodermotro que no posee reservorio animal. Pertenece a la familia de los herpesviridae. Recubierto por una envoltura de lípidos y mucoproteínas.

### **CLASIFICACIÓN**

- Mitad superior del cuerpo : Labios, cara, cavidad bucal.
- Mitad inferior del cuerpo : Genitales.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Información primaria en cavidad oral : Niños de 1 a 5 años, fiebres altas, malestar general y cefalea.

## **TRATAMIENTO MÉDICO**

- Episodios, primero o recurrente, agudos sintomáticos: aciclovir IV (5 mg/ KG-h) ó aciclovir oral (400 mg Po/6 \* 7 - 10 d).
- Lesiones externas localizadas pomada de aciclovir al 5 % aplicada 4 - 5 veces al día.
- Herpes Genital : primeros episodios aciclovir oral (220 mg Po 5 veces \* 10 - 14 días).

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

1. Idoxudina tópica al 40 %
2. Analgésicos como : Paracetamol o codeína.
3. Antidepresivos como : amitriptilina, desipramina clonacepam 1 - 2 mg/día  
400 - 800 mg/ día.

## **5.4. MICOSIS**

### **DEFINICIÓN**

Son todos los procesos causados por la acción patógena de diversos hongos, es una de las primeras manifestaciones del SIDA.

### **CLASIFICACIÓN**

1. Formas aguda como : Candidiasis seuomembranosa.
  - Candidiasis eritmatosa
2. Formas erónicas
  - Seudomembranosas
  - Editematosas
  - Leucoplasia - candidiasis
3. Candidiasis asociadas a otras lesiones
  - Queilitis angular
  - Lengua romboidal media
  - Estomatitis protésica : En personas con prótesis removible.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

1. Medidas higiénicas
2. Tratamiento mediante empleo de antifúngicos tópicos en la forma de enjuagues o geles cuadros más graves por vía oral.

## **6. TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN SANGUÍNEA**

### **COAGULACIÓN**

Fenómeno por el cuál un fluido orgánico se transforma en una masa sólida llamada coagulo. Exudando un liquido transporte, denominado suero,

### **PLAQUETAS**

Célula sin núcleo, constituyente de la sangre, con función en los procesos de hemostasia y coagulación tiene la forma de disco oval o circular y se da en una cifra aproximada de 300.000 por milímetro cúbico de sangre. Se forman en la médula ósea a partir de la maduración y disgregación de una célula llamada megacariocito.

### **6.1. ENFERMEDADES DE LAS PLAQUETAS**

#### **TROMBOCITOPENIA**

Es la disminución del número de plaquetas circulantes, el número normalmente presenta en 1 mm<sup>3</sup> de sangre varia de 150.000 a 500.000. No suelen aparecer

manifestaciones hemorrágicas antes que la cifra total descienda hasta menos de 60.000 por mm<sup>3</sup>. Las trombocitopenias se dividen en dos categorías:

- Las de causa desconocida o púrpura trombocitopenica idiopática.
- Trombocitopénicas secundarias.

### **La púrpura trombocitopenica idiopática.**

Puede deberse a dos mecanismos. En el primer caso disminuye la producción de plaquetas; en segundo aumenta su destrucción en fin, pueden ocurrir ambas cosas, no se requiere ningún antígeno exógeno para reducir esta autoinmunidad. Muchos de estos pacientes responden bien a los esteroides cortisuprarenales. La púrpura trombocitopénica idiopática es más común en mujeres posmenopáusicas y en los niños.

### **La púrpura trombocitopenica secundaria.**

1. Los agentes de médula empleados en al terapéutica de enfermedades neoplásicas, estos fármacos en dosis altas producen trombocitopenia en todos los pacientes.
2. Fármacos que producen trombocitopenia como efecto secundario, a consecuencia de sensibilidad propia de un individuo dado, generalmente a través de autoinmunidad los fármacos susceptibles de ser utilizados por el odontólogo y que han sido implicados con más frecuencia en este mecanismo son los sedantes (barbitúricos), analgésicos (fenilbutazona salicilatos); antimicrobianos (sulfonamidas) antihistaminícos (clorhidrato de difenhidramina) y tranquilizantes (meprobamato y diazepam ).

