

HISTORIA

CLINICA

Catedra de Patologia y Semiologia B. M.

VERONICA BLANCO/MARCELO SCARRONE

1992



16

CONCEPTO: Se entiende por Historia Clínica a el conjunto de normas y maniobras encaminadas a la obtención de los síntomas y signos de las enfermedades. Este procedimiento, se debe realizar en forma ordenada, ya que su principal objetivo no es la captación de los síntomas, sino su interpretación. No debemos limitarnos, a el estudio exclusivo estomatológico, sino que debemos estudiar al paciente en su totalidad, ya que no existen enfermedades, sino pacientes enfermos.

El entorno general del paciente (medio físico donde trabaja y habita), así como los antecedentes médicos personales y de sus familiares y allegados, sin duda tienen una influencia tal que determinan, la presencia de cierto tipo de enfermedades, así como también nos pueden condicionar el tratamiento de las mismas.

IMPORTANCIA: De el estudio integrado de los síntomas y signos, de el entorno general del paciente, su historia médica y la de sus allegados; obtendremos un DIAGNOSTICO, el cual es el objetivo de la historia clínica, junto con la correcta determinación de una TERAPEUTICA adecuada.

Para alcanzar los objetivos ya expuestos, es fundamental, la CORRECTA realización de la historia, sin obviar ninguna etapa de la misma, ya que esto nos podrá determinar un diagnóstico incorrecto o la implantación de una terapeutica inadecuada al paciente.

ESTRUCTURA: La historia clínica consta fundamentalmente de dos partes, estas son el INTERROGATORIO o ANAMNESIS y el EXAMEN del PACIENTE que a su vez se puede dividir en examen clínico y examen paraclínico.

Mediante el relato del paciente y el interrogatorio dirigido, obtendremos los SINTOMAS, de la enfermedad que lo aqueja, ya sea de orden local (inflamación pulpar por ej. cuyo sintoma principal es el dolor) o de orden general. Estos síntomas son las manifestaciones subjetivas de las enfermedades, son relatados por el paciente y por lo tanto tienen un valor relativo, orientador y no determinante del diagnóstico.

Es a través de los exámenes clínicos y paraclínicos del paciente, que obtendremos los SIGNOS de las enfermedades (en el ejemplo de la inflamación pulpar un signo podría ser el dolor a los cambios térmicos) estos signos son objetivos, es decir que nosotros los vemos, aunque debemos tener cuidado por que si un signo es magnificado por el paciente nos puede dificultar la maniobra semiológica. Estos signos son sin duda mas exactos y nos guiaran en forma más precisa al correcto diagnóstico del problema que aqueja al paciente que los síntomas. Como ejemplo de un signo paraclínico, encontramos a todas las anomalías observables por ejemplo en una radiografía.

Por último no debemos olvidar que mediante el relato y el interrogatorio también obtendremos un perfil general del paciente, de sus hábitos, antecedentes (tanto médicos como odontológicos, personales y familiares), etc. lo que nos guiará sin duda en el correcto diagnóstico.

A) INTERROGATORIO O ANAMNESIS: El interrogatorio, como ya fue dicho es de fundamental importancia para conocer al paciente en todos sus aspectos, ya sea el mal que lo aqueja, sus hábitos, antecedentes, etc. Sin el mismo es imposible determinar un diagnóstico o implantar el plan de tratamiento.

El valor de esta etapa de la historia clínica, se puede ver alterado si no sabemos interpretarla correctamente, por ejemplo hay pacientes que magnifican la sintomatología, otros que obvian antecedentes (como enfermedades de orden general), hay otros que se extienden mucho con detalles irrelevantes. Es por esto que el clínico debe tener la habilidad suficiente para guiar este interrogatorio, debe profundizar en los aspectos que le interesan y dejar de lado otros menos importantes. De esto surge el concepto de Interrogatorio Dirigido para rectificar o ratificar la presunción que tiene el clínico. En el caso de los pacientes que se extienden demasiado, pedirle al mismo que se concrete a responder las preguntas es útil, y por otro lado preguntar mas detalles en los pacientes poco colaboradores es sin duda fundamental.

En esta etapa debemos, pues tener claro que es lo que debemos preguntar y que es lo irrelevante. Esto es lo que trataremos de desarrollar en los siguientes puntos.

