

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. VII

FEBRERO

NUM. 74

VALORACION DE LA PROPEDEUTICA EN EL DIAGNOSTICO CLINICO GENERAL (*)

por el

DR. JUAN BELTRÁN CODINA

*Profesor de Sala y Jefe del Servicio de Estomatología de la
Beneficiencia Provincial de Barcelona*

616.31:61

Por el hecho de ser el primer estomatólogo que como tal habla en esta Academia de Ciencias Médicas, creo un deber de cortesía brindar el tema de mi disertación a las otras Asociaciones que forman desde hace ya tiempo en el seno de la misma, cuyo contenido se halla en relación con ellas, contribuyendo a integrar la idea fundamental de la unidad de la Medicina, cuyos conceptos aceptamos plenamente, ya que si el enfoque de la técnica del especialista ha traído múltiples ventajas, entre ellas los más precisos diagnósticos y la realización de operaciones delicadas con la más fina escrupulosidad, hemos de huir siempre de fomentar la creación de especialistas que se creen independientes y hablan con desdén de que se les pretenda recordar otras ramas del tronco de la Patología, dándose el caso, en general, que es su desconocimiento precisamente lo que les obliga a ello para justificarse ante sí y ante los demás, y son los que si no se les frenara llegarían a polarizarse en tal forma que crearían subespecialidades, fragmentando exageradamente las especialidades hasta el punto de fijar sólo su atención en una única enfermedad, desligándose del resto del or-

(*) Conferencia inaugural de la Academia de Ciencias Médicas. Asociación de Odonto-Estomatología, 30 de enero.

ganismo, llegando a limitarse sólo a la lesión local en cuanto a la terapéutica, que es, desde luego, ineficaz si no se combate su fondo etiológico general, con este criterio nuestro de escapar de esta parcelación excesiva de la Medicina y de dar el supremo valor a la unidad funcional de todo el organismo, que con preciosa armonía en correlación neurohormonal se desenvuelve; sólo las nociones básicas de Patología general debemos recordar, como fondo de cualquier especialistas que, además, ejerza con el convencimiento restringido de formar parte de un todo, que sólo la gran extensión y volumen de los conocimientos científicos justifica e incrementa su razón de existir.

Por otro lado, se necesitan años de experiencia clínica para familiarizarse con la amplísima variedad de síntomas que, pertinentes a determinadas especialidades, hace que el clínico general necesite del dictamen especializado para unirlo a sus exploraciones generales, cuyo fin primordial es la confirmación, o bien la restitución de la salud general del paciente.

Con estas ideas, que a modo de prefacio hemos expuesto y sin abandonarlas, surge como consecuencia el tema de esta conferencia que no persigue presuntuosos fines, pues ni tendrá ocasión de demostrar nuevas ideas ni conceptos o teorías que expliquen satisfactoriamente enseñanzas provechosas, y menos reducir a fórmulas sencillas los problemas de exploración que se plantean cotidianamente, pero sí agrupar los conocimientos, para que en el momento que nos hallemos frente al enfermo, en breves instantes recordemos lo concreto y útil; en una palabra, que sea una verdadera síntesis que haga más fácil discernir con claridad y eficaz prontitud los puntos de referencia para que la consulta sea rápidamente interpretada por los signos y síntomas que exponaremos, que aún siendo notoriamente imperfectos, habrá siempre que ir rectificando con el fin de perfeccionarlos, para así precisar el diagnóstico del síndrome o enfermedad y la consiguiente orientación terapéutica.

