

**CLASIFICACIÓN, FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE
ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN PACIENTES QUE
ACUDIERON A LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA DE 1998 AL AÑO 2002**

Tesis presentada por

GUILLERMO RODRIGO MATTA RIOS

**Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el
Examen General Público, previo a optar al título de**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2003.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

DL
09
T(1743)

II

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán
Vocal Quinto:	Br. Roberto Wehncke Azurdia
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXÁMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Segundo:	Dra. Diana Anabella Corzo Marroquin
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García Salas
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

AL COLEGIO LICEO GUATEMALA

A MIS CATEDRÁTICOS E INSTRUCTORES

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

**A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA CONTRIBUYERON EN MI
FORMACIÓN PROFESIONAL**

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado: "CLASIFICACIÓN, FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA DE 1998 AL AÑO 2002", conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Quiero agradecer a todas aquellas personas que colaboraron y apoyaron la realización de este trabajo de investigación, especialmente a las Doctoras Anabella Corzo e Ingrid Arreola y al Doctor Henry Cheesman.

Y ustedes, distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, acepten mi más alta muestra de consideración y respeto.

INDICE

Sumario.....	1
Introducción.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Justificaciones.....	5
Revisión de literatura.....	7
▪ Trastornos cardiovasculares.....	8
▪ Trastornos respiratorios.....	23
▪ Trastornos digestivos.....	32
▪ Trastornos hepáticos.....	38
▪ Trastornos del aparato genitourinario.....	45
▪ Trastornos endócrinos.....	56
▪ Trastornos hematopoyéticos.....	75
▪ Trastornos hemostáticos.....	88
▪ Trastornos del sistema nervioso.....	94
▪ Trastornos infecciosos.....	101
▪ Trastornos inmunológicos.....	133
▪ Cáncer.....	138
▪ Trastornos dermatológicos.....	143
▪ Otras Condiciones.....	148
▫ Embarazos.....	148
Objetivos.....	150

Variables.....	151
Metodología.....	152
Resultados.....	155
Discusión de Resultados.....	192
Conclusiones.....	202
Recomendaciones.....	204
Limitaciones.....	206
Anexos.....	207
Referencias bibliográficas.....	210

SUMARIO

El odontólogo debe considerar que los pacientes que buscan tratamiento dental pueden ser sanos o bien presentar trastornos o enfermedades sistémicas y no estar conscientes de ello. Por ello, el odontólogo debe conocer el estado físico del paciente por medio del cuestionario de la historia médica que se le realiza a cada paciente. En el caso que el paciente no refiera una enfermedad específica sino molestias o síntomas específicos, el odontólogo deberá estar en la capacidad de orientar el diagnóstico, y solicitar los exámenes e interconsultas médicas necesarias. El profesional debe conocer cuales son las enfermedades que tienen implicaciones en el campo de la odontología y estar preparado para su manejo.

Este estudio se realizó con el objeto de establecer la frecuencia de las enfermedades sistémicas que presentaron los pacientes que acudieron a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el período de los años 1998 al 2002, asimismo evaluar si estas enfermedades tienen preferencia por sexo y edad.

Para ello se evaluaron las fichas clínicas de los pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología durante este período. En total se registraron 12,774 ingresos, los cuales estaban integrados por pacientes de 3 años en adelante. Se eligieron 2710 fichas clínicas al azar y se analizó la historia médica de cada

paciente para determinar las enfermedades o trastornos que padecían. Posteriormente, estos hallazgos se agruparon por el tipo de enfermedad en 14 categorías, y cada grupo fue distribuido por edad, sexo y si estaban o no controladas médicamente.

El estudio reflejó que de los 2710 pacientes, la mayoría fueron de sexo femenino (60.2%). Un 53.5% de los pacientes presentó por lo menos un trastorno de salud, lo que nos indica que 1 de cada 2 pacientes puede tener algún trastorno.

De todos los trastornos, los más frecuentes fueron alergia con 582 casos, siguiéndole hepatitis con 220 casos, infección urinaria con 194 casos, amigdalitis con 177 casos, hipertensión con 137 casos, anemia con 130 casos, gastritis con 86 casos, bronquitis con 69 casos y diabetes con 66 casos.

Este estudio permite concluir que, menos del 50% de los pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología durante el período de estudio, son sanos. Estos resultados demuestran que es necesario que el odontólogo realice un cuestionario sobre el estado de salud del paciente y así tomar las precauciones necesarias al realizarle algún procedimiento dental al paciente así como al recetarle medicamentos, lo que evitará que el paciente tenga complicaciones tanto en el tratamiento dental como en su salud en general. Se recomienda que al momento de ingresar a un paciente se le realice el cuestionario completo de la American Dental Association (ADA) y que se realicen exámenes de laboratorio a todos los pacientes para tener un mejor control sobre el estado de salud del paciente.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades sistémicas son comunes en la población guatemalteca, muchas de estas personas son atendidas en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Por lo que los odontólogos deben conocer sus características y posibles manifestaciones bucales.

Muchos de los pacientes que acuden a las clínicas dentales pueden ignorar que padecen de una enfermedad de tipo sistémico y los odontólogos que los atienden, basándose en los signos y síntomas que el paciente pueda referir, estaría en capacidad de orientar el diagnóstico de la enfermedad que pueda padecer.

En esta investigación se estableció la distribución por sexo y edad, clasificación por tipo y frecuencia de estas enfermedades, por medio del análisis de las fichas clínicas de los pacientes que ingresaron a la Facultad de Odontología durante los años 1998 a 2002.

Para efectuar el análisis se utilizaron técnicas de muestreo cuyo resultado permitió determinar la frecuencia tanto a nivel de sexo como por edades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el medio de trabajo odontológico se puede presentar un paciente con alguna alteración de tipo sistémico, es deber del odontólogo conocer las enfermedades sistémicas y saber los cuidados especiales que debe tener en el manejo del paciente durante el tratamiento.

Si el paciente ignora que padece alguna enfermedad sistémica, el odontólogo deberá basarse en los signos y síntomas que el paciente pueda referir para orientar el diagnóstico de la enfermedad que pueda padecer y proceder a realizar las consultas médicas necesarias o proceder a efectuar exámenes de laboratorio para descartar cualquier enfermedad sistémica.

Actualmente no hay estudios que nos indiquen cuáles son las enfermedades sistémicas más comunes en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por lo que se imparte la docencia académica basándose en información extranjera, que no representa la realidad de Guatemala. Ante esta situación surgen ciertas interrogantes: ¿Cuáles son las enfermedades sistémicas más comunes que afectan a los pacientes que acuden a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala? ¿Con qué frecuencia se presentan? ¿Existe preferencia de estos padecimientos por sexo y edad? ¿Están estos pacientes controlados médicamente?

JUSTIFICACIONES

A la clínica odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y a las clínicas dentales privadas asisten personas en busca de tratamiento dental, algunos de los pacientes, pueden presentar alteraciones de tipo sistémico, sin embargo no hay ninguna estadística actualizada que nos indique cuáles son las enfermedades sistémicas más frecuentes y en qué porcentaje se presentan en nuestros pacientes, por lo que es necesario que, tanto el estudiante de pregrado como el profesional, tenga conocimiento de estos datos ya que como profesionales de la salud debemos estar preparados para atender todo tipo de pacientes, ya sea sanos o sistémicamente comprometidos. Al contar con la información antes descrita se podrá tener un listado de qué enfermedades sistémicas puedan ser las más comunes y estar preparado para su correcto manejo o, en el caso de que el paciente ignore si padece de una enfermedad, poder orientar el diagnóstico del trastorno en base a los signos y síntomas que pueda presentar.

Al obtener estadísticas de las enfermedades sistémicas más comunes se podrán diseñar posteriormente protocolos del manejo de pacientes, y de tratamientos de emergencia, en pacientes que no presentaron una historia médica anterior completa por falta de conocimiento de la enfermedad.

Esta investigación surgió como una necesidad del Departamento de Diagnóstico del Área de Patología para impartir el tema de Implicaciones Odontológicas de Enfermedades Sistémicas para poner énfasis en los trastornos que se presentan con más frecuencia.

REVISIÓN DE LITERATURA

- Enfermedades Sistémicas: estado anómalo del ser viviente, producido como una reacción a una alteración de diferentes índoles, que puede entorpecer, limitar o impedir la vida. Por su origen puede ser provocada por un agente externo, como microorganismo, químicos o fármacos, o tener una causa de tipo endógeno. ⁽⁸⁾

Para este estudio se consideró como trastornos al conjunto de enfermedades y de afecciones o anomalías que puedan afectar al paciente, para esto los trastornos se dividieron en: ^(4, 7)

- Trastornos cardiovasculares
- Trastornos respiratorios
- Trastornos digestivos
- Trastornos hepáticos
- Trastornos del aparato genitourinario
- Trastornos endócrinos
- Trastornos hematopoyéticos
- Trastornos hemostáticos
- Trastornos del sistema nervioso
- Trastornos infecciosos
- Trastornos inmunológicos
- Cáncer
- Trastornos dermatológicos
- Otras condiciones

▪ TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

1. INFARTO AL MIOCARDIO (1, 2, 4, 11, 12.)

a) Definición:

Un ataque cardíaco (infarto del miocardio) se presenta cuando un área de músculo cardíaco muere o se lesiona permanentemente debido a una provisión inadecuada de oxígeno a esa área. Puede manifestarse con dolor en pecho y hasta llegar a producir una muerte súbita cardíaca.

b) Etiología:

La mayoría de los ataques cardíacos son provocados por un coágulo, que se forma en una arteria coronaria que presenta un estrechamiento previo causado por cambios relacionados con aterosclerosis, bloqueando una de las arterias coronarias. El coágulo en la arteria coronaria interrumpe el flujo de sangre y oxígeno al músculo cardíaco, lo que lleva a la muerte de las células cardíacas en esa zona. El músculo cardíaco dañado pierde permanentemente la capacidad de contracción y el resto del músculo necesita compensar esa pérdida.

En raras ocasiones, el estrés súbito abrumador puede desencadenar un ataque cardíaco.

Los factores de riesgo para enfermedad de las arterias coronarias y ataque cardíaco incluyen: fumar, hipertensión (presión arterial elevada), dieta alta en grasa, niveles altos de colesterol en la sangre (LDL), diabetes, sexo masculino, edad, factores

hereditarios, niveles elevados de homocisteína y de proteína c reactiva, obesidad del tronco, etc.

c) Exámenes Complementarios:

El ataque cardíaco y la extensión de daño del corazón también se pueden evidenciar en los siguientes exámenes.

- Un electrocardiograma (ECG), único o repetido a lo largo de varias horas
- Angiografía coronaria
- Ventriculografía nuclear (MUGA o RNV)
- Ecocardiografía

Los productos derivados de la lesión cardíaca y los factores que indican alto riesgo de ataque cardíaco pueden aparecer en los siguientes exámenes:

- Troponina I y troponina T
- CK (creatinquinasa, creatinfosfocinasa) y CK-MB (Isoenzima creatinquinasa)
- Mioglobina sérica
- Deshidrogenasa láctica

d) Manifestaciones Clínicas:

El dolor en el pecho por debajo del esternón es el síntoma principal de un IM, pero en muchos casos el dolor puede ser sutil o incluso inexistente, sobre todo en los ancianos y los diabéticos, El dolor es prolongado, por lo general, más de 20 minutos Dolor parecido a la angina pero que no se alivia con el descanso ni con el uso de nitroglicerina y suele ser descrito como indigestión severa, intenso, severo, sutil o

ausente, aplastante o una gran presión, como si una banda ajustara el pecho, "un elefante sentado sobre el pecho", en ocasiones el dolor puede ser epigástrico.

Síntomas prodrómicos de fatiga también pueden predominar otros síntomas como debilidad, dificultad para respirar repentina que puede o no estar acompañada de dolor, náuseas y vómitos. Puede haber también dolor de espalda, dolor abdominal, dolor que se irradia a: pecho, brazos y hombros, cuello, dientes y mandíbula, espaldas, atontamiento, mareos, desmayos, náuseas o vómitos, hipo, diarrea, sudoración que puede ser profusa (diaforesis), boca seca, sensación de "muerte inminente", ansiedad, palpitaciones, deterioro mental, palidez, taquicardia.

Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con el ataque cardíaco son convulsiones, fatiga, respiración temporalmente ausente, dificultad respiratoria al estar acostado, presión sanguínea baja, deterioro del riego cerebral con síncope, o signos que semejan los de un accidente cerebrovascular o psicosis.

En un porcentaje bajo el ataque cardíaco puede provocar muerte súbita en los adultos.