DATOS PERSONALES: Nombre y Apellido, Edad, Sexo, Estado Civil, Nacionalidad, Raza, Ocupación, Domicilio (actual y anteriores), Fecha de Ingreso.

Interrogamos a los pacientes acerca de todos estos aspectos en primer lugar porque la historia clínica debe ser considerada un documento, la cual si el paciente después del alta vuelve a la consulta, debe ser facilmente identificable para que la misma conste como un antecedente del paciente. Por otro lado, estos datos ya nos guiaran en el diagnóstico; existen enfermedades que se dan mas frecuentemente en determinados grupos etarios, sexo, raza, areas del mundo, o en pacientes con determinadas ocupaciones (por ejemplo los agricultores estan más tiempo expuestos a las radiaciones solares, y por lo tanto a las lesiones dérmicas que otros trabajadores). Estos datos también nos podrán ayudar en la indicación de la adecuada terapéutica, ya que esta debe tener en cuenta entre otras, por ejemplo a las condicionantes socio-económicas.

MOTIVO DE CONSULTA: ¿Qué le sucede?, ¿por qué viene?, ¿cuál es su problema?.

La respuesta del paciente se debe expresar en forma clara y concisa, debemos tener cuidado de no expresar aqui un plan de tratamiento como es comun que un paciente diga "vengo a extraerme esta pieza", el motivo de consulta no sera la extracción, sino que deberemos preguntar al paciente por que quiere extraerse esa pieza entonces el motivo de consulta será dolor, profilaxis, etc.

Del mismo modo en este momento no es importante, indicar la localización exacta del dolor si es que este es el motivo de consulta, por ejemplo no nos interesa saber que el dolor se encuentra en la pieza 13, sino que está ubicado en la hemiarcada superior derecha. Esto es importante ya que nos podría despistar si ubicamos la pieza por que hay dolores irradiados e incluso dolores que sin ser irradiados no se localizan fácilmente. Es de fundamental importancia no realizar la inspección oral hasta no llegar a la etapa del Examen Local ya que esto nos puede influir en forma errónea.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

La enfermedad actual es el problema por el cual el paciente consulta. Su historia evolutiva nos interesa, para guiarnos en el diagnóstico; por ejemplo, si un paciente nos relata que su problema comenzó hace un año, consideraremos como más probable una patología del tipo crónica.

Cuándo interrogamos a un paciente acerca de su enfermedad actual, nos interesa saber: COMIENZO (¿cuándo, dónde y cómo?)

¿Cuándo?: Nos interesa la fecha aproximada de comienzo de la enfermedad. Se debe tener en cuenta que por lo general el paciente ubica la fecha de comienzo con la de la sintomatología más ruidosa (ej. dolor). Pero se debe interrogar acerca de otros episodios previos dirigiendo el interrogatorio de acuerdo a nuestra presunción. Ej. Si sospechamos que el paciente nos consulta por odontalgia a etiología de caries se preguntará si esa pieza fue tratada con anterioridad, o si notó que tuviera alguna cavidad en la corona, y lógicamente desde cuándo.

¿Dónde?: En que cuadrante o localización.

¿Cómo?: Se incluirán cuales son los síntomas que el paciente relata como de comienzo de la enfermedad. Ej. fractura de una pieza dentaria, movilidad, dolor, celulitis, traumatismos, entre otros. Cada uno de estos elementos los deberemos analizar desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo.

EVOLUCION: (¿mejoró, empeoró, siguió igual?, y su velocidad y forma de evolución "continua, intermitente, a empujes").

Debemos apreciar las variaciones que tuvieron los síntomas que se relataron al comienzo. Eso es si aumentaron, disminuyeron, se mantuvieron iguales, o si apareció algún síntoma nuevo.

TRATAMIENTO RECIBIDO: (quién lo indicó, durante cuanto tiempo, lo cumplió correctamente qué resultados obtuvo).

ESTADO ACTUAL: Corresponde a esta etapa, el último episodio, que por lo general es el que motivó la consulta. Este puede ser de unas horas de duración o de un tiempo más prolongado. En él debemos pesquisar los síntomas así como lo hacíamos en las etapas anteriores. El estado actual depende de la evolución, o de la efectividad de los tratamientos recibidos.