Esta variedad de trombocitopenia es más común en los adultos.

## **TRATAMIENTO**

Los tratamientos generales suelen consistir en eliminar la causa cuando es conocida y puede ser a base de esteroides corticosteroides, esplenectomía y transfusiones de plaquetas.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

Las hemorragias gingivales espontáneas suelen poderse dominar con el empleo local de hemostáticos de tipo no cáustico como espuma de fibrina, gelfoam o celulosa absorbible con trombina. La dieta ha de ser blanda o semisólida para reducir al mínimo el traumatismo que sufren las encías no hay que intentar intervenciones dentales de elección en presencia de síntomas de púrpura.

Los pacientes con trombocitopenia secundaria que requieren intervenciones odontológicas urgentes con riesgo de hemorragia, importante deben internarse en el hospital, tratándolos con la colaboración de sus médico antes de la intervención odontológica la cifra de plaquetas debe ser de 30.000 por mm<sup>3</sup> cuando menos; después debe vigilarse al paciente durante varios días en caso de nuevo sangrado. Pueden administrarse otras transfusiones de plaquetas si es necesario. Es preciso tomar todas las medidas locales para que la intervención sea lo menos traumática posible.

## **TROMBOCITOSIS**

Los trombocitosis es un padecimiento poco frecuente en el cuál las plaquetas sanguíneas pasan de 1.000.000 por mm<sup>3</sup>. A pesar de este exceso es frecuente

observar en todo el cuerpo petequias mococutáneas, equimosis y sangrado y así como lesiones de tipo trombótico. A veces la causa del aumento de plaquetas se desconoce (trombocitosis esencial y trombocitopenia hemorrágica); puede ser consecuencia transitoria de la fractura de un hueso largo o de una hemorragia intensa, o acompañar a una enfermedad maligna (como cáncer de pulmón, policitemia vera, leucemia granulocítica crónica). La trombocitosis puede ser la primera señal de leucemia el diagnóstico exige el recuento plaquetario.

### **TRATAMIENTO GENERAL**

Consiste en plaquetaféresis y en el plan crónico, en busalfán, melfalán y su fósforo radioactivo para supresión de médula ósea.

### **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

Los tratamientos odontológicos suelen ser conservadores, retrasándose cualquier tratamiento de elección. Si hay gingivitis o enfermedad periodontal.

Que ocasione sangrado local, se escarificaran ligera y cuidadosamente los dientes, un cuadrante en cada sesión, empleando grandes cantidades de peróxido de hidrogeno o de hemostáticos locales para detener el sangrado vaya produciéndose. Si son absolutamente necesarias algunas exodoncias la hemorragia se puede detener rellenando el alvéolo con material absorbible de tipo gelfoam. Durante los dos días que siguen a la intervención, se necesita una estrecha vigilancia en caso de nuevo sangrado.

## **6.2. HEMORRAGIA POR DISFUNCIÓN PLAQUETARIA**

### **TROMBOCITOPATIAS**

#### **Hereditaria**

Enfermedad de von willebrand. Esta enfermedad no se considera un trastorno primario de las plaquetas, si no un defecto de la porción de la molécula del factor VIII necesaria para la adherencia.

Síndrome de Bernard ' Soulier:

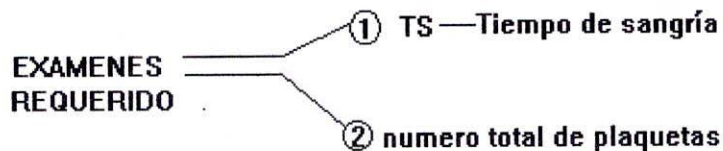
En esta enfermedad, transmitida como efecto autosómico dominante con penetrancia variable, el tiempo de sangrado está prolongado y la agregación con ristocetina es defectuosa. Se supone que falta un receptor de membrana en la plaqueta, lo cual explicaría los problemas hemorrágicos. El único tratamiento conocido es el empleo de transfusión de plaquetas durante los episodios hemorrágicos.