Nota: Es posible que la persona no experimente síntomas (un "ataque silencioso").

e) Manifestaciones Bucales:

El dolor característico intenso, grave, que se irradia hacia cuello, dientes o mandíbula. Debido a los fármacos que el paciente toma puede manifestar boca seca, sensación del gusto alterado, estomatitis, sangrado postoperatorio excesivo.

2. ANGINA DE PECHO (1, 2, 4, 11, 12.)

a) Definición:

Es una manifestación clínica de coronopatía. Derivado del griego ankhein, "ahogarse". Es un síndrome clínico de dolor de pecho (precordio) causado por esfuerzo, suministro insuficiente de Sangre al músculo cardíaco, en particular durante los esfuerzos. Hoy en día suele definirse como un dolor en el pecho o cerca del mismo, molestia torácica causada por el flujo de sangre inadecuado a través de los vasos sanguíneos (vasos coronarios) del músculo cardíaco (miocardio), provocado típicamente por esfuerzo o ansiedad, y que suele durar varios minutos (generalmente 15 minutos), aliviarse con el reposo o con medicamentos dentro de un, y no originar necrosis del miocardio. El dolor torácico de una duración más prolongada o el dolor que aparece con un nivel de esfuerzo menor que antes que no se alivia con más de una tableta de nitroglicerina tomadas con una diferencia de 5 minutos y que dura más de 15 minutos, incluso en reposo, debe ser considerado una angina inestable común o incluso un ataque cardíaco.

En otras palabras, si se ha presentado un patrón de angina estable con anterioridad, el desarrollo de angina inestable se puede definir por un cambio en el patrón, frecuencia o severidad del dolor. Si no se ha presentado un patrón de angina estable con anterioridad, el comienzo de los episodios de dolor torácico también constituye angina inestable.

La angina inestable describe un síndrome que es intermedio entre la angina estable y el infarto de miocardio. La angina inestable y el infarto de miocardio se

consideran síndromes coronarios agudos; mientras que la angina estable es una condición crónica.

La angina variante es una contracción temporal, abrupta y focal (restringida a un sitio) de los músculos en la pared de una arteria en el corazón, que hace que la arteria se constriña, disminuyendo o deteniendo de esta manera el flujo de sangre a través de la misma durante el espasmo.

b) Etiología:

En personas que padecen de enfermedad de la arteria coronaria (EAC) en donde existe un estrechamiento de la arteria por placas ateromatosas, y estén en situaciones en donde se requiere que el flujo sanguíneo que llega al corazón sea incrementado, como el ejercicio, la ingestión de comidas pesadas y el estrés pueden causarles angina. Sin embargo, este estrechamiento en algunas ocasiones puede ser asintomático.

Los factores de riesgo que facilitan el desarrollo de angina son pertenecer al sexo masculino, fumar, presentar niveles de colesterol elevado (en particular, el colesterol LDL elevado y el colesterol HDL bajo), tener presión sanguínea alta, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad cardíaca coronaria antes de los 55 años de edad, estilo de vida sedentario, obesidad.

Las causas menos comunes de la angina incluyen espasmo de la arteria coronaria (también llamada Angina de Prinzmetal), enfermedades de las válvulas cardíacas, insuficiencia cardíaca, ritmos cardíacos anormales, anemia.

La causa más común de la angina inestable es la enfermedad de la arteria coronaria causada por aterosclerosis, un espasmo de la arteria coronaria es una causa poco común de angina inestable, aunque se puede presentar sin factores precipitantes,

La angina variante es un tipo de dolor torácico que probablemente implique un espasmo de la arteria coronaria, en el que el dolor de la angina se desencadena por factores más bien inusuales. Suele afectar a las mujeres menores de 50 años, aunque también afecta a los hombres.

c) Manifestaciones Clínicas:

Una sensación de rigidez, opresión, aplastamiento, quemadura, ahogamiento o molimiento, compresión fuerte o dolor torácico (usualmente es de corta duración, de 1 a 15 minutos) aplastante que es medio esternal (debajo del esternón) o un poco a la izquierda, puede irradiarse a los hombros, al brazo, a la mandíbula, al cuello, a la espalda u otras áreas, sentirse algo similar a indigestión o gases, usualmente no localizado de manera aguda, usualmente se alivia con descanso y/o nitroglicerina.

La angina inestable se diferencia de la estable en que el dolor puede presentarse en reposo, presentar condiciones nuevas de inicio o durar más que ataques previos de angina, responder menos a los medicamentos.

La angina puede estar acompañada de síncope (pérdida del conocimiento).

d) Manifestaciones Bucales:

Dolor irradiado al cuello o mandíbula generalmente del lado izquierdo.

Debido a los fármacos que el paciente toma puede manifestar boca seca, sensación del gusto alterado, estomatitis, sangrado postoperatorio excesivo.

3. SOPLOS ^(1, 2, 3, 6.)

a) Definición:

Llamados también soplos o sonidos del tórax, sonidos cardíacos anormales. Los soplos son ruidos ventosos o ásperos ocasionados por un flujo sanguíneo turbulento en o cerca al corazón. Estos ruidos son usualmente el resultado de la turbulencia del flujo sanguíneo a través de las válvulas cardíacas. Esta situación puede presentarse cuando una válvula no se cierra bien (como sucede en la regurgitación mitral) o cuando la sangre fluye a través de un orificio estrecho o de una válvula rígida (como sucede en la estenosis aórtica). Los soplos no indican necesariamente una enfermedad o trastorno, y no todos los problemas cardíacos producen soplos.

b) Etiología:

Los soplos pueden ser el resultado de Regurgitación Mitral Crónica, Regurgitación Mitral Aguda, Estenosis Mitral, Regurgitación Aórtica, Estenosis Aórtica, Estenosis Tricuspídea, Regurgitación Tricuspídea, Estenosis Pulmonar, Regurgitación Pulmonar.

Los soplos en los niños son más probablemente ocasionados por conducto arterioso persistente (PDA), defecto septal auricular (ASD), defecto septal ventricular

(VSD), coartación de la aorta, retorno venoso pulmonar anómalo. Los niños frecuentemente presentan soplos que son parte normal de su desarrollo y que no requieren de tratamiento. Algunos de estos soplos inocentes son el Soplo de Still, Murmullo Venoso, Soplos de Flujo Pulmonar.

Otros sonidos cardíacos son por la hipertrofia ventricular izquierda (agrandamiento), el estrés emocional.

c) Manifestaciones Clínicas:

En la mayoría de casos no hay síntomas, los posibles síntomas que pueden aparecer, incluso muchos años después, son fatiga, dolor de pecho, aumento en la frecuencia cardíaca, disminución en la tolerancia al ejercicio.

d) Manifestaciones Bucales:

Ninguna

4. ARRITMIAS (1, 2, 4, 5, 12.)

a) Definición:

Llamadas también Disritmias, Ritmos anormales del corazón. Es cualquier trastorno del ritmo o frecuencia cardíaca, regularidad o sitio de origen del impulso cardíaco, o un trastorno de la conducción que causa una secuencia anormal de activación. Las arritmias pueden deberse a alteraciones en la generación de impulsos,

su conducción o ambos. Las arritmias pueden clasificarse en supraventriculares y ventriculares, y subdividirse según su frecuencia en taquicardia (cuando la frecuencia es superior a 100 latidos por minuto), y bradicardia (cuando la frecuencia es inferior a 60 latidos por minuto).

b) Etiología:

Las arritmias son provocadas por una alteración del sistema normal de conducción eléctrica del corazón. La señal para la contracción cardíaca de manera sincronizada es un impulso eléctrico que se genera en el "nódulo sinoauricular" (también llamado nódulo SA) que es el marcapasos natural del cuerpo.

La señal sale del nódulo sinoauricular y viaja a través de las dos aurículas estimulándolas para que se contraigan, luego la señal pasa a través de otro nódulo (el nódulo auriculoventricular) y finalmente viaja a través de los ventrículos y los estimula para su contracción sincrónica.

Se pueden presentar problemas en cualquier lugar a lo largo del sistema de conducción, causando varias arritmias. También pueden ocurrir en el propio músculo cardíaco, ocasionando una respuesta diferente a la señal de contracción o haciendo que los ventrículos se contraigan independientemente del sistema normal de conducción.

Las arritmias pueden ser "taquicardias" (latidos muy rápidos), "bradicardias" (latidos muy lentos) y arritmias "verdaderas" (un ritmo trastornado).

Las arritmias pueden ser mortales si producen una disminución severa de la función cardíaca de bombeo. Cuando esta función disminuye significativamente por

más de unos pocos segundos, la circulación sanguínea esencialmente se detiene y pueden ocurrir daños a los órganos (como daño cerebral) en tan sólo unos minutos. Las arritmias potencialmente mortales incluyen: la fibrilación ventricular, la taquicardia ventricular que es rápida y sostenida o sin pulso, episodios sostenidos de otras arritmias.

Entre las otras arritmias están la fibrilación/flúter auricular, la taquicardia auricular multifocal, La taquicardia supraventricular paroxística, el síndrome de Wolff-Parkinson-White, la taquicardia sinusal, la bradicardia sinusal, la bradicardia asociada al bloqueo cardíaco, el síndrome del seno enfermo, los latidos ectópicos.

Las personas en mayor riesgo de sufrir arritmias y presentar complicaciones de arritmias son aquellos con antecedentes de enfermedad de la arteria coronaria o trastornos de las válvulas cardíacas, personas con desequilibrios en la química sanguínea.

Son causadas frecuentemente por emociones, fiebre, anemia, enfermedad pulmonar crónica obstructiva, embolismo pulmonar, asma, neumonía.

Las arritmias también pueden ser provocadas por algunas sustancias o medicamentos como antiarrítmicos, bloqueadores Beta, sicotrópicos, simpaticomiméticos, cafeína, anfetaminas y cocaína. Algunas veces, los medicamentos antiarrítmicos, prescritos para tratar un tipo de arritmia, realmente pueden causar otro tipo de arritmia.

c) Manifestaciones Clínicas:

Es posible que la persona no presente síntomas. Cuando los presenta puede presentar percepción de los latidos cardíacos (palpitaciones), desmayos, mareo, vértigo, dolor en el pecho, dificultad para respirar, cambios en la tasa, ritmo o patrón del pulso, palidez, ausencia temporal de respiración, pueden terminar de manera brusca.

Esto puede causar retención notable de sal y agua, produciendo edema.

Nota: El primer síntoma puede ser un paro cardíaco súbito (pérdida de latidos cardíacos) que requiere RCP.

d) Manifestaciones Bucales:

Puede presentar manifestación por los medicamentos que controlan las arritmias, estas pueden ser: la aparición de ulceraciones, xerostomía, petequias, lesiones parecidas al lupus.

5. HIPERTENSIÓN (1, 2, 4, 5, 11, 12.)

a) Definición:

Hipertensión significa presión sanguínea alta y generalmente quiere decir que la presión sanguínea sistólica (el número "superior" de la medición de la presión sanguínea que representa la presión generada cuando el corazón late) constantemente es mayor a 140; la presión sanguínea diastólica (el número "inferior" de la medición de la presión sanguínea que representa la presión en los vasos cuando el corazón está en

reposo) está constantemente por encima de 90. Uno o ambos números pueden estar demasiado altos.

La prehipertensión es cuando la presión sanguínea sistólica está entre 120 y 139 o la presión sanguínea diastólica está entre 90 y 99 en múltiples lecturas. La persona que presenta prehipertensión tiene la probabilidad de desarrollar presión sanguínea alta en algún momento. Por lo tanto, el médico recomendará los cambios que deben hacerse en el estilo de vida para reducir la presión sanguínea al nivel normal.

b) Etiología:

Hay muchos factores que pueden afectar la presión sanguínea, entre ellos: el volumen de agua en el organismo, la cantidad de sal en el cuerpo, la condición de los riñones, del sistema nervioso o de los vasos sanguíneos y los niveles de las diferentes hormonas en el cuerpo.

La hipertensión "esencial", que es la más frecuente de las hipertensiones, no tiene causa identificada; puede ser ocasionada por factores genéticos y factores ambientales, aumento de la actividad del sistema nervioso simpático (quizá relacionado con mayor exposición y/o reacción a estrés psicosocial, como el consumo de sal, entre otros.