Para valorar debidamente la propedéutica bucal o recogida de signos y síntomas bucales, lo primero que hemos de recalcar es la necesidad previa de conocer, aunque sea someramente el

historial clínico del paciente, siguiendo las pautas clásicas de anamnesis remota y próxima o enfermedad actual, e inmediatamente comenzará el examen clínico en forma razonada y metódica, siendo esta exploración precisamente la clave del diagnóstico, la atención ha de centrarse hacia la totalidad del organismo y, al mismo tiempo, al diagnóstico del sistema bucal, ya que actualmente la explicación de estos signos y síntomas recogidos es el objetivo perseguido por nosotros; ahora bien, por la extensión del tema dejaremos aparte todos aquellos detalles de semiotecnia que damos por sabidos en la que se utilizan diversos métodos accesorios, tales como las radiografías, endoscopias, estudios histológicos, etc., que junto al examen físico, son en el momento presente la base en el buen arte del diagnóstico.

Recordaremos, no obstante, de una manera sucinta que convendría siempre explorar con una pauta determinada, comenzando por la inspección en general cuya atención nos conducirá a la investigación ulterior de algunas funciones alteradas, así por ejemplo: la facies pálida, la elevación de la temperatura, la tensión y dureza del pulso, el ritmo respiratorio, el estado hipertrófico de los ganglios, el estado nutritivo en general con peso y talla y otros muchos más datos que dirigen nuestra atención sobre determinados sistemas.

Una vez orientados y si conviene se amplian las informaciones clínicas para que al médico el defecto de las mismas no le haga errar en su diagnóstico, especialmente al querer valorar debidamente la semiología bucal, objeto exclusivo nuestro y que pasamos a comentar.

La boca denuncia un sin fin de enfermedades generales, es un índice sintomatológico importantísimo, pues por los vínculos funcionales tanto nerviosos como humorales las distintas partes anatómicas reciben por su continuidad la influencia de la patología del resto del organismo, se le puede considerar como un espejo que en muchas ocasiones da imágenes o signos clínicos en este caso, que la sagacidad del profesional aprecia cada vez mejor con el ejercicio continuado en todos sus detalles, con la simple observación ayudada en algunos casos de otros recursos técnicos.

Empezaremos el examen metódico y completo de la boca, ordenando sistemáticamente el reconocimiento *de la facies*, primeramente por la relación que tiene con la cara externa de labios, mejillas, conformación y relaciones de ambos maxilares superior e inferior.

El arte de estudiar los rasgos de la cara o fisiognomía es de la más alta significación biológica, ya que todas las reacciones, a los factores externos, como del estado interior, se expresan en la cara, ayudando desde el primer momento a conocer el estado psíquico e incluso por su actividad neuromuscular las excitaciones que tienen por origen el propio organismo por medio del sistema nervioso vegetativo que reflejan en el tono de los músculos lisos y estriados los daños que puedan tener determinadas vísceras. Con ello se comprende que la facilidad a interpretar la mímica involuntaria constituye un precioso recurso diagnóstico. No entraremos en detalles, sobre la armonía expresiva y proporciones faciales del biotipo, aunque la experiencia en gran número de casos por los signos observados en la boca y región peribucal en cuanto a su tono, arrugas, temblor lingual, etc., orientan el diagnóstico en ciertos enfermos mentales, alcohólicos, de la nutrición, etc.; las asimetrías, los aumentos de volumen y forma de los maxilares, así como su disminución, las malformaciones congénitas, las variaciones de orden neuromuscular facial, y también hablaremos de ciertas afecciones nerviosas de parálisis faciales: unas, de origen traumático; otras, infecciosas, a frigore, etc., así como aquellas de origen nervioso central, tales como, por ejemplo, la parálisis bulbar, en la que asociada a la de la cara, está la de la lengua, labios y faringe.