- \* Adquiridas
- \* Deficiencia renal crónica
- \* ASA

### **MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES DE LAS PLAQUETAS**

Suelen empezar por petequias - Escape de sangre al espacio intercelular, estas manchas no desaparecen al aplicar presión esto ayuda a distinguir las petequias de las anomalías vasculares.

Conforme se agrava el trastorno plaquetario se presentan hemorragias francas en la cavidad bucal, en un principio, se producen en focos sometidos a traumatismo ligero por ejemplo el cepillado pero más tarde pueden ser espontáneas. No se necesitan irritantes locales para producir hemorragia franca e incluso equimosis, cuando el número de plaquetas es menor de 10000 /mm<sup>3</sup>, con números muy bajos de plaquetas menos de 5000 suele producirse hemorragias profusa a nivel de papilas gingivales, aumentando su volumen al doble o triple, dándoles color rojo oscuro, se han observado hemorragia espontáneas de pulpa. La sangre que se descompone en el surco gingival y las áreas interdentes producen olor fétido y constituye un medio favorable para la proliferación bacteriana. Cuando hay necrosis trisular por hemorragia intercelular profusa puede haber fusospiroquetosis añadida.



### **6.3. FACTORES DE COAGULACIÓN**

#### **DEFICIENCIAS HEREDITARIAS**

##### **6.3.1 Hemofilia A**

La hemofilia A se debe a una deficiencia de factor VIII, la mayoría de los pacientes conocidos con deficiencia hereditaria de factores de coagulación corresponden a la hemofilia A.

La hemofilia A suele afectar al sexo masculino se hereda como rasgo recesivo ligado al sexo, ósea al cromosoma X suele haber antecedentes familiares, aunque 25 % de los casos podrían constituir mutaciones espontáneas.

La hemorragia espontanea suele presentarse como hemartrosis en articulaciones grandes. La hemorragia bucal espontanea tiende más a presentarse por primera vez en la hemofilia leve, el origen más frecuente es el labio; el segundo lugar es la lengua aunque no están común. Los pacientes con hemofilia A sangran intensamente por traumatismos bucales como desgarró de la lengua o exodoncias.

### **6.3.2. Hemofilia B**

La hemofilia B se debe a una deficiencia del factor IX de coagulación, el tipo de herencia característica recesiva ligada al sexo sobre el cromosoma X.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON HEMOFILIA A O B**

### **ENDODONCIA**

Aunque en general las técnicas quirúrgicas no son aconsejables en hemofílicos, las endodónticas usuales son aceptables siempre que se tenga cuidado de no rebasar el vértice del diente. La hemorragia en el conducto suele poderse denominar con solución acuosa de adrenalina al 1:1000 empapada en una punta de papel endodóntico. Las pulpectomias de temporales no se acompañan de hemorragia extraordinaria.

## **PROSTODONCIA**

Los hemofílicos toleran bien las prótesis totales al igual que las prótesis parciales siempre que el paciente conserve una higiene bucal meticulosa para evitar una gingivitis seguida de hemorragia.

## **PERIDONCIA**

El tratamiento periodóntico conservador suele ser más deseable que la cirugía gingival y ósea por la hospitalización y tratamiento intenso con factores substitutivos, necesario para operar. Se sabe administrar creoprecipitado factor VIII.

## **ANESTESIA**

La anestesia local está contraindicada en el hemofílico sin antes no se le administra factor substitutivo. La anestesia local por bloques es particularmente peligrosa, ya que puede causar hemorragia en planos titulares, formación de hematoma, y obstrucción de la vía aérea. La anestesia con óxido nítrico y máscara es muy útil en estos individuos. La anestesia general con intubación no está indicada, por el grave peligro de hemorragia laríngea al intubar.

## **TERAPÉUTICA RESTAURADORA**

Estas intervenciones pueden llevarse a cabo en hemofílicos como en personas normales, con la sola modificación del dique de caucho, para evitar traumatismo de encías y otros tejidos blandos de la boca, el dique es particularmente eficaz para evitar desgarros de la lengua, cuando no resulta

práctico, un hilo hemostático impregnado con adrenalina y colocado en el surco gingiva, antes de preparar la corona, también es útil para evitar la hemorragia.