En el caso que la enfermedad actual, se manifieste cómo dolor, existe una nemotecnia para la realización de la historia del dolor:

Aparición: Aquí debemos incluir, cuándo apareció el dolor y cómo (en forma brusca o gradual, espontánea o provocada)

Tipo: Nos interesa conocer si es de tipo continuo o a empujes agudo o sordo, pulsátil, etc.

Intensidad: Debemos conocer si el dolor es intenso o leve (por ej. un dolor que calma con analgésicos menores, o permite el sueño, es un dolor leve).

Localización: El primer punto es saber si el paciente lo localiza o no, en caso afirmativo, dónde (diente, encía, lengua)

Irradiación: Si existe o no, y a que zonas.

Evolución: Igual, mejor, continua a empujes, si fué alterada o no por algún tratamiento (quién lo indicó y durante cuánto tiempo).

Fenómenos concomitantes: Son todos los fenómenos que acompañan al dolor, por ej. tumefacción, rubor, dolores en otras áreas, astenia. Estos fenómenos pueden producirse en forma local, regional o general (por ej. movilidad dentaria, tumefacción facial y fiebre respectivamente)

Fenómenos agravantes: Aquí se consideran todos aquellos factores que exacerban la sintomatología. Por ej. frío, masticación, etc.

Mediante la correcta realización de la historia de la enfermedad actual, y el conocimiento de la sintomatología de las patologías más frecuentes, podremos encaminarnos al diagnóstico, antes de comenzar el examen clínico.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Los antecedentes personales, conforman la historia médica del paciente y determinan su estado actual (posibles alteraciones generales o regionales, pueden ser manifestaciones de enfermedades generales o su secuela). Además pueden determinar variaciones en la terapéutica ya sea quirúrgica (problemas de coagulación, cicatrización, tendencia a la infección, etc.) cómo farmacológica (antagonización o potenciación de los efectos de los medicamentos, alergias, etc.).

Para el ordenamiento del interrogatorio, en primer término, nos dirigiremos a los antecedentes remotos o de la infancia, y luego a los antecedentes actuales, y haremos incapié en los últimos 6 meses para finalizar.

El contenido del interrogatorio de los antecedentes personales deberá seguir aproximadamente la siguiente guía:

- ¿Está bajo tratamiento médico?
- ¿Toma algún medicamento?
- ¿Se realiza control médico periódico? (carné de salud vigente)
- ¿Fué intervenido quirúrgicamente? (porqué, cuándo, dónde, resultados)
- ¿Estuvo bajo control médico? (idem)
- ¿Tuvo fracturas espontáneas?
- Antecedentes Hemorragíparos.
- Enfermedades de la infancia (cuáles, ¿se curó?)

Luego de finalizado este interrogatorio primario del paciente, corresponde ahora, interrogar acerca de cada aparato y sistema, de manera de cubrir todos los posibles antecedentes personales.

Cardiovascular: Interrogamos al paciente intentando detectar las siguientes alteraciones: Hipertensión, Hipotensión, Insuficiencias cardíacas, Infartos, Marcapasos, Válvulas, Fiebre Reumática, etc.

Respiratorio: En este momento se busca detectar entre otros antecedentes: Asma, Tuberculosis, Alergias, etc. Se puede preguntar si el paciente tiene una placa de torax actual.

Digestivo: Los antecedentes que nos interesa detectar en este aparato, son: Ulceras, Gastritis, Hepatitis, Dispepsia, Enteritis, Vómitos, Diarreas continuas, etc.

Renal: Se interroga al paciente si su orina es en cantidad y color normal.

Sistema Endócrino: Nos interesa conocer cualquier alteración hormonal, sobre todo Hipertiroides, Hiperparatiroides, Hipotiroides, Diabéticos, etc.

Sistema Nervioso: Se interroga al paciente buscando saber si el paciente es Epileptico, si tuvo antecedentes de algún otro tipo de convulsión, u otra enfermedad del SNC o periférico. Es importante también detectar ya sea por la apreciación o el interrogatorio al paciente, si este necesita una sedación previa a cualquier intervención.

Aparato Reproductor: Interrogamos acerca de enfermedades de transmisión sexual, embarazos, abortos (espontáneos o no), hijos nacidos vivos (peso de los mismos), tipos de parto, etc.



ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:

Interrogamos al paciente acerca de su atención odontológica previa, si tuvo, cuándo fué, de que tipo (operatoria, endodoncia, prótesis, avulsiones, etc.). Si el paciente ha perdido piezas dentales, preguntarle si fué por caries, traumatismos, o problemas paradenciales (aflojamiento dentario o "piorrea"). También es útil preguntarle acerca de los resultados obtenidos con los distintos tratamientos. Para el caso de las extracciones nos interesa saber si tuvo complicaciones luego o durante las mismas, cuándo fué la última vez que se realizó una extracción.

Es útil saber si el paciente ha recibido anestesia, si tuvo algún problema con la misma (alergia, no tomó, etc.). Debemos recordar que si el paciente recibió una sola vez anestesia, nunca desarrollará una reacción alérgica hasta ser expuesto nuevamente. De ahí la importancia de los antecedentes previamente descritos.

En este momento debemos también interrogar acerca de un hábito del paciente, cómo es la higiene bucal. Es importante saber cuántas veces al día se cepilla, si alguien le enseñó higiene, si se cepilla con pasta, etc. De esta manera cuándo observemos la boca, podremos evaluar si los resultados se corresponden con los hábitos (si existe un problema de interés o si no hay un conocimiento correcto de la higiene).

HÁBITOS PERSONALES:

Debemos interrogar al paciente acerca de todos los hábitos (incluidos los vicios que tiene o la adicción a cualquier tipo de droga).

Es importante saber si fuma (cantidad y tipo de tabaco que fuma, desde cuándo, aumento o disminución del hábito en el tiempo).

El mate es otro hábito relevante, debemos preguntar acerca de la cantidad de mate, temperatura del agua, y si lo acompaña con comidas o no.

Los pacientes alcohólicos son pacientes que pueden presentar alteraciones de tipo general o local de interés para el tratamiento del mismo. Debemos conocer el tipo de alcohol y la frecuencia con la que es ingerido.

Aunque ya fué preguntado con los datos patronímicos, el tipo de trabajo realizado por el paciente y el medio dónde lo realiza es importante que se desarrolle en este sector de la historia clínica (gran esfuerzo físico, exposición a la radiación del sol, llevarse objetos a la boca, contacto directo y frecuente con animales, entre otros determinan perfiles diferentes a la generalidad de los pacientes).

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Nos interesa conocer las enfermedades hereditarias, o contagiosas a las que el paciente puede estar expuesto.

Interrogamos acerca de los padres, hermanos, hijos, conyúgnes y todos aquellos que conviven o estén en contacto diario con el paciente.

En este momento, es conveniente preguntar al paciente acerca del medio dónde habita, si tiene saneamiento en su casa, el tipo de vivienda dónde habita, etc. Esto condiciona el estado de salud del paciente, hay enfermedades que aumentan su frecuencia en áreas dónde no hay saneamiento o agua potable (por ej.)

vb/ms

B) EXAMEN CLINICO:

En este momento, finalizó la etapa del interrogatorio del paciente, por lo tanto ya estamos orientados hacia un determinado diagnóstico o grupo de posibles diagnósticos. Además, tenemos un perfil físico y psíquico del paciente, conociendo las alteraciones del mismo, lo que podría llevar a riesgos que alteren posteriormente la terapéutica del paciente o su pronóstico. Es pues, hora de buscar los signos clínicos presentes en el paciente, que cómo ya fué dicho, son objetivos y nos ayudan de una forma más precisa a establecer el diagnóstico correcto.

Durante la realización del examen clínico, deberemos cumplir con un determinado orden. Este examen es conveniente realizarlo, siempre de la misma forma y siguiendo el orden, de lo más general a lo particular hasta llegar al área que motivo la consulta. La sistematización del examen clínico consta de las siguientes etapas:

APRECIACION GENERAL DEL PACIENTE: En este ítem, debemos indicar de la forma más precisa, el perfil psicológico del paciente (es fácil apreciar durante el interrogatorio, si un paciente es colaborador o no, si es lúcido e incluso tener una idea de su nivel cultural). También aquí, debemos expresar el aspecto físico general del paciente, en cuanto a lo que refiere a este aspecto físico, podemos determinar, el estado nutricional, estado de desarrollo de acuerdo a la edad, actitud postural, apirético o febril, tranquilo o nervioso.