La hipertensión "secundaria" es la presión sanguínea alta causada por algún otro trastorno como tumores de las glándulas suprarrenales, síndrome de Cushing, trastornos renales, diabetes mellitus, glomerulonefritis (inflamación de los riñones), obstrucción vascular renal o estrechamiento, insuficiencia renal, uso de medicamentos, drogas u otras sustancias químicas (fármacos como corticoesteroides, antiinflamatorios

no esteroideos, antihistamínicos, simpatomiméticos, supresores del apetito, fenotiazinas, antidepresores tricíclicos e inhibidores de la MAO), obesidad, uso de anticonceptivos orales, síndrome hemolítico-urémico, púrpura Henoch-Schonlein, periarteritis nudosa, enteritis por radiación, fibrosis retroperitoneal, tumor de Wilms, tabaquismo, anormalidad de lípidos; enfermedades como insuficiencia renal, cáncer de tiroides, feocromocitoma, hiperparatiroidismo, consumo de alcohol.

c) Manifestaciones Clínicas:

Generalmente, no se presentan síntomas, pero, ocasionalmente, la persona puede experimentar un dolor de cabeza leve. Si el dolor de cabeza es fuerte o si la persona experimenta cualquiera de los síntomas que aparecen a continuación, debe ser vista de inmediato por un médico, ya que puede ser un signo de presión sanguínea peligrosamente alta (llamada hipertensión maligna) o una complicación de dicha presión sanguínea alta, las manifestaciones pueden ser cansancio, deterioro en el estado de conciencia, confusión, cambios en la visión, náuseas, vómitos, ansiedad, transpiración excesiva, inestabilidad, nicturia, sentimientos de depresión, debilidad, calambres, poliuria, temblores musculares, dolor de pecho tipo angina (dolor en el pecho opresivo), insuficiencia cardíaca, sangre en la orina, esplenomegalia, hemorragia nasal, percepción de latidos cardíacos, zumbido o ruido en el oído, convulsiones.

d) Manifestaciones Bucales:

Los pacientes hipertensos presentan anomalías en el sistema estomatológico por los efectos de los medicamentos antihipertensivos, entre ellos: sequedad de la

boca, lengua áspera, pigmentación, sialoadenitis, úlceras labiales, lesiones tipo liquenoides, y parecidas al lupus.

6. HIPOTENSIÓN ^(1, 2, 4, 5.)

a) Definición:

Disminución en la presión sanguínea, condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual, lo que puede causar síntomas tales como vértigo y mareo. Cuando la presión sanguínea está demasiado baja, se presenta flujo insuficiente de sangre al corazón, al cerebro y a otros órganos vitales. El factor más importante es la forma como la presión varía con referencia a su condición normal. Lo que para una persona es una presión sanguínea baja, para otra puede ser normal. La mayoría de las presiones sanguíneas normales están en el rango de 90/60 mm. Hg a 130/80 mm. Hg, pero un cambio significativo, incluso de sólo 20 mm. Hg, puede causar problemas para algunas personas.

b) Etiología:

Comúnmente es causada por drogas como los medicamentos utilizados para la cirugía, agentes ansiolíticos, hipertensivos, diuréticos, medicamentos para el corazón, algunos antidepresivos, analgésicos narcóticos, alcohol, deshidratación, insuficiencia cardíaca, ataque cardíaco, cambios en el ritmo cardíaco (arritmias), síncope, shock

ocasionado por infección grave, apoplejía, anafilaxia, ataque cardíaco trauma mayor, anafilaxia (reacción alérgica potencialmente mortal).

Otra causa común de presión sanguínea baja es la hipotensión ortostática, que resulta del cambio repentino de posición corporal, normalmente de estar acostado a levantarse.

c) Manifestaciones Clínicas:

Episodios de mareo o desmayo, palidez, pérdida de conocimiento al levantarse, debilidad, disfunción eréctil en el hombre, pérdida de la sudoración, micción imperiosa, se observan heces oscuras o color marrón, dolor torácico, dificultad respiratoria, palpitaciones, fiebre superior a 101° f (38,3° c), dolor de cabeza, rigidez cervical, dolor en la parte superior de la espalda, tos productiva, diarrea o vómito prolongados, ardor al orinar, mal olor en la orina.

d) Manifestaciones Bucales:

No se registran manifestaciones bucales por hipotensión, las manifestaciones que pueden haber es debido al uso de antihipertensivos que pueden predisponer a xerostomía, úlceras, lesiones liquenoides, y a la hipotensión ortostática.

▪ **TRASTORNOS RESPIRATORIOS**

7. BRONQUITIS CRÓNICA (1, 4, 5, 9, 11, 12)

a) Definición:

Es la inflamación de los bronquios, la principal vía aérea hacia los pulmones, que se presenta durante un período largo o recurre de manera repetitiva.

Esta condición se caracteriza por la presencia excesiva de moco bronquial y tos productiva que produce esputo durante 3 meses o más por al menos 2 años consecutivos, sin la presencia de ninguna otra enfermedad que pudiera explicar dicho síntoma.

También se conoce como enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

b) Etiología:

El consumo de cigarrillos (exposición activa o pasiva) es la principal causa de esta enfermedad y los factores que la empeoran son la contaminación del aire, las infecciones, los factores familiares como los antecedentes genéticos y las alergias. Puede haber una relación con ocupaciones relacionadas con el polvo, manejo de granos y minería, contacto con gases o vapores, dióxidos de sulfuro y de nitrógeno.

La severidad de la enfermedad está relacionada con la cantidad y duración del hábito de fumar.

c) Manifestaciones Clínicas:

Tos que produce moco (esputo), que puede tener rastros de sangre, dificultad respiratoria agravada por el esfuerzo o una actividad leve, infecciones respiratorias frecuentes (como resfriados), sibilancia, fatiga, inflamación de tobillos, pies y piernas que afecta ambos lados, enrojecimiento de la cara, palmas de las manos y membranas mucosas, mejillas enrojecidas, dolores de cabeza, edema de tobillos, pies y piernas de ambos lados, anomalías de la visión.

Cuando a estos síntomas se combina el broncoespasmo se le llama bronquitis asmática.

d) Manifestaciones Bucales:

Enrojecimiento de la cara, mejillas enrojecidas, y membranas mucosas. En fumadores crónicos se puede observar manchas extrínsecas en piezas dentales, halitosis, estomatitis nicotínica, enfermedad periodontal y hasta cáncer oral.

8. BRONQUITIS AGUDA ^(4, 5)

a) Definición:

Es la inflamación aguda de los principales conductos que llevan el aire a los pulmones (los bronquios).

b) Etiología:

La bronquitis aguda suele presentarse después de una infección viral respiratoria. La infección viral (puede ser causada por un número indeterminado de virus respiratorios incluyendo los rinovirus responsables del resfriado común) produce una inflamación de los bronquios que prepara el escenario para una bronquitis y una infección bacteriana secundaria.

Los factores de riesgo son: enfermedades recientes que hayan disminuido la resistencia a la infección, una infección respiratoria viral previa, tabaquismo o problemas pulmonares crónicos.

c) Manifestaciones Clínicas:

Los primeros síntomas pueden incluir: picazón profunda en la garganta, exactamente encima del hueso esternal, que se convierte en una tos irritante y seca, dura menos de seis semanas.

A medida que progresa la infección, la tos puede volverse productiva con esputo espeso amarillento (esputo purulento), ocasionalmente teñido de sangre. Los síntomas pueden incluir: fiebre, malestar, dolor torácico y dificultad respiratoria, disnea nocturna paroxística, sibilancia, estertores, ronroneo en el pecho, escalofríos (poco común).

Los bebés, cuando resultan afectados, generalmente desarrollan otras complicaciones respiratorias como bronquiolitis o neumonía, mientras que los niños y adolescentes desarrollan los síntomas típicos de la bronquitis del adulto.

d) Manifestaciones Bucales:

Picazón profunda en la garganta, dificultad respiratoria.

9. ENFISEMA PULMONAR (1, 4, 5, 11, 12.)

a) Definición:

Es una enfermedad pulmonar que comprende daño a los sacos aéreos de los pulmones (alvéolos), haciendo que éstos no puedan desinflarse completamente (se inflan en exceso) y, por lo tanto, son incapaces de llenarse con aire fresco para garantizar una adecuada provisión de oxígeno al cuerpo, pueden tener destrucción de sus paredes y sin fibrosis evidente.

Puede ser una respuesta pulmonar a estímulos nocivos.

b) Etiología:

El consumo de cigarrillos es la causa más común del enfisema. Se cree que el humo del tabaco y otros contaminantes causan la liberación de químicos desde los pulmones que dañan las paredes alveolares. El daño empeora con el paso del tiempo, afectando el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Una sustancia que existe naturalmente en los pulmones, llamada alfa 1 antitripsina, puede proteger contra este daño, por lo cual las personas con deficiencia de alfa 1 antitripsina están en mayor riesgo de contraer la enfermedad.

c) Manifestaciones Clínicas:

Dificultad para respirar, tos crónica con o sin producción de esputo mucoso o purulento, sibilancias, hiperinflación notable, puede haber cianosis, espiración prolongada, ansiedad, pérdida de peso involuntaria, edema de tobillos, pies y piernas, fatiga.

d) Manifestaciones Bucales:

Los pacientes pueden presentar a la espiración "labios fruncidos" en un intento de impedir el colapso de los alveolos al final de la espiración. Siendo el enfisema un efecto de la progresión de bronquitis crónica, pueden mencionarse los padecimientos de una persona fumadora en donde se puede observar manchas extrínsecas en piezas dentales, halitosis, estomatitis nicotínica, enfermedad periodontal y hasta cáncer oral.

10. ASMA BRONQUIAL (1, 4, 5, 11, 12.)

a) Definición:

Llamada también Asma-bronquial inducida por el ejercicio, Enfermedad reactiva de las vías respiratorias. El asma bronquial es una enfermedad pulmonar caracterizada por ataques periódicos de obstrucción aérea, por una reacción de broncoconstricción exagerada a muchos estímulos, que induce limitación paroxística del flujo de aire, principalmente espiratoria, disnea notoria y sibilancias alternados con períodos de respiración relativamente normal.

Puede haber asma por ejercicio (disnea se da con el ejercicio), asma por aspirina (tras ingerir salicilatos), asma extrínseca (después de exponerse a un alergeno específico conocido), asma intrínseca (sin razón identificable), asma profesional (contactos profesionales que provoquen la crisis en donde el asma preexistente se exacerba).

b) Etiología:

No se conoce su causa. Se ha postulado tres relaciones posibles: la más aceptada para la obstrucción reversible y aguda de la crisis asmática es la constricción del músculo liso de las vías aéreas por liberación local de mediadores bioactivos o neurotransmisores como la acetilcolina, adenosina, histamina, cininas, leucotrienos, neuropéptidos, óxido nítrico, factor activador plaquetario (FAP); la segunda, el engrosamiento del epitelio respiratorio; y la tercera, la presencia de líquido dentro de la luz aérea.

En general, puede ser propiciado por alérgenos inhalados (desencadenantes de alergias), como la caspa de una mascota, los ácaros del polvo, las cucarachas, el moho, el polen, por infecciones respiratorias, ejercicio, aire frío, tabaco y otros contaminantes, estrés, ataques de ansiedad, factores psicógenos, alimentos, o alergias a los alimentos. Asimismo, la aspirina y otros medicamentos no esteroideos (AINES) provocan asma en algunos pacientes.

Muchas personas con asma tienen antecedentes personales o familiares de alergias, como la fiebre del heno (rinitis alérgica) o eczema, mientras que otros no tienen tales antecedentes ni evidencia de problemas alérgicos.

c) Manifestaciones Clínicas:

La mayoría de las personas con asma tienen ataques periódicos de sibilancias separados por períodos asintomáticos. Algunos asmáticos tienen dificultad para respirar con episodios en que este problema empeora, mientras que otros pueden presentar tos como el síntoma predominante. Los ataques de asma pueden durar de minutos a días y se pueden volver peligrosos si se restringe el flujo de aire de manera severa. Produciendo el sonido sibilante característico. Además, aumenta la producción de moco.

Por lo general comienza súbitamente, se compone de una serie de ataques, que pueden empeorar en la noche o en las primeras horas de la mañana, con la exposición al aire frío, o con el ejercicio.

Se puede resolver espontáneamente, el paciente mejora bastante con los broncodilatadores (medicamentos que dilatan las vías respiratorias).

La dificultad respiratoria puede ser agravada por el ejercicio, ocurrir cuando hay sibilancias, la respiración puede exigir más esfuerzo, y pueden haber retracciones intercostales.

Síntomas de emergencia: dificultad respiratoria intensa, labios y cara de color azuloso, ansiedad severa, pulso rápido, sudoración.