Citaremos un grupo de afecciones relacionadas con el conjunto de glándulas de secreción interna, tales como el *cretinismo*, que se caracterizaba por una expresión estúpida, labios gruesos, etc.; el *mixedema*, con cara tosca y ancha; el *mogolismo*, con ojos oblicuos separados con fisura palpebral estrecha y la boca abierta, con lengua grande y fisurada, que a veces sobresale, y otras que no describimos por no alargar en demasía, pero recordaremos que modifican también la facies, v. gr.: el *hipertiroidismo*, el *gigantismo*, *acromegalia*, *infanti-*

lismo, progeria, acondroplasia, la disostosis cleido-craneal, enfermedad de Paget, de Schuller - Cristian, leontiasis ósea, oxicefalia, asimetría facial..., la descripción de las cuales nos llevaría muy lejos. Insistiremos, por su mayor frecuencia, en las alteraciones *raquíticas* desde las craneales, con frente abombada, craneotabes y las compresiones de los maxilares, con paladar elevado, la mandíbula retraída, con hipotrofia manifiesta del mentón; existe *adaonia* de los incisivos, que presentan retardo de la erupción e hipoplasias del esmalte y deficiencias de mineralización de la dentina. También son corrientes en clínica, debidas a distintas causas, las *oclusiones defectuosas de los dientes*, que dan lugar a desarmonías faciales, que resumiremos en cuanto a la repercusión solamente que puedan tener en la cara, y así distinguiremos: *prognacia de los maxilares*, que puede ser de ambos o bimaxilar, del superior en los respiradores bucales; otros, con hábitos tales como los niños que se chupan el dedo, amamantados con biberones o muerden el labio inferior. La propulsión de la mandíbula puede originarse por herencia prognática o por causa patológica, la hipertrofia amigdalara o la leontiasis ósea y la acromegalia, ya citadas.

Por el contrario, la *retracción de la cara*, con maxilar superior angosto, con apiñamiento dentario, se debe principalmente a adenoides o trastornos intestinales crónicos en los individuos jóvenes.

La retracción del maxilar superior está asociada con la falta de desarrollo de la base del cráneo (acondroplasia, oxicefalia).

La retracción de la mandíbula es hereditaria; también se debe a anquilosis témporo-maxilar en la infancia.

Por fin, tenemos el *acortamiento del tercio inferior de la cara*, con dientes en hiperdaquia o sobremordida, con depresión de la región de los dientes y mentonismo; es originado por la herencia, así como por causas adquiridas, como son la deficiencia en el desarrollo y erupción de las piezas dentarias posteriores.

Después de esta impresión de la facies en su conjunto y de la conformación de sus partes duras, examinaremos la re-

gión labial, que por lo demás, es muy fácil, por ser extremadamente accesible a la exploración, en la que encontramos diferentes afecciones; pero siguiendo la idea eje nuestra de dar un cuadro sinóptico, citaremos las más corrientes en clínica; así tenemos la *macroquilia* o hipertrofia congénita o linfaugio-ma de los mismos; entre las adquiridas, el *herpes labial* o agrupación de pequeñas vesículas sobre placa roja saliente, forúnculo o infección estafilocócica de un folículo piloso, impétigo o piodepmitis, fuliginosidades o grietas febriles, quielitis de Fordyce, con sus puntos blanco-amarillentos; chancro sifilítico o lesión primaria ulcerada, con base indurada. Los tumores que son más frecuentes son el *angiona*, los precedentes de las *glándulas salivales del labio* y el *epitelioma del mismo*, este último es un tumor de viejos, con ulceración de bordes gruesos e indurados y fondo mamelonado y sucio, cuyo diagnóstico precoz se completa con la biopsia.

Accesible en extremo también es la región geniana, importante por la cantidad de elementos que contiene y la diversidad de lesiones de que es asiento, entre las que citamos el *forúnculo de la cara*, cuya induración es menor que la del labio, *erisipela de la cara* limitada en forma de rodete, *angiomas* más frecuentes, los hemoangiomas simples o cavernosos; *quistes sebáceos*, de consistencia pastosa, esta tumoración que resbala sobre los planos profundos; las *adenitis genianas*, correspondientes a los tres grupos de ganglios, buccinador, maxilar inferior y maxilar superior; adenitis infecciosa, que se divide en ayuda o adeflemón, que se diferencia de la fluxión dentaria, porque la palpación bidigital recoge un endurecimiento del carrillo, con integridad del maxilar; la adenitis crónica evoluciona insidiosamente con adherencia a la piel, con tendencia a formarse fístulas.