## **CIRUGÍA ORAL**

El tratamiento quirúrgico del paciente hemofílico debe representar un esfuerzo conjunto del odontólogo y el médico (por lo general) hematólogo y debe llevarse a cabo en un hospital.

Administrar creocipitados de factor VIII

Una Exodoncia) Mantener niveles de Factor VIII entre 20 - 30 %. Aplicar 10 - 15 u/Kg. / de factor VIII cada 12 horas por un día.

(MAS DE UNA EXODONCIA) Mantener niveles de Factor VIII entre 40 - 50 %. Aplicar 20 - 25/Kg. / de Factor VIII cada 12 horas por 3 días.

## **FÉRULAS MECÁNICAS**

Una vez formado un coagulo en un hemofílico, se debe vigilar que no vaya a desprenderse de manera que proteja al coágulo sin ejercer demasiada presión. La presión sobre el coagulo, sea con la férula o con una gasa, no detendrá el sangrado; tan solo impedirá que la sangre escape por la vía normal, en la parte superior del alvéolo, produciendo una hemorragia intratisular y formación de hematoma.

## **SUTURAS**

Existen controversias acerca del empleo de las suturas, que dependen al parecer del caso particular, la aproximación de los tejidos mediante suturas

ayuda a proteger el coagulo; por otra parte las suturas tienden a desplazarse ligeramente y no es raro que sangren los puntos.

### **6.3.3 ENFERMEDADES DE VON WILLEBRAND**

(Hemofilia vascular) es el más común de los trastornos hereditarios de la coagulación, es probable que la anomalía resulte la causa hereditaria más común de hemorragia intrabucal espontanea. A diferencia de lo que ocurre en las hemofilias A y B. Las manifestaciones clínicas suelen ser ligeras; casi nunca la hemorragia es mortal y son raras las hemartrosis.

### **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

No se les debe medicar aspirina, por el peligro de aumento del tiempo de sangrado, deben recibir una atención meticulosa durante las maniobras quirúrgicas, periodónticas y de restauración. En enfermos con tendencia al sangrado profuso puede ser necesaria la hospitalización, la transfusión con creoprecipitado de factor VIII antes de la intervención basta para evitar la hemorragia.



## **7. ENFERMEDADES RENALES**

### **7.1 FALLA RENAL CRÓNICA**

Pacientes sometidos a diálisis o candidatos a trasplante renal.

#### **SÍNTOMAS**

En los estados avanzados osteopatía renal anemia, síntomas neurológicos, hipoproteinemia.

#### **RIESGOS**

- Acumulación de drogas eliminadas por vía renal.
- Hemorragias postoperatoria
- Fractura de mandíbula con la extracción dentaría (osteopatía renal).

#### **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

- Con la falla renal I-II reducir la dosis de drogas de eliminación renal adecuadamente es: clindamicina, ácido acetilsalicílico.
- Con falla renal severa realizar cirugías solamente después de una interconsulta médica.

## **7.2. PACIENTES CON DIÁLISIS**

La hemodialisis está indicada en la falla renal grado IV si el transplante de riñón no es posible. Son pacientes susceptibles a infecciones y enfermedades cardiovasculares.

\* Bacteremias asintomáticas en la manipulación de la cavidad oral.

### **RIESGOS**

- Hemorragia postoperatoria en vista de la tendencia hemorrágica de uremia y la medicación con heparinica ( el día de la diálisis).
- Acumulación de drogas de eliminación renal.

El tratamiento odontológico se realiza teniendo en cuenta lo siguiente

- Posibilidad de hemorragia por el uso de anticoagulantes.
- Son pacientes inmunologicamente disminuidos
- Se requiere profilaxis antibiótica
- Realizar cirugías inmediatamente después de la diálisis
- Evitar las drogas de eliminación renal o diarias en dosis bajas.
- Interconsulta médica.