Otros síntomas que pueden estar asociados con esta enfermedad son: aleteo nasal, tos con expectoración sanguinolenta, dolor torácico, paro respiratorio transitorio, sensación de opresión en el pecho, aumento del diámetro antero-posterior del tórax

(tórax en tonel), patrón de respiración anormal, la exhalación se demora más del doble que la inspiración.

d) Manifestaciones Bucales:

En un ataque puede llegar a tener los labios y la cara de color azulado. Debido a que tienen dificultad para respirar, estos pacientes tienen respiración bucal, resultando alterada la altura anterosuperior o anterior completa de la cara, bóvedas palatales agrandadas, sobremordidas más acentuadas, y mordidas cruzadas. Puede haber manifestaciones bucales por los medicamentos como enfermedad periodontal o caries por el cambio de pH, pueden observarse erosiones del esmalte.

11. GRIPE ^(1, 2.)

a) Definición:

Es una infección viral contagiosa de la nariz, garganta y pulmones que se presenta a menudo en el invierno. Llamada también Influenza o insuficiencia respiratoria superior (IRS).

b) Etiología:

La influenza es una infección viral común, causada por tres tipos de virus: Influenza A, B y C. El tipo A generalmente es responsable de grandes brotes de la enfermedad y es un virus que constantemente está cambiando, regularmente

desarrollando nuevas cepas y ocasionado nuevas epidemias por cada cierto período de años. El tipo B ocasiona pequeños brotes y el tipo C generalmente causa una enfermedad leve.

Esta enfermedad se transmite de persona a persona a través de pequeñas gotas que se forman cuando alguien estornuda o tose.

Ciertos individuos están en alto riesgo de complicaciones de la influenza, incluye personas de más de 50 años; personas con diabetes o condiciones médicas que afecten el corazón, los pulmones (asma) o los riñones; trabajadores de la salud y cualquier persona con un sistema inmune debilitado (portadores de HIV). Los suministros de vacunas están limitados cada año, pero después de que se hayan vacunado las personas que se encuentran en alto riesgo, cualquier persona puede solicitar la vacuna.

c) Manifestaciones Clínicas:

Fiebre de hasta 104° f (40° c), tos, secreción nasal, dolor de cabeza, dolor muscular y rigidez, disnea (dificultad respiratoria), escalofríos, sudor, fatiga, malestar, congestión nasal, dolor de garganta, pérdida del apetito.

d) Manifestaciones Bucles:

Disfagia

▪ TRASTORNOS DIGESTIVOS

12. GASTRITIS CRÓNICA ^(1, 11, 12.)

a) Definición:

Es una inflamación de la capa superficial de la fosa gástrica, así como en la porción superior de la lámina propia que recubre el estómago que se presenta en forma gradual.

b) Etiología:

La gastritis crónica puede ser ocasionada por la irritación prolongada debido al uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), infección con la bacteria *Helicobacter Pylori*, anemia perniciosa, un trastorno autoinmune, úlcera gástrica, cáncer gástrico, en estómagos después de gastrectomía subtotal, degeneración del revestimiento del estómago por la edad, o por reflujo crónico de bilis.

La gastritis también puede ser causada por irritación que puede ser originada por: alcohol, vómito crónico, exceso de secreción de ácido gástrico (como el ocasionado por el estrés), ingestión de sustancias corrosivas o cáusticas (como las sustancias tóxicas),

c) Manifestaciones Clínicas:

Muchos individuos que padecen gastritis crónica no presentan síntomas de esta condición.

Los síntomas que pueden presentar son hipo, indigestión abdominal, pérdida del apetito, náuseas, vómitos (con sangre o con aspecto de granos de café), deposiciones oscuras, dolor abdominal en la parte superior que puede ser agravado por la comida.

Nota: es posible que no se presenten síntomas.

d) Manifestaciones Bucales:

En algunos pacientes puede haber halitosis.

13. GASTRITIS AGUDA ^(1, 11, 12.)

a) Definición:

Es una inflamación súbita de la capa superficial de la fosa gástrica, así como en la porción superior de la lámina propia que reviste el estómago debido a la infección por *Helicobacter Pylori*, o factores locales irritantes a la mucosa gástrica.

b) Etiología:

Entre las causas de la gastritis aguda se pueden mencionar el consumo de medicamentos, alcohol y sustancias corrosivas, el estrés fisiológico severo y las infecciones (por *Helicobacter Pylori* o *pampylobacter*). Con frecuencia, la gastritis aguda se asocia con una enfermedad severa aguda o con un trauma.

Los factores de riesgo son el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES sin capa entérica), el consumo de alcohol reciente y en grandes

cantidades, tabaquismo intenso, o el estrés fisiológico debido a una cirugía mayor, trauma de cabeza, quimioterápicos antitumorales, insuficiencia renal, insuficiencia hepática e insuficiencia respiratoria, radiación gástrica, envenenamiento alimentario por estafilococos enterotóxicos.

c) Manifestaciones Clínicas:

Dolor epigástrico, indigestión abdominal, pérdida del apetito, náuseas, vómito (vómito con sangre o con un material similar a granos de café), heces negras, hipo, o estómago agrio.

d) Manifestaciones Bucales:

En algunos pacientes puede haber halitos.

14. ULCERAS PÉPTICAS (1, 4, 5, 11, 12.)

a) Definición:

Es una ruptura en el tejido normal que recubre el estómago. La úlcera duodenal, es una ruptura que se presenta en el tejido normal que recubre el duodeno (la primera parte del intestino delgado), llamada también úlcera péptica, enfermedad de úlcera péptica, úlcera estomacal.

b) Etiología:

Causada por un desequilibrio entre la secreción de ácido y pepsina (una enzima) y las defensas del revestimiento de la mucosa estomacal. Esto puede llevar a que se presente inflamación y se puede precipitar por el uso de aspirina y de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como el ibuprofeno.

Las úlceras duodenales están asociadas comúnmente con la presencia de la bacteria *Helicobacter Pylori* en el estómago. Los factores de riesgo para este tipo de úlceras abarcan el Consumo de aspirina y AINES, Infección por *Helicobacter Pylori*, Gastritis crónica, Consumo de cigarrillo, Edad avanzada, cirrosis hepática, cáncer pancreático, bronquitis crónica, enfisema crónico, cálculos renales, disminución de la resistencia mucosa.

El estrés no causa ni empeora las úlceras gástricas

c) Manifestaciones Clínicas:

Es posible que no haya síntomas, y cuando hay puede haber malestar, dolor abdominal que puede despertar a la persona durante la noche, se puede aliviar con antiácidos o leche, se presenta de 2 a 3 horas después de una comida, puede empeorar por no comer; náuseas, vómito especialmente sanguinolento, heces sanguinolentas o negras (alquitranadas), indigestión abdominal, pérdida de peso, fatiga, acidez, dolor en el pecho, eructo, indigestión abdominal, saciedad inmediata e intolerancia a determinados alimentos), síndrome de colon irritable, disgastría acompañada de discinesia gástrica (gastroparesis, vaciamiento gástrico lento), o de disestesia gástrica (hipersensibilidad a la distensión gástrica o a determinados

alimentos), disnea, palpitaciones, síncope, anemia ferropénica (por la pérdida de sangre).

d) Manifestaciones Bucales:

Se puede encontrar candidiasis debido al uso de antibióticos para el tratamiento de la úlcera. También se pueden encontrar lesiones malformaciones vasculares en labio, erosión del esmalte. Pueden haber úlceras, xerostomía, caries, enfermedad periodontal y eritema multiforme asociado al uso de medicamentos para la úlcera péptica.

15. COLON IRRITABLE (1, 2, 12.)

a) Definición:

Llamado también Colitis funcional, Dispepsia funcional, Neurosis intestinal, Colon irritable, colitis espástica, reacción sicofisiológica gastrointestinal, enfermedad funcional del Intestino, Colitis por laxantes, Colitis mucosa, Indigestión nerviosa, Píloroespasmos, Colon espástico. Es un grupo de síntomas gastrointestinales para los cuales no se conoce una causa. Manifestado por dolor abdominal, flatulencias, alteraciones en las defecaciones. Dichos síntomas a menudo empeoran con el estrés emocional.

b) Etiología:

El síndrome del intestino irritable se caracteriza por una combinación de dolor abdominal y alteración de la función intestinal. Existen muchas causas posibles no establecidas en su totalidad. Por ejemplo, puede haber un trastorno en el movimiento muscular del intestino o una baja tolerancia al estiramiento y movimiento del intestino. Sin embargo, no existe anomalía en la estructura intestinal.

Los factores que predisponen esta condición pueden ser por alteraciones en la alimentación (como una dieta baja en fibra), el estrés emocional y el uso de laxantes.

c) Manifestaciones Clínicas:

Diarrea que se alterna con estreñimiento por 6 meses o más, dolor abdominal que puede iniciarse después de las comidas, aliviado por movimiento del intestino y puede ser intermitente; puede haber sensibilidad abdominal, sensación de llenura abdominal por gases, hinchazón, distensión abdominal, náuseas, vómitos, pérdida del apetito, ansiedad emocional, depresión.

d) Manifestaciones Bucles:

Ninguna

▪ TRASTORNOS HEPÁTICOS

16. HEPATITIS (4, 5, 10, 11, 12.)

a) Definición:

Es la inflamación del hígado. Los tipos específicos de hepatitis son:

- Hepatitis A: Es una inflamación (irritación e hinchazón) del hígado causada por el virus de la hepatitis A, conocida también con Hepatitis viral.
- Hepatitis B: Es una inflamación (irritación e hinchazón) del hígado causada por el virus de la hepatitis B. El hecho de tener Hepatitis B crónica aumenta el riesgo de lesión hepática permanente, incluso cirrosis (cicatrización del hígado) y cáncer de hígado.
- Hepatitis C: inflamación del hígado provocada por El virus de la hepatitis C, se conoce también como Hepatitis no A o no B.
- Hepatitis autoinmunitaria Es la inflamación del hígado causada por células inmunes anómalas que toman a la células normales del hígado por tejidos o patógenos (agentes causantes de enfermedades) extraños, llamada también Hepatitis lupoide.
- Hepatitis inducida por fármacos Es la inflamación del hígado causada por el consumo de medicamentos, conocida también como Hepatitis tóxica.
- Hepatitis alcohólica Esta enfermedad implica una inflamación aguda o crónica del hígado causada por abuso de alcohol.

b) Etiología:

- Hepatitis A: Esta enfermedad se transmite por medio de las comidas o de las aguas contaminadas o el contacto con personas infectada en el momento. El virus de la hepatitis A se aloja en las heces de una persona infectada durante el período de incubación de 15 a 45 días antes de que se presenten los síntomas y durante la primera semana de la enfermedad. La sangre y las secreciones corporales también pueden ser infecciosas.
- Hepatitis B: La hepatitis B se transmite por vía sanguínea y otros fluidos corporales y la infección se puede presentar a través de Contacto con sangre en escenarios de atención médica, lo cual pone en riesgo a médicos, enfermeras, odontólogos y otros miembros del personal médico, Relaciones sexuales sin "precaución" con una persona infectada, Transfusiones de sangre, Compartir agujas cuando se hace uso de drogas, Someterse a tatuajes o acupuntura con instrumentos contaminados, En el momento de nacer, una madre infectada puede transmitirle el virus al bebé en el momento del parto o inmediatamente después de éste.
- Hepatitis C: La infección de hepatitis C es causada por un virus (VHC) y las personas que pueden estar en riesgo de contagiarse son aquellos que: Recibieron una transfusión de sangre antes de julio de 1992, Recibieron sangre, productos sanguíneos u órganos sólidos de un donante que tiene hepatitis C, Se han inyectado drogas o han compartido agujas con alguien que tiene hepatitis C, Han estado sometidos a diálisis renal durante mucho tiempo, Como trabajadores del campo de la salud han tenido contacto frecuente con sangre en su trabajo, Han tenido relaciones sexuales con múltiples compañeros, Han tenido relaciones

sexuales con una persona que tiene hepatitis C, Han compartido elementos de uso personal, como cepillos de dientes y hojas de afeitar, con alguien que tiene hepatitis C, Han nacido de madres infectadas con hepatitis C.