Por fin, tenemos el tumor más frecuente entre los malignos de la cara; es el *epitelioma*, ulceración pequeña, con bordes cortados a pico y fondo rojizo mamelonado, con base indurada, marcha lenta, sin ganglios; gana en profundidad con hemorragias y, por fin, se acelera su evolución fatal.

Al introducirnos en el interior de la boca, procuraremos extraer muchísimo las alteraciones sintomáticas de procesos

generales, junto a las que aparecen como trastorno principal, que se pueden considerar como entidad patológica independiente, así podemos citar la *xerostomia*, por deficiencia glandular salival de causa local o por boca abierta, enfermedad febril, nefritis, miedo, etc., todas de causa general; lo mismo podríamos comentar sobre el *tialismo*, la *rumia*, el *bruxismo*, halitosis, *regurgitación*, etc. No describiremos todas y cada una de las afecciones del interior de la boca por ser muchísimas; pero siguiendo el orden previsto, fijaremos nuestra atención primero en los *dientes*, tanto en la *totalidad de las arcadas* como luego, individualmente, anotaremos si están completas en número; por ejemplo, piezas retenidas o supernumerarias, anomalías de la oclusión en los tres planos del espacio, cuya sola enunciación de las clasificaciones más corrientes nos alargaría mucho; alteraciones por función, tales como desgaste, abrasión o erosión, defectuosidad de desarrollo, distrofias e hipoplasias, moteados, etc., coloraciones de origen local y general, depósitos sobre los mismos de orden exógeno o endógeno.

Individualmente veremos si están íntegros, fracturados, luxados, cariados; aquí nos concentraremos, ya que el diagnóstico precoz tiene una importancia capital; los estilletes finos, toda la gama de pruebas complementarias nos han de parecer pocas por la gran trascendencia que representa saber si la infección radica en las envolturas superficiales del diente o si está en la pulpa, en que forma la afecta, y si a través de la misma pasó al periodonto, y una vez en éste, las diversas matizaciones de la fina exploración nos hará vislumbrar qué tipo de complicación pueda sobrevenir, y aquí cabe hacer el estudio de la infección focal.

Con el examen de la posible paradentosis, pensando siempre que la denominación antigua de piorrea, o sea salida de pus, es sólo un signo de la fase tardía, con bolsas profundas formadas y que debemos rechazar, quedándonos con la amibondancia ligera, la prominencia y sanciones subjetivas escasísimas y examen radiográfico de la cresta alveolar como síntomas premonitorios.

Con este reconocimiento de las encías llegamos insensiblemente al estudio clínico de las ulitis, tema extensísimo y sugeridor.

de toda la patología no social, sino general, ya que estas se manifiestan desde la simple retención de alimentos entre los dientes, sepsis bucal, respiración bucal, cálculos salivales, etc., hasta toda la gran variedad de factores etiológicos generales que se presentan asociados en muchos casos con inflamaciones extensas de toda la mucosa bucal, constituyendo las ulloestomatitis, que son polifacéticas en cuanto al síndrome, pero comunes en cuanto a su aparición en las enfermedades sistémicas de aparato respiratorio, circulatorio, digestivo, urogenital, reproductor, osteoarticular y endocrino; también como síntoma precoz de discrasias sanguíneas, intoxicaciones, deficiencias vitamínicas, alérgicas y dermatósicas, etc.

Como vemos, sería pueril en una conferencia querer precisar estos detalles, que por lo demás ya nos hemos ocupado recientemente de ello por creerlo de gran importancia diagnóstica.

Aquí insistimos en que en el diagnóstico general cualquier detalle patológico que se observe en las encías debe ser anotado, así como en la mucosa bucal, en general, las huellas que puedan dejar las infecciones agudas generales, así como la tuberculosis, sífilis, actinomicosis, leishmaniosis, etc, entre las crónicas; siendo importante la semiología de la *lengua*, que debe ser examinada tan cuidadosamente como el resto de la boca, fijándonos en el color, tono muscular, en el número y distribución de las papilas, lesiones del dorso y bordes, observando glositis agudas, crónicas (geografía fisurada, escrotal), relacionadas con alteraciones constitucionales, atrofia con anemias, etc.