## **7.2 HEMODIÁLISIS**

La hemodiálisis es la supresión de productos tóxicos y nitrogenados del metabolismo de la sangre mediante un sistema de diálisis. El intercambio tiene

lugar entre el plasma del paciente y el líquido de diálisis (de composición electrolítica similar a la del líquido extracelular) a través de una membrana semipermeable que permite que las toxinas urémicas salgan del plasma mientras se conservan los elementos formes y la composición protéica hermética. La diálisis no proporciona el mismo grado de salud que brinda la función renal normal, porque no hay capacidad de resección en la membrana de la diálisis; por tanto se pierden nutrientes importantes y se retienen moléculas potencialmente tóxicas.

## **DIÁLISIS PERITONEAL**

Durante la diálisis peritoneal, se introducen uno o dos litros de líquido en esta cavidad, y se dejan ahí durante un tiempo variable. A través de la membrana peritoneal semipermeable difunden sustancias hacia el líquido de diálisis.

Algunas ventajas de la diálisis peritoneal son que hace innecesaria la heparinización sistemática, y que no hay peligro de embolia aérea ni de escape de sangre. Estas características junto con la simplicidad, hacen de la diálisis peritoneal un método bueno y seguro para pacientes en peligro.

Algunos problemas que plantea la diálisis peritoneal son dolor, hemorragia intrabdominal, mal drenaje, fúscas y peritonitis.

## **7.4. PACIENTE CON TRANSPLANTE RENAL**

El tratamiento renal permite al paciente librarse de la diálisis, el riesgo más grave ocurre en los primeros seis meses por la acumulación del efecto inmunosupresivo de la terapia.

## **RIESGO**

A causa de la terapia inmunosupresiva de por vía, existe un riesgo aumentado de infecciones locales de las herida después de los procedimientos quirúrgicos.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

- En los procedimientos quirúrgicos profilaxis antibiótica.
- En procedimientos mayores es mejor hospitalización del paciente.
- Se deben evitar los medicamentos tóxicos para el riñón que se eliminen por esta vía.

## **MANIFESTACIONES ORALES**

1. Mucosa pálida
2. Aumento asintomático de glándulas salivales.
3. Aliento ureico
4. Disminución de flujo salival
5. Hipoplasia del esmalte
6. Coloración pardusca de las coronas
7. Poca caries
8. Aumento de formación de cálculos
9. Inflamación gingival ligera
10. Hemorragia de encía y boca.
11. Infecciones por cándido.

## **MANIFESTACIONES ORALES EN ALTERACIONES RENALES**

- Ulceraciones mucosa oral por la uremia.
- Problemas anémicos y metabólicos y alteraciones de elementos de coagulación por déficit de eritropoetina.
- Tendencia a generalizar focos infecciosos por recibir corticoesteroides.
- Xerostomía.
- Enfermedad periodontal por falla en nutrición y la perdida masiva de proteínas en la orina.
- Alteración en formación de tejidos dentarios según la edad en que se presente la enfermedad.
- Hipoplasia del esmalte.
- Hipomineralización.
- Alteraciones en forma y tamaño de los dientes.
- Estomatitis ulcerativas
- Palidez de la mucosa oral.
- Aumento de depósito calcificados (cálculos).

## **8. ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS**

### **8.1. ASMA BRONQUIAL**

Es la obstrucción reversible de las vías respiratorias que no dependen de ninguna otra enfermedad.

#### **ETIOLOGÍA**

Puede ser secundario a diversos estímulos por un desequilibrio hereditario o adquirido del control adrenérgico y colinérgico del diámetro de las vías respiratorias.

#### **FISIOLOGÍA**

Los ataques asmáticos se caracterizan por un estrechamiento de las vías respiratorias grandes y pequeñas dependiente del espasmo del músculo liso bronquial, edema e inflamación de la mucosa y producción de moco viscoso.

El riego sanguíneo continuo de estas zonas con menor ventilación origina un desequilibrio entre la ventilación y riego, causa de hipoxemia. La hipoxemia

arterial casi siempre se presenta en ataques cuya gravedad requiere de atención médica.

## **SÍNTOMAS Y SIGNOS**

La frecuencia y la intensidad de los síntomas difieren considerablemente según los distintos asmáticos. Algunos solo tienen un episodio sintomático ocasional leve y de breve duración y por lo demás son completamente asintomáticos, otros presentan la gran parte del tiempo con graves exacerbaciones de los síntomas después de exponerse a alérgenos conocidos infecciones vírales, ejercicio o irritantes inespecíficos un ataque de asma puede iniciarse en forma aguda con tos, disnea o de manera insidiosa con aumento lento de los síntomas y signos de insuficiencia respiratoria.