- **Hepatitis autoinmunitaria:** Una persona con hepatitis autoinmune tiene autoanticuerpos circulantes en el torrente sanguíneo que hacen que el sistema inmune ataque al hígado. Hay otras enfermedades autoinmunes que pueden estar asociadas con esta enfermedad como: Tiroiditis, Diabetes mellitus tipo I, Colitis ulcerativa, Anemia hemolítica, Glomerulonefritis proliferativa. La hepatitis autoinmune algunas veces se presenta en familiares de personas con enfermedades autoinmunes, lo que sugiere una causa genética. Esta enfermedad es más común en niñas y mujeres jóvenes.
- **Hepatitis inducida por fármacos:** muchos medicamentos diferentes pueden producir problemas hepáticos. Los analgésicos y antipiréticos que contienen acetaminofén son una causa común de inflamación hepática, ya que estos medicamentos pueden causar daño hepático si se consumen en dosis no mucho mayores a las terapéuticas. Otros medicamentos problemáticos para el hígado incluyen el anestésico general halotano, metildopa e isoniazida (usada para tratar la tuberculosis), metotrexato, amiodarona y los inhibidores HMG CoA reductasa (estatinas). Hay otros medicamentos que interfieren con el flujo de bilis y pueden llevar a que se presente inflamación hepática, tales como: eritromicina, anticonceptivos orales, clorpromazina y esteroides anabólicos.
- **Hepatitis alcohólica:** La hepatitis alcohólica usualmente ocurre por el consumo excesivo de alcohol durante años. A mayor duración y cantidad del consumo de

alcohol, mayor es la probabilidad de desarrollar enfermedad hepática. La toxicidad del etanol para el hígado, la susceptibilidad individual a enfermedad hepática inducida por el alcohol y factores genéticos también contribuyen al desarrollo de la enfermedad hepática producida por el alcohol. Las mujeres pueden ser más susceptibles que los hombres. Las complicaciones graves están asociadas con enfermedad avanzada como la encefalopatía alcohólica (daño al tejido cerebral) e hipertensión portal (presión sanguínea alta en el hígado).

c) Exámenes Complementarios:

Es posible que el médico solicite exámenes de laboratorio como:

- Serología viral de la hepatitis
- Pruebas de función hepática
- Marcadores sanguíneos autoinmunes

Igualmente, se puede recomendar el ultrasonido del abdomen.

d) Manifestaciones Clínicas:

- Hepatitis A: ictericia, fatiga, pérdida del apetito, náusea y vómito, fiebre leve, heces de color arcilla o pálidas, orina oscura, prurito generalizado.
- Hepatitis B: fatiga, malestar general, dolor articular (artralgia) y fiebre baja, náuseas, vómitos, pérdida del apetito y dolor abdominal, ictericia, heces blandas y orina oscura debido al aumento de la bilirrubina.
- Hepatitis C: muchas personas que están infectadas con hepatitis c son asintomáticas. Esta enfermedad se detecta a menudo cuando se realizan exámenes

de sangre como parte de un examen físico rutinario o de otro procedimiento médico.

Se pueden presentar los siguientes síntomas: ictericia, dolor abdominal (en la parte superior derecha), fatiga, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, fiebre baja, heces color arcilla o pálidas, orina oscura, prurito generalizado.

- Hepatitis autoinmunitaria: orina oscura, pérdida del apetito, fatiga, malestar general, malestar, distensión abdominal, picazón generalizada, heces pálidas o de color arcilla, náuseas, vómitos. El síntoma adicional que puede estar asociado con esta enfermedad es la ausencia de menstruación (amenorrea).
- Hepatitis inducida por fármacos: ictericia, fatiga, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, dolor de cabeza, dolor abdominal, orina oscura, diarrea, heces pálidas o de color arcilla. Algunos pacientes pueden ser asintomáticos.
- Hepatitis alcohólica: pérdida del apetito, náuseas, abdomen inflamado o aumento de la circunferencia abdominal (por hígado agrandado), ictericia, dolor y sensibilidad abdominal, fiebre, ascitis (acumulación de líquido en el abdomen), aumento de peso involuntario (por acumulación de líquido), confusión mental, sed excesiva, boca seca, fatiga.

e) Manifestaciones Bucales:

En la hepatitis puede haber sed excesiva, boca seca, sangrado anormal, erupciones liquenoides. En la hepatitis alcohólica puede haber descuido general, sangrados anormales, equimosis, petequias, glositis, queilosis angular, deficiencia en la cicatrización, agrandamiento de la parótida, candidiasis, cáncer oral, halitosis, bruxismo, atrición dental, xerostomía.

17. CIRROSIS (1, 2, 4.)

a) Definición:

Conocida también como cirrosis del hígado o cirrosis hepática. Es el resultado de una enfermedad del hígado crónica que causa cicatrización del hígado (fibrosis, regeneración nodular) y la alteración del funcionamiento hepático apropiado; ocasionando muchas complicaciones, entre las que se pueden mencionar: acumulación de líquido en el abdomen (ascitis), trastornos en el sangrado (coagulopatía), aumento en la presión de los vasos sanguíneos (hipertensión portal), así como confusión o cambio en el nivel de conciencia (encefalopatía hepática).

b) Etiología:

La cirrosis es ocasionada por la enfermedad hepática crónica. El abuso de alcohol prolongado y la infección por hepatitis C son algunas de las causas comunes. Otras causas de cirrosis pueden ser: hepatitis B, medicamentos, inflamación autoinmune del hígado, trastornos en el sistema de drenaje del hígado (el sistema biliar) y trastornos metabólicos de hierro y cobre (hemocromatosis y enfermedad de Wilson).

c) Exámenes Complementarios:

Entre las pruebas de sangre que revelan daño hepático se encuentran:

- Anemia en un CSC

- Anomalías en la coagulación
- Enzimas hepáticas elevadas
- Bilirrubina elevada
- Albúmina sérica baja
- Radiografía abdominal que revela un hígado agrandado
- La biopsia del hígado confirma la presencia de cirrosis.

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Examen de colesterol
- Complemento
- Alfa-fetoproteína
- Renina
- Examen de magnesio sérico
- Tasa de sedimentación

d) Manifestaciones Clínicas:

Ascitis, Hinchazón de las piernas, Vómito con sangre, Confusión, Ictericia, Vasos sanguíneos pequeños, rojos y en forma de araña bajo la piel, Debilidad, Pérdida de peso, Náuseas, Vómitos, Impotencia y pérdida del interés sexual, Hemorroides sangrantes.

Síntomas adicionales que pueden asociarse con la enfermedad: Disminución del gasto urinario, Hinchazón generalizada, Heces pálidas o color arcilla, Hemorragia nasal

o encías sangrantes, Ginecomastia (desarrollo de las mamas en el hombre), Dolor abdominal, Indigestión abdominal, Fiebre.

Nota: los síntomas pueden desarrollarse gradualmente y también es posible que no se presenten.

e) Manifestaciones Bucales:

Puede presentarse gingivorragia, descuido general, sangrados anormales, equimosis, petequias, glositis, queilosis angular, deficiencia en la cicatrización, agrandamiento de la parótida, candidiasis, cáncer oral, halitosis, bruxismo, atrición dental, xerostomía.

▪ **TRASTORNOS DEL APARATO GENITOURINARIO**

18. INFECCIÓN URINARIA ^(1, 2)

a) Definición:

Infección bacteriana repetida o prolongada del riñón vejiga o el tracto urinario inferior que extraen la orina del riñón (uréteres). Puede llamarse también infección de las vías urinarias, cistitis (cuando es en las vías urinarias inferiores).

b) Etiología:

Se produce cuando el tracto urinario inferior, que se encuentra normalmente estéril, se infecta con bacterias y se inflama. En las jóvenes, las infecciones recurrentes del tracto urinario pueden ser indicativas de una anomalía en el tracto urinario, tal como el reflujo vesiculouretral y se debe consultar con el médico. En los jóvenes son extremadamente escasas a no ser que esté presente una anomalía en el tracto, un solo episodio de infección en el tracto urinario indica que hay necesidad de una evaluación médica. Las personas mayores corren un mayor riesgo de desarrollar cistitis causada por un vaciado incompleto de vejiga, lo cual está asociado a condiciones de hiperplasia prostática benigna (HPB), prostatitis y estrechez uretral. También la ausencia de una ingesta adecuada de líquidos, la incontinencia intestinal, la inmovilidad o la movilidad disminuida y el ingreso a un hogar de cuidado para personas mayores colocan a la persona en una situación de riesgo para contraer cistitis. Los agentes causantes de la infección, pueden ser enterobacterias, pseudomonas, Staphylococcus, enterococos, Escherichia coli, Staphylococcus saprophyticus, klebsiella, enterobacter proteus, salmonella, shigella.

c) Exámenes Complementarios:

El examen no es específico. Análisis de sangre normalmente revela glóbulos blancos (conteo de GB) y/o glóbulos rojos (GR). Cultivo de orina (toma limpia) o la muestra de orina cateterizada puede revelar bacterias en la orina. Un cultivo de orina positivo por más de 2 semanas a pesar del tratamiento indica IVU crónica o recurrente.

Ultrasonido abdominal o RUV (rayos X del abdomen) pueden usarse para evaluar el estado del sistema renal (riñones, uréteres y vejiga).

d) Manifestaciones Clínicas:

Presión en la parte inferior de la pelvis, dolor al orinar (disuria), micción frecuente, necesidad urgente de orinar, micción excesiva durante la noche, aspecto anormal de la orina (turbia), sangre en la orina (hematuria), olor de la orina fuerte o maloliente.

Algunos síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad son náuseas y vómito, fiebre, malestar general, fatiga, escalofríos, cambios mentales o confusión, En las personas de edad avanzada es frecuente que sean los únicos signos de una posible infección de las vías urinarias

e) Manifestaciones Bucales:

Puede haber manifestaciones a consecuencia de los antibióticos, siendo más susceptibles a un desarrollo de candidiasis.

19. LITIASIS RENAL (1, 4, 11, 12.)

a) Definición:

Condición en la cual uno o más cálculos están presentes en la pelvis, los cálices del riñón o los uréteres.

Llamada también urolitiasis, nefrolitiasis, cálculos renales, cálculos en el riñón; piedras en el riñón.

b) Etiología:

El cálculo renal se produce cuando la orina se encuentra muy concentrada y las sustancias en ella se cristalizan hasta formar cálculos.

Algunos tipos pueden estar asociados con otras condiciones como enfermedades en el intestino, la derivación ileal para la obesidad y los defectos tubulares en el riñón. La existencia de historia personal o familiar de cálculos se asocia con un riesgo aumentado de formación de cálculos. Entre otros factores de riesgo se encuentran la acidosis tubular renal y la nefrocalcinosis resultante. Es probable la recurrencia. El calcio puede combinarse con otras sustancias como el oxalato (la sustancia más común), fosfato o carbonato para formar el cálculo. El oxalato está contenido en ciertos alimentos. Las enfermedades del intestino delgado aumentan la tendencia a formar cálculos de calcio y oxalato. Los cálculos de ácido úrico también son más comunes en los hombres. Están asociados con la gota y la quimioterapia. Los cálculos de cistina pueden formarse en personas con cistinuria. Este es un trastorno hereditario que afecta tanto a hombres como a mujeres. Los cálculos de estruvita se encuentran principalmente en las mujeres como resultado de una infección en las vías urinarias. Pueden crecer hasta ser de tamaño muy grande y obstruir el riñón, los uréteres o la vejiga. Existen también otras sustancias que pueden cristalizarse, precipitarse y formar cálculos.

Otros factores que pueden predisponer a la formación de cálculos renales es el padecimiento de hiperparatiroidismo, gota, intoxicación por vitamina D, sarcoidosis, síndrome de leche y alcalinos, leucemias.

c) Manifestaciones Clínicas:

Los cálculos pueden no manifestar síntomas hasta que comienzan su descenso por el uréter, produciendo dolor. El dolor es fuerte, ubicado en el flanco y se describe a menudo como "el peor dolor jamás experimentado" o como dolor de espalda, puede ser en uno o ambos lados, progresivo, fuerte, con cólicos o espasmos, puede irradiarse más abajo del flanco, la pelvis, la ingle o los genitales. Además puede haber náuseas, vómito, necesidad urgente y frecuente de orinar (necesidad persistente de orinar), sangre en la orina, dolor abdominal, al orinar con dolor, nicturia, dificultad para orinar, puede haber dolor en el testículo, dolor inguinal, fiebre, escalofríos, color anormal en la orina (oscura o sanguinolenta).

d) Manifestaciones Bucales:

Puede haber halitosis.

20. INSUFICIENCIA RENAL (1, 4, 5, 9, 11.)

a) Definición:

Insuficiencia Renal Aguda: Es una pérdida súbita de la capacidad del riñón para excretar los residuos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que puede deberse a la obstrucción intrínseca del uréter o la uretra, o bien, ser consecutivo a la obstrucción extrínseca, por múltiples causas que originan compresión de las vías urinarias altas o bajas.

Insuficiencia Renal Crónica: La pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

b) Etiología:

Existen numerosas causas potenciales de daño a los riñones:

La disminución en el flujo sanguíneo es una de las causas del daño renal. Esto puede ocurrir cuando la presión arterial baja es extrema a causa de trauma, cirugía complicada, shock séptico, hemorragia, quemaduras y deshidratación asociada u otras enfermedades complejas o severas.