Si se considera necesario, se tomará temperatura, pulso, presión y/o se pedirá examen médico.

EXAMEN REGIONAL: Consideramos al examen regional, como al examen clínico de la cara y el cuello.

Es importante en este momento, apreciar visulamente:

- Simetría de la cara y el cuello.
- Expresión de la cara (fascie febril, caquexica, adenoidea, mongoloide, etc.)
- Apertura bucal (extensión, desviación de la línea media, coincide trayectoria de apertura y cierre o no, etc.)
- Perfil del paciente (prognatismo, retrognatismo, etc.)
- Color de la piel (normal, pigmentada albinismo, eritematosa, cianótica, etc)

También deberemos palpar: -Las ATM (polo posterior y externo) en estática y en dinámica, buscamos dolor, ruidos articulares, resalte o inmovilidad de una o ambas ATM.

-Músculos Masticadores (a excepción del Pterigoideo horizontal cuya palpación es intrabucal) Estos músculos se palparán en estática y dinámica buscando mialgias y miositis.

vb/ms

-Cadenas Ganglionares, deberemos buscar "adenopatías palpables", en las cadenas Yugulocarotídea, Submaxilar, Submental, Mastoidea, y Suboccipital.

Si se encuentra una adenopatía, esta debe ser descripta (localización, tamaño, forma consistencia, movilidad, relación con planos adyacentes, sensibilidad y estado de la piel que lo cubre). En este momento, debemos intuir las posibles puertas de entrada que ocasionan esta adenopatía y determinar si es inflamatorio o tumoral.

Si en cara o cuello, se observa alguna lesión o particularidad es este el momento en el cual debemos describirla. Para esta descripción, utilizaremos una nemotécnica, válida también para lesiones intrabucales:

SITio: Es cómo su nombre lo indica, el lugar dónde se encuentra.

LÍmites: De dónde a dónde se extiende (topográficamente).

TAMaño: En cm, mm. o comparándolo con la cabeza de un alfiler, una lenteja, etc.

FOrma: Redondeada, oval, etc.

SUperficie: Lisa, agrietada, rugosa, sangrante, ulcerada, etc.

BOrdes: Definidos, o no, elevados o no, indurados, etc.

COnsistencia: Firme, blanda, etc.

MOvilidad: Respecto a tejidos y estructuras adyacentes.

RELaciones con la base: Sesil o pediculada.

SENsibilidad: Molestia o dolor al palpar o espontáneo.

EXAMEN LOCAL: Es el examen de la cavidad bucal. Lo podemos dividir en el examen del **continente** y el del **contenido**.

Continente: Aquí debemos examinar: Esfínter Oral Anterior (EOA).
Mejillas.
Paladar.
Piso de Boca.
Esfínter Oral Posterior (EOP).

EOA: Está compuesto por los labios, que tienen una parte cutánea y otra mucosa, ambas deben ser examinadas y descritas. Debemos observar y palpar (palpación bidigital). Tonicidad, y competencia de los labios, color de piel y mucosa, posibles alteraciones estructurales o lesiones (con su descripción). También si encontramos alguna induración o particularidad a la palpación.

MEJILLAS: Debemos observar las características de las mismas, en cuanto a tonicidad, color de mucosa, posibles lesiones, desembocadura del conducto de Stenon. La palpación, puede ser bidigital o bimanual a elección del operador.

vb/ms

PALADAR: Debemos observar cómo siempre las características de la mucosa, presencia y tamaño del Torus Palatino, desviaciones del rafe medio, etc. Podemos también observar la forma de la bóveda, profunda, ojival, plana, etc.

PISO DE BOCA: Debemos también en esta región observar las características de la mucosa, posibles lesiones, etc. También observamos la emergencia de los conductos de Wharton. Mediante la palpación bimanual debemos percibir la depresibilidad del mismo (tonicidad del milohioideo), tumoraciones, adenopatías o cálculos glandulares. Es útil también observar el tamaño de las glándulas submaxilares, que pueden ser hipertróficas.

EOP: Aquí observamos el estado de la mucosa, el velo del paladar (largo corto, móvil o no), pilares anteriores y posteriores, amígdalas (hipertróficas, ausentes, eritematosas, etc.). Para observarlo completamente, el paciente debe abrir la boca y decir "A", también podemos usar el espejo o un bajalengua para esta maniobra.