Recordaremos aquí los *tumores*, ya que en muchos casos hacen su aparición en la boca no sólo las neoplasias de los tejidos blandos, como son todas las variedades de épulis (a loar, de la gestación, papiloma, adenoma, etc.) u malignos (carcinomas, epidermoides, etc.), sino también aquellos cuyo origen es osteogénico (osteoma exóstosis, sarcoma, central de las células gigantes, mieloma, etc.) u odontogénico (odontomas, cementomas, mixtos, adamantinomas, etc), con sintomatología intrabucal, por lo que tendremos presente sus particularidades al hacer

su diagnóstico diferencial con las otras afecciones del interior de la boca.

— Por fin, llegamos a las enfermedades de los *maxilares*. Ya hemos dicho algo de ellas al hablar de la conformación de la facies y también al citar los tumores osteo y odontogenios, quedándonos ahora el recordar solamente las afecciones traumáticas, fracturas y luxaciones; las infecciosas, con repercusiones graves en el estado general, como son las osteitis, osteomielitis, en su gran variedad en cuanto a su etiología, y los quistes (radiculares, dentígeros, de las hendiduras faciales, etcétera).

Como apéndice, la exploración de los senos maxilares será conveniente en determinados procesos dentarios de los molares y bicúspides superiores, en donde la rinoscopia anterior, el signo de Fraenkel, de Hajek, de Heryng o de la diafanoscopia y otros menos demostrativos; también la punción exploradora por el meato inferior y el uso combinado de la radiografía intra y extraorales para apreciar mejor las relaciones del seno maxilar con las piezas dentarias.

Relacionado con los trastornos en la apertura de la boca, debemos fijarnos en la *articulación temporo-maxilar*, desde la luxación simple por bostezo o intervenciones dentales hasta la complicada con fractura del condilo; las artritis de causas hematógenas poco frecuentes en general, con dolor y pérdida de la motilidad, siendo crónica su tendencia evolutiva como en las de tipo reumatoideo a la anquilosis atrófica o hipertófica (ostertitis), con osteofitos, con síntomas de crujidos y movimientos limitados.

Otras veces, el origen de las molestias y de las neuralgias, sorderas, embotamiento (síndrome de Costen) es la acción traumática por falta de dientes o disdquia constitucional.

En algunos casos las constricciones mandibulares acaban en anquilosis permanentes tributarias de un tratamiento quirúrgico.

En cuanto a la sintomatología de las *glándulas salivales* ya nos hemos referido a ellas al citar la xerostomía y el tialismo; pero ahora hemos de recordar a la sialodoductitis con su correspondiente tumefacción premandibular y la más frecuente sialolitiasis.

sis con mayores o menores cálculos. Las renulas o formaciones quísticas y las tumoraciones de tipo mixto glandular o las malignas (adenocarcinoma). Las parotiditis infecciosas generales o epidémicas y las postoperatorias son las más frecuentes; puede recordarse aquí el trastorno o enfermedad de Mikulica, con reacción hipertrófica simétrica, asociada con las glándulas lagrimales de etilogía no inflamatoria y no precisada.

Después de haber esquematizado el orden que, de un modo más práctico cremos ha de seguirse para proceder de una manera lógica y metodizada para el examen clínico del paciente que presente alteraciones patológicas en la boca, debemos intentar, siempre que nos sea posible interpretar la causa y el mecanismo fisiopatológico que nos explique el signo, síntoma o síndrome que hayamos recogido por la exploración y valorarlo en la medida que nos sea necesaria, a fin de aplicar dicho conocimiento al caso individual, objeto de nuestra atención diagnóstica.