La insuficiencia renal aguda puede presentar necrosis tubular aguda (NTA) ocasionada por isquemia (disminución de oxigenación de los tejidos) o por obstrucción o angostamiento de la arteria renal, exceso de exposición a metales, disolventes, materiales de contraste radiográfico, ciertos antibióticos y otros medicamentos o sustancias, mioglobinuria (mioglobina en la orina) causada por rhabdomiólisis, abuso del alcohol, lesión por aplastamiento, necrosis (muerte de tejido) muscular por cualquier

causa, convulsiones y otros trastornos; puede presentarse después de una lesión directa al riñón, como consecuencia de infecciones como la pielonefritis aguda o la septicemia, también ser ocasionada por obstrucción del tracto urinario como el estrechamiento del mismo (estenosis), tumores, cálculos renales, nefrocalcinosis o agrandamiento de próstata con la subsecuente uropatía obstructiva aguda bilateral; síndrome nefrítico agudo severo, trastornos sanguíneos como la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), una reacción transfusional u otros trastornos hemolíticos, hipertensión maligna y trastornos ocasionados por sangrado similar al del parto y asociados con desprendimiento de placenta o placenta previa; problemas autoinmunes (como la escleroderma), síndrome hemolítico urémico es una de las causas cada vez más frecuentes de insuficiencia renal aguda en los niños pequeños, una bacteria que secreta toxina, *Escherichia coli*, que se encuentra en carnes contaminadas mal cocidas, ha sido implicada como la causante del síndrome hemolítico urémico.

La insuficiencia renal crónica avanza lenta y progresivamente. Esta condición es el resultado frecuente de cualquier enfermedad que produzca una destrucción gradual de los riñones que puede oscilar desde una disfunción leve hasta una insuficiencia renal severa, y puede darse el caso de que continúe hasta un estado terminal de enfermedad renal. La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años en los cuales las estructuras internas del riñón se van destruyendo poco a poco. Durante las etapas iniciales de la enfermedad puede que no se presenten síntomas. La progresión puede ser tan gradual que los síntomas pueden presentarse sólo cuando la función renal es ya inferior a la décima parte de la función normal. Entre las

enfermedades causantes se encuentran: glomerulonefritis de cualquier tipo (una de las causas más comunes), enfermedad poliquística del riñón, hipertensión, síndrome de Alport, nefropatía del reflujo, uropatía obstructiva, infección o cálculos en el riñón y nefropatía por analgésicos. La diabetes mellitus es una de las mayores causas de la insuficiencia renal crónica.

c) Manifestaciones Clínicas:

Insuficiencia renal aguda: disminución del gasto urinario (oliguria, anuria), micción excesiva durante la noche, edema generalizado por retención de líquidos (tobillos, pies y piernas), disminución en la sensibilidad (especialmente en las manos o en los pies), cambios en el estado mental o en el estado de ánimo, agitación, somnolencia, letargo, alucinaciones, delirio o confusión, coma, dificultad para concentrarse (déficit de la atención), convulsiones, temblor en la mano, náuseas, vómitos (con sangre), mareo matutino, sangrado prolongado (puede provocar anemia), amoratamiento fácil, heces con sangre, hemorragia nasal, crecimiento lento (niño de 0 - 5 años), dolor en el flanco, fatiga, tinnitus, mal aliento, desarrollo de mamas en los hombres, presión arterial alta.

Insuficiencia renal crónica: los síntomas iniciales, pueden ser no específicos, son pérdida de peso no intencional, náuseas, vómito, sensación de malestar general, fatiga, dolor de cabeza persistente, hipo frecuente, picazón (prurito) generalizado. Los síntomas posteriores pueden ser producción disminuida de orina o mayor volumen de orina, necesidad de micción durante la noche, se forman fácilmente magulladuras o se produce sangrado, puede haber sangre en el vómito o en las heces, agudeza mental

disminuida, somnolencia, letargo, confusión mental, delirio, coma, contorsión muscular o calambres, ataques, pigmentación aumentada de la piel (puede lucir amarillenta o marrón, escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel y por encima de ésta), sensibilidad disminuida en las manos, pies y otras zonas del cuerpo. Otros síntomas que también pueden estar asociados con esta enfermedad son micción excesiva durante la noche, sed excesiva, piel anormalmente oscura o clara, palidez, anomalías de las uñas, aliento con olor, hipertensión, pérdida del apetito, agitación.

d) Manifestaciones Bucales:

Alteraciones del gusto (disgeusia), halitosis, estomatitis urémica que puede presentarse en dos tipos, el tipo I como un engrosamiento rojo de la mucosa bucal con presencia de exudado gris espeso, pastoso y pegajoso con la aparición de seudomembranas que cubren las encías, mucosa oral y las fauces, sensación urente seca, exceso de saliva y perversión del gusto; el tipo II incluye pérdida de integridad de la mucosa con franca ulceración que frecuentemente invade las encías, puede verse también púrpura, anemia (con palidez de la mucosa gingival y oral), salivación excesiva, glositis. Puede verse también equimosis, petequias y hemorragia gingival espontánea, hormigueo o embotamiento de la lengua, pueden aparecer graves infecciones orofaciales y odontogénicas, pérdida de lámina dura, alteración del patrón trabecular y cambios en la densidad suelen ser hallazgos radiográficos.

21. GLOMERULONEFRITIS (1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13.)

a) Definición:

Es un grupo de enfermedades renales causadas por la inflamación de las estructuras internas del riñón (glomérulos). La glomerulonefritis puede ser una condición temporal y reversible o puede ser progresiva, ocasionando la destrucción de los glomérulos del riñón e insuficiencia renal crónica y enfermedad renal terminal.

b) Etiología:

La enfermedad puede ser causada por problemas específicos con el sistema inmune del cuerpo, pero se desconoce la causa exacta en la mayoría de los casos.

El daño de los glomérulos con la subsecuente filtración ineficiente ocasiona la pérdida de sangre y de proteínas en la orina. Dado que los síntomas se desarrollan gradualmente, el trastorno se puede descubrir cuando al realizar un examen físico de rutina o en un examen para otro fin, el análisis de orina resulta anormal. Esta enfermedad puede causar hipertensión y puede descubrirse únicamente como causa de una hipertensión que es difícil de controlar.

Esta condición se puede desarrollar después de sobrevivir a la etapa aguda de la glomerulonefritis rápidamente progresiva. Cerca de una cuarta parte de las personas con glomerulonefritis crónica no presentan antecedentes previos de enfermedad renal y la enfermedad aparece primero como insuficiencia renal crónica.

Algunos trastornos específicos asociados con la glomerulonefritis son: Glomerulosclerosis segmentaria focal (GSF), Síndrome de Goodpasture, Nefropatía por

IgA, Glomerulonefritis mesangial proliferativa por IgM, Nefritis por lupus, GN membranoproliferativa I, GN membranoproliferativa II, GN post-estreptocócica, Glomerulonefritis rápidamente progresiva (en media luna), Glomerulonefritis rápidamente progresiva.

c) Exámenes Complementarios:

Se puede presentar presión sanguínea alta con un análisis de orina anormal. Los exámenes de laboratorio pueden revelar anemia o indicar disminución de la función renal con azotemia (acumulación de desechos nitrogenados tales como la creatinina y la urea). Posteriormente, se pueden evidenciar signos de insuficiencia renal crónica como edema, polineuropatía y signos de sobrecarga de líquidos que incluyen ruidos anormales del corazón y de los pulmones.

Un análisis de la orina puede mostrar sangre, cilindros, proteínas o alguna otra anomalía

Una biopsia del riñón puede mostrar una de las formas de glomerulonefritis crónica o cicatrización inespecífica de los glomérulos

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes: Densidad específica de la orina, Examen de concentración de la orina, Ácido úrico en la orina, Proteína total, Glóbulos rojos en orina, Proteínas en orina, Capacidad para la eliminación de la creatinina, Creatinina en la orina, Componente 3 del complemento (C3), Complemento, BUN, Anticuerpos contra la membrana basal glomerular, Albúmina.

d) Manifestaciones Clínicas:

Puede observarse sangre en la orina (hematuria), orina oscura, de color rojizo o café, orina espumosa.

Los síntomas de la insuficiencia renal crónica que se desarrollan gradualmente son: pérdida de peso (involuntaria), náuseas, vómitos, sensación de malestar general

Fatiga, dolor de cabeza, hipo frecuente, prurito generalizado (picazón), disminución del gasto urinario, necesidad de orinar en la noche (nicturia), amoratamiento o sangrado fácil, puede haber sangre en el vómito o en las heces, disminución del estado de alerta, adormecimiento, somnolencia, letargo, confusión, delirio, coma, espasmos musculares, calambres musculares, convulsiones, aumento de la pigmentación de la piel (hiperpigmentación). La piel puede parecer amarilla o café, disminución de la sensibilidad en las manos, pies u otras áreas.

Algunos síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad son: orina en cantidad excesiva (poliuria), sangrado nasal, presión sanguínea alta.

▪ **TRASTORNOS ENDÓCRINOS**

22. HIPERTIROIDISMO (1, 4, 9, 10, 11.)

a) Definición:

Conocido también como Hiperactividad de la tiroides o tirotoxicosis. Es un desequilibrio en el metabolismo que ocurre por la sobreproducción de la hormona

tiroidea activa a los tejidos corporales debido a una hiperfunción del tiroides o de una neoplasia.

b) Etiología:

El hipertiroidismo o tirotoxicosis se produce cuando la tiroides libera cantidades excesivas de la hormona tiroidea en un período de tiempo corto (aguda) o largo (crónica).

Muchas enfermedades y condiciones pueden causar este problema, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: la enfermedad de Graves, los tumores no cancerosos de la glándula tiroidea o de la glándula pituitaria, tumores de los testículos o de los ovarios, la inflamación (irritación e hinchazón con aumento en la presencia de células inmunes) de la tiroides por una infección viral u otras causas, la ingestión de cantidades excesivas de la hormona tiroidea y la ingestión excesiva de yodo.

c) Exámenes Complementarios:

Los signos vitales (temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, presión sanguínea) muestran aumento de la frecuencia cardíaca. La presión sanguínea sistólica puede presentarse elevada. Un examen físico puede revelar el agrandamiento de la tiroides o la presencia de bocio.

Los exámenes de laboratorio que evalúan la función de la tiroides son:

- TSH sérico que se encuentra usualmente disminuido
- T3 y T4 libre que usualmente están elevados

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Vitamina B-12
- Inmunoglobulina estimulante del tiroides (TSI)
- Triglicéridos
- Captación de la resina de la triyodotironina (RT3U)
- Captación de yodo radioactivo
- Examen de glucosa
- Examen de colesterol
- Anticuerpos antitiroglobulina

d) Manifestaciones Clínicas:

Pérdida de peso, aumento del apetito, nerviosismo, inquietud, inestabilidad emocional, intolerancia al calor, aumento de la sudoración, fatiga, evacuaciones intestinales frecuentes, irregularidades en la menstruación, se puede presentar bocio (tiroides visiblemente agrandada). Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad son debilidad, dificultad para dormir, piel pegajosa, piel caliente y enrojecida, pulso saltón, náuseas y vómitos, prurito generalizado, sensación de latidos cardíacos, temblor en la mano, pérdida del cabello, diarrea, desarrollo de mamas en los hombres, presión sanguínea alta, disnea, pérdida de fortaleza, ojos protruyentes (exoftalmos).

e) Manifestaciones Bucales:

Osteoporosis, enfermedad periodontal, las caries pueden ser más extensas, pérdida prematura de piezas primarias y erupción temprana de piezas permanentes, desarrollo temprano de la mandíbula, tumor en la parte posterior de la lengua.

23. HIPOTIROIDISMO (1, 4, 9, 11.)

a) Definición:

Conocida también como Hipotiroidismo en adultos o mixedema. Es una condición en la cual la glándula tiroides no logra producir suficiente hormona tiroidea.

b) Etiología:

Los trastornos de la tiroides pueden ser producidos no sólo por defectos en la propia glándula, sino también de anomalías de la pituitaria o el hipotálamo.

El hipotiroidismo, puede causar que el ritmo del funcionamiento normal del cuerpo disminuye, causando pesadez mental y física.

Puede ser causado por la tiroiditis de Hashimoto, una enfermedad de la glándula tiroides, donde el sistema inmune del cuerpo ataca dicha glándula que puede estar asociada con anormalidades no endócrinas como la anemia perniciosa, lupus eritematoso, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, hepatitis crónica y miastenia grave; y una causa menos común es la incapacidad de la pituitaria para secretar una hormona que estimule la glándula de la tiroides (hipotiroidismo secundario). Otras

causas son: defectos congénitos, extirpación quirúrgica de la glándula tiroides, irradiación de la glándula o condiciones inflamatorias, cáncer tiroideo, deficiencia de yodo, defectos biosintéticos hereditarios, bociógenos.