Contenido: Se examina dentro del mismo: Lengua
Saliva
Rebordes -Dientes
-Brechas
-Paradencio -Sup.
-Prof.

LENGUA: Debemos observar y palparla. Observamos en la cara dorsal, la presencia o no de saburra, el estado de las papilas (depapilada, papilas hipertróficas, etc.); en la cara ventral, la inserción del frenillo, las posibles varicosidades, el tamaño de las raninas, etc. En los bordes de la lengua, observamos las mismas características que en el dorso. No debemos confundir las papilas foleadas con una lesión, debido a sus características. Para observar correctamente a la lengua, debemos tomarla por la punta con una gasa.

Es necesario observar la movilidad, tamaño y potencia muscular de la lengua (para esto último, nos valemos de una maniobra que consiste en pedirle al paciente que saque la lengua, y con el dedo pulgar en la punta de la misma intentar evitar que lo haga).

SALIVA: Debemos observar cantidad y viscosidad. Si se ven alteradas, debemos interrogar al paciente acerca de las posibles causas. Es importante la cantidad y calidad de la saliva, por que de ella puede depender la frecuencia de algunas patologías por ejemplo la caries, traumatismos mucosos, etc. Las alteraciones en flujo y consistencia de la saliva, pueden ser también manifestaciones de patologías o de tratamientos médicos.

REBORDES: DIENTES: Aquí debemos primero, clasificar a los rebordes cómo dentados, parcialmente desdentados o desdentados totales. Este es el momento, de realizar una apreciación general del estado de los dientes. Podemos apreciar pacientes con "policaries", "múltiples destrucciones coronarias", "restos radiculares", etc. Primero hablamos de la generalidad de los dientes, por ejemplo policaries, luego podemos aclarar que existen 2 o 3 piezas que difieren de la generalidad (por ej. "policaries, con destrucción coronaria del 36 y restos radiculares del 46"). Si el paciente presenta pocas ausencias, anotarlas, si los dientes remanentes son pocos, los anotamos. Dentro de este ítem observamos también el estado de higiene, si hay o no presencia de sarro, sustancia alba y placa dental. Junto con la presencia de detritus en cavidades y saburra en la lengua, nos dan una idea del estado de higiene bucal.

BRECHAS: En el caso de existir brechas poco extensas o pocas, debemos aclarar de donde a donde se extienden. En las mismas debemos observar, el grado de reabsorción ósea, la presencia de espículas, restos radiculares sumergidos, irregularidades en el reborde, estado de la fibromucosa. Para esto es necesario observar y palpar detenidamente las brechas.

PARADENCIO: Superficial: Debemos observar el estado de los cuellos, papilas y puentes, en cuanto a anatomía, color, consistencia y configuración, también observamos la profundidad del surco gingival (presencia o no de bolsas, sangrado al sondaje, etc.).

El color normal del paradencio superficial es el rosa pálido, se observa visualmente; la configuración, suele ser graneada, pero puede ser lisa, lo que no indica por sí sola patología. La forma de observarla, es secando los cuellos y papilas con una gasa o algodón. En cuanto a la consistencia, esta debe ser firme, en estado de patología la podemos observar edematosa (signo de Godet positivo) o fibrosa.

La integridad o no de los puentes se puede apreciar por la unión de las papilas Vestibulares con las Linguales o Palatinas, si soplamos con la jeringa una papila y se separa de su posición original, esto quiere decir que las papilas están separadas y por lo tanto el puente no está íntegro.

En cuanto a la profundidad del surco gingival, se mide con una sonda o mejor aún con un periodontómetro, esta profundidad debe ser de 2mm en las caras libres o 3mm en las caras proximales. Un aumento de esta profundidad, se considera patológico y se llama "bolsa periodontal".

-Profundo: Es lógico que en condiciones de normalidad, el paradencio profundo, no puede ser inspeccionado sin métodos auxiliares como ser la radiografía. Es importante pues conocer las manifestaciones clínicas de la patología del mismo. La presencia de bolsas periodontales, nos indican una migración del epitelio de unión hacia apical acompañando a una reabsorción del hueso alveolar. Lo mismo sucede cuándo con o sin la presencia de bolsas periodontales, existe un aumento de corona clínica.