No se puede quedar satisfecho con apreciar los signos y síntomas, haciendo con estos encasillados, que servirán solamente para clasificar nesográficamente las enfermedades bucales, sino que hay que dirigirse a las circunstancias y condiciones que presiden la producción y desarrollo de las reacciones morbosas, preguntándose el por qué y el cómo de los trastornos funcionales y orgánicos, conociendo las condiciones personales por la historia, veremos en parte los mecanismos de regulación, acomodación y compensación que posee el organismo frente alguna acción perturbadora. La predisposición congénita o adquirida de los tejidos bucales o peribucles a enfermar con características individuales, y entonces actuando distintos *factores etiológicos* (mecánicos, físicos, químicos, biológicos), todos exógenos u otros endógenos, rompen el equilibrio funcional si la *reaccionabilidad falla o el estímulo causal es intenso*, y en otras ocasiones, las *funciones nutritivas* de las diversas parcelas de la boca se *alteran*, y por mecanismos todavía muy discutidosse manifiestan destrofias, trofoneurosis, gangrenas circulatorias y otros síndromes vasomotores asfícticos, que nos explican gran número de lesiones; también la altera-

ción puede manifestarse por crecimiento indiferenciado de las células, como son los neoplasias benignas y malignas.

Citados estos detalles complementarios para fijar las ideas fundamentales de etiopatogenia, que han de ir unidas siempre al recoger la sintomatología bucal para orientar el diagnóstico lo más correctamente posible al ideal, o sea al diagnóstico etiológico completo, que es indispensable para un futuro planteamiento de las bases fundamentales a toda medicación o terapéutica general perfecta.

Valor terapéutico del hielo en los focos sépticos cerrados, por el doctor Olegario Ortiz Manchado, de la Clínica Universitaria de Valladolid. Director: Prof. D. Misael Bañuelos García.

Después de las primeras aplicaciones del hielo, a instancias del profesor Bañuelos, y habiendo tratado ya multitud de casos en los que habían fracasado los principales antibióticos, no comprendemos por qué no se prodiga más el uso del hielo como remedio terapéutico. Se nos antoja esta digresión anotando algunos de los casos tratados, porque describir estos hechos nos parece de suma importancia, desde el punto de vista práctico y de aplicación a la clínica. Lo consideramos así porque todos los enfermos tratados son precisamente aquellos en los que había fracasado la terapéutica de actualidad en los procesos sépticos, es decir, los antibióticos, tales como la penicilina, estreptomycinina y sulfamidas.

Nos referimos en este artículo a una serie de enfermos que padecían septicemias focales, en los cuales el único remedio francamente eficaz que hoy existe es la limpieza quirúrgica del foco, ya que tales septicemias apenas son afectadas por los antibióticos, si no es en forma de complemento o como tratamiento de fondo en los momentos que se practica la intervención.

Existen multitud de ocasiones en que, aun conociendo la localización del foco, no se puede ni se debe realizar la intervención quirúrgica, y es precisamente en estos casos en los que hemos utilizado el hielo, en aplicación local, con excelentes resultados.

Hemos tratado muchos casos cuyos focos sépticos asentaban en lugares donde se podía aplicar bolsa de hielo, todos ellos con excelentes resultados. ¿A qué se debe esta acción tan eficaz del hielo?

Su mecanismo íntimo de acción nos es desconocido, pero lógico es pensar que el frío excesivo producido por el hielo somete a los tejidos a tan bajas temperaturas que constituye un fuerte obstáculo para la reproducción de los gérmenes, actuando en este sentido como un verdadero antibiótico; pero sea cualquiera el mecanismo, es indudable su acción favorable en las sepsis focales cuyo foco no drene al exterior ni sea susceptible de intervención quirúrgica.

La mayoría de las veces no se consiguen estos efectos favorables por falta de vigilancia en la correcta aplicación del hielo, para cuya información remitimos al capítulo correspondiente de la "Terapéutica Clínica" de Bañuelos. (per "Clín. y Lab.", 359, 284.)