## **CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE UN ATAQUE DE ASMA**

### **ETAPA I LEVE**

- Disnea leve, sibilantes difusos.
- Intercambio de aire adecuado.

### **ETAPA II MODERADO**

- Dificultad respiratoria en reposo
- Hiperpnea, sibilantes intensos
- Intercambio de aire normal.

### **ETAPA III INTENSA**

- Dificultad respiratoria notable, sibilantes intenso o ausencia de ruidos respiratorios.
- Retracción del esternocleidomastoideo.

### **ETAPA IV INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

- Dificultad respiratoria grave
- Pulso paradójico prominente
- Retracción del esternocleidomastoideo

## **8.2 BRONQUITIS AGUDA**

### **DEFINICIÓN**

Es la inflamación aguda del árbol traqueobronquial s puede presentar en pacientes débiles, con trastornos pulmonares o cardiacos.

### **ETIOLOGÍA**

Después de un resfriado común  
Exposición a contaminantes aéreos.  
Fatiga y desnutrición

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Dolor muscular y de espalda  
Malestar en la garganta  
Tos  
Esputo viscoso  
Raquidos sonoros o silbantes  
Fiebre.

## **DIAGNOSTICO**

Síntomas y signos.  
Radiografía de tórax para descartar otras enfermedades  
Vigilar los gases en sangre arterial

## **TRATAMIENTO**

Reposo  
Administración de líquidos  
Antipireticos como aspirina 600 mgr c/4-6 horas  
Jarabe para la tos  
Inhalaciones de vapor  
Antibióticos : Cuando hay enfermedad pulmonar crónica o persiste la fiebre.

## **8.3 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

### **DEFINICIÓN**

Es la obstrucción generalizada irreversible. Clínicamente importante de las vías respiratorias acompañado de grados de variables de bronquitis crónica, anormalidades de los bronquios pequeños y enfisema.

## **ETIOLOGÍA**

Depende del equilibrio del individuo y la exposición a agentes agresores.

## **PATOLOGÍA**

Esta destruida la estructura normal; la ruptura de los tabiques origina sacos de aire de tamaño variable con insuficiencia respiratoria avanzada es común la hipertrofia ventricular derecha.

## **SÍNTOMAS Y SIGNOS**

- \* La enfermedad se inicia en los primeros años de la vida aunque los síntomas y la incapacidad no suelen ocurrir hasta la edad madura.
- \* Disnea
- \* Tos, sibilancias.
- \* Infecciones respiratorias recurrentes.
- \* En ocasiones debilidad y pérdida de peso.
- \* Insuficiencia cardíaca congestiva a veces.

## **DIAGNOSTICO**

Debe sospecharse en todo paciente con tos productiva crónica o disnea, el tipo de anomalía fisiológica en un caso determinado depende en parte de la gravedad relativa de la enfermedad bronquial intrínseca y del enfisema anatómico.

## TRATAMIENTO

La terapéutica no es curativa pero proporciona alivio sintomático y controla las posibles exacerbaciones mortales. El tratamiento persigue aliviar los trastornos que causan síntomas e incapacidad excesiva.

En la infección hay que intentar eliminar el esputo purulento con antibiótico de amplio espectro por ejemplo: Tetraciclina en dosis de 250 mg 4 veces al día durante 10 días; repitiendo de inmediato la serie al primer signo de recurrencia de la infección bronquial o purulencia del esputo para tratar exacerbaciones graves puede utilizarse ampicilina. En pacientes con exacerbaciones infecciosas muy frecuentes, están indicados lapsos regulares con antibióticos de amplio espectro.



## **9. CÁNCER ORAL**

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

#### **Sexo**

Predomina en el hombre y la relación es al respecto a las mujeres,

#### **EDAD**

95 % ocurre en personas de más de 40 años y el promedio de edad en el momento del diagnóstico es de 60 años.