Debemos tener cuidado, en cierto tipo de afección del paradencio superficial (sobre todo del tipo crónico), en las que se presentan hiperplasia del mismo, no creer que hay bolsas, porque en realidad, el epitelio de unión no migró, existen pseudobolsas por que el margen gingival se encuentra más hacia oclusal o incisal. Esto es fácil de apreciar, porque existe una disminución de la corona clínica.

Otra manifestación de patología del periodonto profundo, es la movilidad dentaria, esta se puede dividir en tres grados de movilidad. La movilidad de GRADO 1 abarca de los 0 a los 1 mm

GRADO 2 más de 1 mm en sentido Vestíbulo-Lingual.

GRADO 3 cuándo el diente permite otros movimientos.

Para la correcta apreciación de la movilidad dentaria, debemos tomar al diente con una pinza de algodón, no con los dedos.

Existe otro tipo de patología periodotal profunda, cuya puerta de entrada, es el conducto pulpar; dicha patología comienza pues por el periapice. Su estudio, se desarrollará en el examen de la zona motivo de consulta, ya que este tipo de patología se encuentra en dientes que tienen un grado alto de afección pulpar.

EXAMEN DE LA ZONA MOTIVO DE CONSULTA:

El motivo de consulta, puede encontrarse en:

- Una lesión o alteración muco-cutánea
- Una tumoración (intra o extraosea)
- Una pieza dentaria

En los dos primeros casos, debemos realizar una descripción completa de la lesión, alteración o tumoración, dónde se encuentre el motivo de consulta. Puede ser necesaria, la realización de algún examen paraclínico, como una radiografía o un estudio anátomo-patológico.

Cuándo el motivo de consulta se encuentra en un diente, éste puede ser dolor, movilidad, malposición, etc. El más frecuente es el dolor debido a la caries dental.

El examen clínico de una pieza dental se realiza siguiendo un determinado orden: -Apreciación visual. En este ítem debemos describir a la pieza

(grado de erupción, estado de la corona clínica, malposiciones, etc.)

- Inspección con sonda. Se realiza en las frecuentes cavidades cariosas, aquí buscamos comunicación buco-cameral, sangrado y dolor a la inspección.
- Test térmico. Se realiza con el agua de la jeringa, se dice que es positivo cuando el paciente siente dolor y negativo cuando no. Debemos tener cuidado de aislar dientes vecinos con cavidades, ya que podrían existir falsos positivos. También debemos apreciar la intensidad y duración del dolor.
- Percusión. Se realiza con el mango del espejo o la sonda, golpeando al diente en forma Vertical u Horizontal. Al igual que el test térmico es positivo si hay dolor y negativo si no existe dolor. Primero es conveniente realizarla en una pieza cercana sana.
- Movilidad. Debemos clasificarla según lo explicado anteriormente.
- Palpación de tablas óseas. Se realiza con los dedos o el espejo dental, se dice también que es positiva o negativa, de acuerdo al dolor.
- Apreciación del fondo de surco. Aquí veremos si la mucosa que lo tapiza es normal o no, y si él está ocupado o tiene extensión normal.

vb/ms

Con estos exámenes obtenemos una idea de la patología pulpar, periodontal, ósea y mucosa que puede existir en el área de una pieza que haya motivado la consulta.

Tanto en el caso de una pieza dentaria, cómo en los anteriormente vistos, debemos realizar un relacionamiento, entre los signos, síntomas y la historia de la enfermedad, junto con los antecedentes del paciente; de tal forma que podamos concluir en lo que llamaremos un diagnóstico clínico presuntivo. Cabe aclarar, que a veces el diagnóstico clínico es definitivo, ya que el relacionamiento, nos permite afirmar únicamente un diagnóstico.

Corresponde en este momento la realización de un diagnóstico diferencial, y diagnóstico etiológico. En el primero, debemos descartar afecciones que tengan similitud clínica con la afección presente en el paciente. En el etiológico, debemos expresar la causa de la patología presente. Es importante aclarar, que no siempre es posible diferenciar patologías similares, o determinar la etiología de la afección, limitándonos únicamente a los exámenes clínicos.

EXAMENES PARACLINICOS:

Nos valemos de ellos para complementar los datos clínicos obtenidos en las etapas anteriores de la historia clínica.