Los principales factores de riesgo son: tener más de 50 años, ser mujer, ser obeso, cirugía de tiroides y exposición del cuello a tratamientos con radiación o con rayos X.

El hipotiroidismo congénito puede inducirse mediante la administración de yodo o fármacos antitiroideos a la madre.

c) Exámenes Complementarios:

Un examen físico revela relajación muscular tardía durante las pruebas de reflejos. Se puede observar palidez, piel amarilla, pérdida del borde exterior de las cejas, cabello débil y quebradizo, características faciales toscas, uñas quebradizas, hinchazón firme en brazos y piernas y lentitud mental. Los signos vitales pueden revelar ritmo cardíaco lento, presión sanguínea baja y temperatura baja.

Los rayos X de tórax pueden revelar un aumento de tamaño en el corazón.

Algunos de los exámenes de laboratorio para determinar la función tiroidea son:

- Prueba T4 (baja)
- TSH sérica (alta en el hipotiroidismo primario y baja o baja-normal en el hipotiroidismo secundario)

Entre las anomalías de laboratorio adicionales se pueden incluir:

- Niveles de colesterol altos
- Niveles altos de enzimas hepáticas

- Prolactina sérica elevada
- Sodio sérico bajo
- Un conteo sanguíneo (CSC) completo que muestra anemia

d) Manifestaciones Clínicas:

Síntomas tempranos debilidad, fatiga, intolerancia al frío, estreñimiento, aumento de peso (involuntario), depresión, dolor muscular o articular, uñas quebradizas y débiles, debilitamiento del cabello, palidez.

Síntomas tardíos discurso lento, piel escamosa y seca, engrosamiento de la piel, manos, pies y cara inflamados, disminución del sentido del gusto y el olfato, debilitamiento de las cejas, ronquera, períodos menstruales anormales.

Síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad inflamación general, espasmos musculares (calambres), dolor muscular, atrofia muscular, movimiento no coordinado, ausencia de menstruación, rigidez articular, cabello seco, pérdida del cabello, hinchazón facial, somnolencia, pérdida del apetito, inflamación de piernas, pies y tobillos, baja estatura, suturas craneales separadas, hipertensión, falta de memoria, ausencia o retraso en la formación de los dientes.

e) Manifestaciones Bucales:

Tienen un retraso o ausencia formación de los diente, fascies tosca con lengua prominente, disminución del sentido del gusto, hinchazón facial, puede presentar dolor muscular o articular, edema gingival, maloclusión.

24. HIPERPARATIROIDISMO (1, 9, 10, 11.)

a) Definición:

El término "hiperparatiroidismo" generalmente se refiere al hiperparatiroidismo primario, que es conocido como Hipercalcemia relacionada con las paratiroides, que es una producción excesiva de hormona paratiroidea, causada por el agrandamiento de una o más de las glándulas paratiroides; secundaria, llamada Enfermedad de Plummer, es el aumento de la actividad de la glándula paratiroides con producción excesiva de hormona paratiroidea como respuesta al bajo nivel de calcio sanguíneo causado por otra condición.

b) Etiología:

Las glándulas paratiroides producen la hormona paratiroidea que regula el equilibrio de calcio, fósforo y magnesio en la sangre y el hueso.

Cuando los niveles de calcio están demasiado bajos, el cuerpo responde incrementando la producción de la hormona paratiroides. Este incremento hace que se tome más calcio del hueso y que los intestinos y el riñón absorban más calcio. Cuando el nivel de calcio retorna a la normalidad, disminuye la producción de la hormona paratiroidea.

El "hiperparatiroidismo primario" es causado por el agrandamiento de una o más de las glándulas paratiroides. Los niveles altos de calcio y de la hormona paratiroidea afectan a varios sistemas corporales, incluyendo el esquelético, gastrointestinal, renal,

muscular y el sistema nervioso central. La radiación en la cabeza y en el cuello es uno de los factores de riesgo.

El "hiperparatiroidismo secundario" se presenta cuando el cuerpo produce hormona paratiroides adicional, debido a que los niveles de calcio están demasiado bajos. Esto se observa cuando los niveles de vitamina D están bajos o cuando el calcio no es absorbido por los intestinos. La corrección de los niveles de calcio y el problema subyacente llevan a los niveles de la paratiroides al rango normal. Las enfermedades que pueden precipitarlo son: osteomalacia (raquitismo), deficiencia de Vitamina D, malabsorción de vitamina D, metabolismo anormal de la vitamina D producido por drogas, desnutrición, malabsorción, toxicidad de aluminio, enfermedad renal, cáncer, la insuficiencia de fosfato puede también causar osteomalacia, calcio insuficiente en la dieta, demasiada pérdida de calcio en la orina, la insuficiencia renal crónica es un trastorno complejo, la eliminación de fosfato está deteriorada, el fosfato es liberado del hueso, la Vitamina D no se produce, la absorción intestinal de calcio es baja, los niveles sanguíneos de calcio disminuyen.

Los grupos de riesgos los conforman los niños con desnutrición y las personas de edad avanzada que se exponen poco al sol.

Cuando las glándulas paratiroides continúan produciendo demasiada hormona paratiroides a pesar de que el nivel de calcio ha retornado a su rango normal, esto se conoce como "hiperparatiroidismo terciario" y se presenta especialmente en pacientes con problemas renales.

c) Exámenes Complementarios:

- Calcio sérico elevado
- Fósforo sérico disminuido
- Fosfatasa alcalina sérica: puede estar elevada
- Aumento de la hormona paratiroidea intacta en la sangre
- Radiografía de hueso: muestra reabsorción ósea o fracturas
- Imágenes radiográficas de los riñones o uréteres: muestran calcificación u obstrucción
- Reducción de la densidad mineral ósea en una densitometría ósea (DEXA), particularmente del antebrazo
- El calcio urinario puede incrementarse

d) Manifestaciones Clínicas:

Dolor de espalda, dolor articular, incremento de la sed, prurito de la piel, visión borrosa (a causa de las cataratas).

Los signos característicos del hiperparatiroidismo primario son: fatiga, fracturas, disminución en la estatura, dolor abdominal en la parte superior, pérdida del apetito, náuseas, debilidad muscular, dolor muscular, depresión, cambios de personalidad, estupor y posiblemente coma, cálculos renales, aumento de la micción.

Los signos característicos del hiperparatiroidismo secundario son: debilidad, crecimiento deficiente, piernas arqueadas, articulaciones inflamadas, dolores y fracturas óseas, retardo en el desarrollo de los dientes.

Los pacientes con insuficiencia renal pueden presentar osteomalacia, osteoporosis o ambas y se pueden presentar dolores o fracturas óseas.

Los síntomas de malabsorción (como diarrea) o de un cáncer subyacente pueden ocurrir en pacientes con esas enfermedades.

e) Manifestaciones Bucales:

Retardo en el desarrollo de los dientes.

25. HIPOPARATIROIDISMO (1, 9, 11.)

a) Definición:

Es una deficiencia de la secreción o la acción de la Hormona paratiroidea (PTH). Este trastorno puede generar hipocalcemia e hiperfosfatemia o predisponer sólo a hipocalcemia cuando aumenta la demanda de calcio como en el embarazo.

b) Etiología:

El hipoparatiroidismo es el cuadro clínico ocasionado por la falta de hormona paratiroidea. Los niveles de calcio en la sangre disminuyen y los de fósforo aumentan.

La causa más común del hipoparatiroidismo es la lesión de las glándulas paratiroideas durante una cirugía de cabeza y cuello. Esta condición casi nunca es un efecto secundario del tratamiento del hipertiroidismo con yodo radiactivo. La secreción de la hormona paratiroidea puede verse afectada cuando los niveles de magnesio en la

sangre son bajos o cuando el pH sanguíneo es demasiado alto, condición que recibe el nombre de alcalosis metabólica. Cuando la deficiencia de PTH es permanente puede deberse a extirpación quirúrgica de la paratiroides, destrucción glandular por sobrecarga de hierro o de cobre, y a destrucción glandular por un supuesto mecanismo autoinmunitario.

El síndrome de DiGeorge es una enfermedad en los niños en la cual el hipoparatiroidismo se presenta a causa de la ausencia congénita de las glándulas paratiroides. El hipoparatiroidismo familiar se presenta con otras enfermedades endocrinas como la insuficiencia suprarrenal en un síndrome denominado síndrome autoinmune poliglandular Tipo I (PGA I).

Los factores de riesgo incluyen operación reciente de la glándula tiroides o del cuello, antecedentes familiares de trastornos de paratiroides o antecedentes de ciertos trastornos endócrinos autoinmunes tales como la enfermedad de Addison.

c) Exámenes Complementarios:

- Nivel de calcio sérico bajo
- Fósforo sérico elevado
- Disminución en el nivel de hormona paratiroidea sérica
- Disminución en el nivel de magnesio sérico (posible)
- Ocasionalmente se presenta ritmo cardíaco anormal en un ECG

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Calcio en orina
- Calcio ionizado en la sangre

d) Manifestaciones Clínicas:

Hormigueo de labios, manos y pies, calambres musculares, dolor en la cara, piernas y pies, dolor abdominal, pelo reseco, uñas quebradizas, piel seca y escamosa, cataratas, esmalte de los dientes debilitado en los niños, espasmos musculares llamados tetania que puede conducir a espasmos de la laringe con dificultad para respirar, alopecia, vitiligo, obesidad, hipogonadismo, convulsiones o ataques.

Síntomas adicionales que pueden estar asociados con la enfermedad son menstruación dolorosa, calambres de manos o pies, disminución del conocimiento, ausencia o retraso en la formación de los dientes.

e) Manifestaciones Bucales:

Puede haber alteraciones en la dentición cuando aparece en edades muy tempranas Esmalte de los dientes debilitado en los niños Ausencia o retraso en la formación de los dientes.

26. SÍNDROME DE CUSHING (1, 9, 10, 11, 13.)

a) Definición:

Llamado también Hiper cortisolismo. Es una enfermedad ocasionada por el incremento de la producción de la hormona cortisol o por el uso excesivo de ésta y otras hormonas esteroides.

b) Etiología:

La causa más común es la enfermedad de Cushing provocada por la excesiva producción de la hormona adrenocorticotrópica (HACT ó ACTH) por parte de la glándula pituitaria. La ACTH estimula glándulas suprarrenales para producir cortisol.

El síndrome de Cushing puede ser ocasionado por un tumor en la glándula pituitaria, un tumor en la glándula suprarrenal, un tumor en otro lugar (síndrome ectópico de Cushing), o por el uso prolongado de corticosteroides (drogas comúnmente utilizadas para el tratamiento de condiciones tales como artritis reumatoidea y asma).

Los factores de riesgo que ocasionan el síndrome de Cushing son: tumor suprarrenal o tumor pituitario, terapia crónica con corticosteroides y ser del sexo femenino.

c) Manifestaciones Clínicas:

Cara de luna llena (redonda, roja y llena), lomo de búfalo (una acumulación de grasa entre los hombros), obesidad central con abdomen protuberante y extremidades delgadas, aumento de peso, debilidad, dolor de espalda, dolor de cabeza, acné o infecciones superficiales de la piel, piel delgada que presenta amoratamiento con facilidad, sed, incremento de la micción, estrías color púrpura en la piel del abdomen, muslos y pechos, cambios mentales, impotencia o cese de menstruación, debilidad muscular proximal, crecimiento de vello facial (hirsutismo), depresión, euforia o psicosis.

Síntomas adicionales que pueden estar asociados con la enfermedad son el aumento de peso (involuntario), manchas rojas en la piel, enrojecimiento de la piel (rubor), atrofia muscular, fatiga, dolor o sensibilidad en los huesos, presión sanguínea alta.

d) Manifestaciones Bucales:

Hirsutismo, manchas rojas en la piel, rubor, presencia de acné en el rostro, cara de luna llena.

27. ENFERMEDAD DE ADISSON (1, 4, 9, 10, 11, 13.)

a) Definición:

Llamada también Insuficiencia adrenal, hipofunción adrenocortical o insuficiencia adrenocortical crónica. Es una deficiencia hormonal debido al daño de la capa externa de la glándula suprarrenal (corteza suprarrenal). Se manifiesta por hiperpigmentación por exceso de MSH y ACTH.

b) Etiología:

La enfermedad de Addison resulta de un daño a la corteza suprarrenal que ocasiona una disminución de la producción de la hormona adrenocortical. Dicho daño puede ser causado por lo siguiente: El sistema inmune ataca equivocadamente la

glándula (enfermedad autoinmune), Infecciones como la tuberculosis, VIH o infecciones micóticas, Hemorragia, Tumores, Uso de medicamentos anticoagulantes.