#### **TIPO HISTOLOGICO**

96% de los cánceres orales son carcinomas epiteliales y el 40 % son sarcomas.

#### **LOCALIZACIÓN**

La lengua en hombres y mujeres más común después le sigue orofaringe, piso de boca y labios.

## **CLASIFICACIÓN**

Carcinoma espinocelular

Carcinoma espinocelular de labio.

Carcinoma espinocelular de mucosa.

Carcinoma espinocelular de lengua, reborde gingiva.

## **ETIOLOGÍA**

Desconocido, el factor que predomina en forma es la edad, sistema inmune, tabaco, alcohol, cirrosis, nutrición y radiación dental.

## **DX**

Detención precoz ya que esta a la vista del paciente y del profesional.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Dolor en la boca.
- En etapa iniciativa indoloro
- Ulceración o erosión
- Eritema
- Induración
- Fijación
- Cronicidad
- Adenopatias
- Leucoplasia y eritoplasia.

## **PRONOSTICO**

- La supervivencia por cáncer varia, dependiendo de varios factores como:
- Etapa de la lesión
- El sitio del tumor
- El tratamiento inicial adecuado
- La diferencia histologica
- Hábitos del paciente.

## **DISEMINACIÓN DEL TUMOR**

- Linfática
- Sanguínea

## **DIAGNOSTICO POR IMÁGENES**

Algunos carcinomas de paladar, reborde gingiva pueden invadir el hueso subyacente y en ese caso se puede evidencia a través de un estudio radiografico.

Las lesiones de tejidos blancos pueden ser estudiadas a través de la tomografía computarizada (Tc) o de la resonancia nuclear magnética

## **TRATAMIENTO MEDICO DE PACIENTES CON CÁNCER ORAL**

Historia clínica detallada

Exámenes previos (Biopsia, Citología exfoliativa)

Cirugía si es necesario

Trabajar en interrelación con especialistas en diversas disciplinas cirujanos, radioterapeutas, oncólogos clínicos, dentista, protesistas

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Láser.

## **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON CÁNCER ORAL**

Historia clínica detallada

Interconsulta con especialista

En caso de xerostomia utilizar de 15 a 30 mg por día de pilocarpina.

Aliviar el dolor si es necesario.

Si es por urgencia se trata como un paciente normal

No controlado remitirlo al especialista.

## 10. CONCLUSIONES

1. El profesional debe realizar una buena historia clínica para que de esta manera obtenga un diagnóstico adecuado.
2. Los pacientes hipertensos controlados se pueden atender en el consultorio como paciente normal, contrario a lo que sucede con los pacientes no controlados, en algunas ocasiones no es indicado tratar la urgencia hasta no ser remitido al médico.
3. El odontólogo tiene que tener cuidados asépticos en el consultorio al atender pacientes con patologías infecciosas.
4. Nunca comprometa la calidad del tratamiento odontológico por el hecho de que el paciente padezca de enfermedades sistémicas.
5. En los pacientes afectados sistémicamente sin controlar hay que manejarlos en interrelación médico - odontológico.

## BIBLIOGRAFÍA

COMPENDIO HARRISON. Principios de la medicina interna, Wilson, Braunwald, Isselbacher, Martin, Fauci, Root, Petersdorf., Edi. 12<sup>a</sup>. Interamericana MCGRAW - HILL.

MANUAL PRACTICO DE MEDICINA BUCAL. Tomo II, III, IV, Traducción. Dr. Alberto Folchypí, Dr. Jorge Orizaga S., Interamericano.

Revista de la federación Odontología Colombiana. Volumen 5 Febrero 1995 No, 184.

Tribuna Odontologica. Volumen 3 No. 8. ISS 0121-5596

KRUGER GUSTAVO. Cirugia Bucomaxilo Fadal., Quinta edición. México 1983. Editorial médico panamericana S.A.

JAY H. STEIN . Medicina interna Tomo II, Tercera edición Pos 2354 - 2315 - 2318 - 224, Salvat editores S.A.

JOSE JAVIER ECHEVERRIA GARCIA., El manual de Odontología. Mason Salvat Odontologia. 1995.