- Ellos son:-Radiografías
 -Punción exploradora
 -Citología
 -Biopsia
 -Cultivos bacteriológicos
 -Test de alergias
 -Exámenes de Rutina (sangre, orina)

RESUMEN:

Aquí debemos realizar la recopilación de todos los datos positivos de la historia clínica (no extendernos por ejemplo en enfermedades que no tuvo el paciente). El objetivo de éste es brindar en pocas frases un panorama general del paciente. De esta manera, quedará expresada la interrelación entre el interrogatorio, nuestra presunción diagnóstica y los exámenes realizados al paciente lo que nos facilitará el arribo a un diagnóstico por la integración de todas las características del paciente. A su vez, este resumen nos sirve para rápidamente identificar al paciente en una posible visita posterior.

Con la complementación de todos los pasos anteriores de la historia clínica, estamos ahora en condiciones de llegar a la siguiente etapa.

vb/ms

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

Este diagnóstico no siempre es posible, ya que a veces no se descartan todas las patologías probables; entonces el diagnóstico definitivo es más limitado que el presuntivo, pero no es totalmente preciso.

De todas formas, es en este diagnóstico en el que nos basaremos para el planteamiento de la posible evolución de acuerdo a la terapéutica indicada y el pronóstico.

PRONOSTICO:

El pronóstico puede ser Favorable, Reservado o Desfavorable, de acuerdo a la evolución que tendrá la patología.

Cabe aclarar que el pronóstico es relativo a el sector de la economía que nos refiramos, por ej. luego de una extracción, el pronóstico para una pieza dental será desfavorable (ya sea que hablemos de su pulpa, periodonto, etc.), sin embargo para el paciente el pronóstico será favorable por que desaparece la sintomatología que motivo su consulta.

En la valoración del pronóstico debemos tener en cuenta todos los factores locales, regionales y generales, físicos y psíquicos (cómo ser hábitos, higiene, etc.) presentes en el paciente ya que estos actúan de una forma u otra en un todo que es el paciente, pudiendo alterar la evolución de la enfermedad y por lo tanto el pronóstico.

PLAN DE TRATAMIENTO:

De acuerdo a el diagnóstico definitivo y al pronóstico, se planteará el tratamiento más adecuado al caso clínico. Cómo no siempre es posible su realización, ya sea por factores socioeconómicos, o por la propia voluntad del paciente, entre otros, debemos plantear tratamientos de alternativa.

El tratamiento puede ser necesario desde el punto de vista General, Regional o Local, ya que no siempre con un tratamiento sintomático, eliminamos la causa de la patología. Debemos recordar que en la boca suelen aparecer manifestaciones de enfermedades sistemicas, que motivan una consulta.

Podemos clasificar a los tratamientos, también en sintomáticos (cuándo atacan a las manifestaciones subjetivas de la enfermedad unicamente), que no son curativos; y etiológicos, en los que se ataca el agente causal de la enfermedad y por lo tanto son curativos.

El tratamiento se puede basar en medicación, en cuyo caso hablamos de un tratamiento médico. También se puede implantar una terapéutica quirúrgica, entonces hablamos de un tratamiento quirúrgico, el enfoque de este tratamiento puede ser: Conservador

Radical

Dentro del plan de tratamiento tenemos la táctica, que consiste en lo que vamos a realizar, por ejemplo "avulsión simple" y la técnica, que es la descripción de la táctica por ejemplo anestesia al nervio dentario inferior, bucal y lingual, sindesmotomía, avulsión con un bicórneo, curetaje.

vb/ms

EVOLUCION:

Esta dependerá de si se instaura o no el tratamiento, y de que tipo de tratamiento se realice. Esta evolución podrá referirse a la regresión de los síntomas, a la curación total, a la recrudescencia de la patología, las posibles recidivas, o incluso la continuidad de la enfermedad sin que su evolución se vea afectada.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE:

Luego de realizado el tratamiento, y dependiendo de el tipo de tratamiento y afección, de que la evolución hasta el momento haya sido la esperada, y de las posibilidades de seguimiento; debemos ver nuevamente al paciente. En estos controles posteriores, se podrán evaluar los resultados obtenidos, la evolución a distancia y la necesidad o no de continuar con la terapéutica indicada o instaurar una nueva. También puede ser necesaria la realización de nuevos exámenes paraclínicos.

Verónica Blanco
Marcelo Scarrone

1992