Los factores de riesgo para la enfermedad de Addison incluyen otras enfermedades autoinmunes: Diabetes mellitus tipo 1, Hipoparatiroidismo, Hipopituitarismo, Anemia perniciosa, Disfunción testicular, Enfermedad de Graves, Tiroiditis crónica, Candidiasis, Dermatitis herpetiforme, Vitiligo, Miastenia gravis. Éstas pueden ser causadas por ciertos defectos genéticos.

c) Manifestaciones Clínicas:

Debilidad extrema, fatiga y debilidad muscular, pérdida de peso involuntaria, náuseas, vómitos, diarrea crónica, pérdida del apetito, oscurecimiento de la piel (decoloración cutánea en parches), el color oscuro en algunos sitios no es natural, también puede haber palidez, lesiones en la boca, en la parte interna de la mejilla (mucosa bucal), pigmentación, movimiento lento y aletargado, cambios en la presión sanguínea o en la frecuencia cardíaca, deseo vehemente por el consumo de sal.

d) Manifestaciones Bucales:

Lesiones en mucosa bucal de carrillo. Hiperpigmentaciones en mucosa gingival y labial, susceptibles a la infección y con cicatrización retardada.

28. DIABETES MELLITUS (1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11.)

a) Definición:

Es una enfermedad vitalicia caracterizada por niveles de azúcar altos en la sangre. Puede ser causada por muy poca producción de insulina (una hormona producida por el páncreas para regular el azúcar sanguíneo), resistencia a la insulina o ambas.

Hay tres grandes tipos de diabetes:

Diabetes tipo 1: generalmente se diagnostica en la infancia. El páncreas no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de ésta para sobrevivir y, de no hacerse apropiadamente, se pueden presentar emergencias médicas. Ocurre cuando el produce muy poca hormona insulina para regular adecuadamente los niveles de azúcar de la sangre. Llamada también diabetes mellitus insulino-dependiente, diabetes de comienzo juvenil.

Diabetes tipo 2: es mucho más común que el tipo 1 generalmente se presenta en la edad adulta, enfermedad crónica. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa en la sangre normales, a menudo, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Muchas personas con este tipo de diabetes, incluso no saben que la tienen, a pesar de ser una condición grave.

La diabetes mellitus gestacional, que se presenta durante el embarazo.

Se crea resistencia a la insulina, a nivel de la grasa y las células musculares. Esto quiere decir que la insulina que el páncreas produce no se puede conectar con las

células para permitir que la glucosa entre y produzca energía, lo cual causa hiperglicemia (niveles altos de glucosa en la sangre).

Para compensar, el páncreas produce más insulina. Las células sienten este torrente de insulina y se tornan más resistentes, lo que ocasiona niveles de glucosa altos y a veces altos niveles de insulina.

b) Etiología:

Las personas con diabetes presentan altos niveles de glucosa, debido a que su páncreas no produce suficiente insulina o sus músculos, grasa y células hepáticas no responden de manera normal a la insulina, o ambos.

En la diabetes tipo I, las células beta del páncreas producen poco o nada de insulina, que permite que la glucosa entre en las células del cuerpo. Una vez que la glucosa entra en la célula, se utiliza como combustible. Sin la cantidad suficiente de insulina, la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo, en lugar de penetrar en las células. El cuerpo es incapaz de utilizarla como energía. Puede ocurrir a cualquier edad, pero frecuentemente se presenta en personas menores de 30 años. Los síntomas generalmente son severos y se desarrollan con rapidez. Las personas con esta enfermedad necesitan insulina para vivir.

La diabetes tipo II, que se relaciona con la resistencia a la insulina, la obesidad, el colesterol alto y la presión sanguínea alta. Los factores de riesgo son Antecedentes familiares de diabetes (uno de los padres o hermanos), Obesidad, Edad superior a 45 años, Ciertos grupos étnicos (particularmente afroamericanos e hispanoamericanos), Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a 4 Kg. (9 libras), Presión

sanguínea alta, los factores ambientales, nivel bajo de actividad y una dieta deficiente, Niveles altos de triglicéridos en la sangre (un tipo de molécula grasa), Nivel alto de colesterol en la sangre.

Los factores de riesgo de la diabetes gestacional son: edad avanzada de la madre, ancestro hispano o africano, obesidad, parto previo de un bebé por encima de 4 Kg. (9 lb.) de peso, muerte inexplicable de un feto o neonato, bebé anterior con una malformación congénita e infecciones recurrentes.

c) Exámenes Complementarios:

- Tipo I:

- el análisis de orina muestra la glucosa y los cuerpos cetónicos en la orina, pero se requiere un examen de sangre para el diagnóstico
- la glucosa en la sangre en ayunas es de 126 mg/dl o más
- la glucosa aleatoria (sin ayunar) en la sangre excede los 200 mg/dl (esto se debe confirmar con examen en ayunas.
- el examen de insulina (nivel bajo o indetectable de insulina)
- la prueba del péptido-C (nivel bajo o indetectable del péptido-C de la proteína, un subproducto de la producción de insulina)

- Tipo II:

- Nivel de glucosa en sangre en ayunas: se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dl en dos oportunidades.
- Nivel de glucosa en sangre aleatoria (sin ayuno): se sospecha la existencia de diabetes si los niveles son superiores a 200 mg/dl y están acompañados por los

síntomas típicos de aumento de sed, gasto urinario y fatiga. (Esta prueba se debe confirmar con otra de nivel de glucosa en sangre en ayunas.)

- Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dl luego de 2 horas.
- Gestacional:

Se realiza una prueba oral de tolerancia a la glucosa, entre las semanas 24 y 28 del embarazo.

d) Manifestaciones Clínicas:

Tipo I: aumento de la sed, micción frecuente, pérdida de peso a pesar del aumento del apetito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga, ausencia de la menstruación. A veces cetoacidosis, y hasta la muerte.

Tipo II: aumento de la sed, aumento de la orina, aumento del apetito, fatiga, visión borrosa, infecciones frecuentes y/o de curación lenta (vejiga, vagina y piel), pérdida de peso a pesar del aumento del apetito, disfunción eréctil en los hombres.

Nota: puede no haber síntomas o los mismos se pueden desarrollar lentamente.

Tipo gestacional: aumento de la sed, micción frecuente, pérdida de peso a pesar del aumento del apetito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga, infecciones frecuentes y/o de curación lenta (vejiga, vagina y piel), visión borrosa.

Nota: puede no haber síntomas o los mismos se pueden desarrollar lentamente.

e) Manifestaciones Bucales:

Enfermedad periodontal acelerada, proliferaciones gingivales, abscesos Periodontales, xerostomía, cicatrización lenta, susceptibles a infecciones, úlceras orales, candidiasis, micosis en mucosa bucal, entumecimiento, ardor o dolor en tejidos orales.

▪ **TRATORNOS HEMATOPOYETICOS**

29. ANEMIA (1, 4, 5, 9, 10, 11.)

a) Definición:

Es la disminución del número de glóbulos rojos (eritrocitos) en la sangre por debajo de lo normal.

Existen muchos tipos y causas potenciales de anemia. Las más comunes son:

Anemia por deficiencia de hierro: disminución del número de glóbulos rojos provocada por escasez de hierro. Es la forma más común de anemia.

Anemia perniciosa: tipo causada por la carencia de factor intrínseco, una sustancia que se requiere para absorber la vitamina B₁₂ del tracto gastrointestinal. Esta vitamina a su vez es necesaria para la formación de los glóbulos rojos.

Anemia aplásica: Insuficiencia de la médula ósea para producir diferentes tipos de células. Puede ser idiopática o secundaria (ó adquirida).

b) Etiología:

▪ Anemia por deficiencia de hierro:

El hierro se obtiene normalmente a través de los alimentos de la dieta y por el reciclaje de glóbulos rojos envejecidos. Sin éste, la sangre no puede transportar oxígeno de manera efectiva. Las causas de deficiencia de hierro son: muy poco hierro en la dieta, poca absorción corporal de hierro y pérdida de sangre (incluyendo el sangrado menstrual abundante) y también puede estar relacionada con la intoxicación con plomo en niños.

En general las mujeres presentan un riesgo mayor de padecer anemia. En los hombres y las mujeres posmenopáusicas, la anemia generalmente es provocada por pérdida de sangre gastrointestinal asociada con úlceras, el uso de aspirina o medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES) o a algunos tipos de cáncer (esófago, estómago, colon).

Entre los grupos de alto riesgo se encuentran mujeres en edad fértil que presentan pérdidas de sangre por la menstruación, mujeres embarazadas o lactantes con aumento de los requerimientos de hierro, lactantes, niños y adolescentes en fases de crecimiento rápido y personas con una ingesta deficiente en hierro.

▪ Anemia perniciosa:

El factor intrínseco es una proteína ligadora que es necesaria para la absorción de la vitamina B₁₂ y cuando las secreciones gástricas no tienen suficiente factor intrínseco, esta vitamina no se absorbe de manera adecuada, ocasionando así la anemia perniciosa.

Otras causas de reducciones en el nivel de factor intrínseco (y por lo tanto de anemia perniciosa) incluyen mucosa gástrica atrófica, autoinmunidad contra células parietales gástricas y autoinmunidad contra el factor intrínseco.

La ausencia del factor intrínseco en sí es la causa más común de deficiencia de la vitamina B₁₂. Dicho factor es producido por las células del interior del estómago. En adultos, la incapacidad de producir factor intrínseco puede ser el resultado de gastritis crónica o de una gastrectomía. El inicio de la enfermedad es lento y puede extenderse durante décadas.

Por lo general no aparece antes de los 30 años de edad y el promedio de edad en el momento del diagnóstico es de 60 años, las mujeres estaban levemente más afectadas que los hombres.

Los factores de riesgo son: antecedentes familiares de anemia perniciosa, ascendencia de Escandinava o de Europa nórdica y antecedentes de enfermedades endocrinas autoinmunes. La anemia perniciosa se ve en asociación con algunas enfermedades endocrinas autoinmunes, tales como diabetes tipo 1, hipoparatiroidismo, enfermedad de Addison, hipopituitarismo, disfunción testicular, enfermedad de Graves, tiroiditis crónica, miastenia gravis, amenorrea secundaria y vitiligo.

Además de la anemia perniciosa, otras causas de deficiencia de vitamina B₁₂ incluyen: Nutrición (vegetarianos estrictos sin suplemento de B₁₂, dieta pobre en el bebé o mala nutrición de la madre durante el embarazo), Infección (parásitos intestinales, infestación de bacterias), Enfermedad gastrointestinal (resección quirúrgica, enfermedad celíaca o esprue, enfermedad de Crohn), Medicamentos

(colchicina, neomicina, tratamiento para la tuberculosis con ácido paraaminosalicílico), Trastornos metabólicos (aciduria metilmalónica, homocistinuria).

Anemia perniciosa congénita se hereda como un trastorno autosómico recesivo (se necesita un gen defectuoso de ambos padres para adquirirlo) los bebés y niños han nacido sin la capacidad de producir factor intrínseco efectivo.

▪ Anemia aplásica:

La anemia aplásica idiopática es una condición que resulta de una lesión a las células germinales, células que producen otros tipos de células al dividirse. Hay una reducción en todos los tipos de células (glóbulos rojos, blancos y plaquetas) llamada pancitopenia.

La causa de la anemia aplásica idiopática se desconoce, pero se piensa que es un proceso autoinmune. Las causas de la anemia aplásica secundaria son: quimioterapia, terapia con medicamentos para suprimir el sistema inmunológico, terapia de radiación, toxinas como benceno o arsénico, drogas, embarazo, trastornos congénitos, hepatitis infecciosa y lupus eritematoso sistémico. La causa puede ser desconocida y es entonces llamada anemia aplásica idiopática.

La enfermedad puede ser aguda o crónica y siempre es progresiva. Los factores de riesgo son desconocidos.

c) Exámenes Complementarios:

• Anemia por deficiencia de hierro:

Los exámenes que pueden indicar anemia por deficiencia de hierro son:

- Hematocrito y hemoglobina bajos (mediciones de glóbulos rojos)
 - Glóbulos rojos pequeños
 - Ferritina sérica baja
 - Nivel de hierro sérico bajo
 - Capacidad total de fijación del hierro (TIBC) alta en la sangre
 - Sangre en heces (visible o microscópica)
- Anemia perniciosa:

Los exámenes que pueden indicar anemia perniciosa, entre otros, son:

- Resultados del CSC (Cuento Sanguíneo Completo) que muestran hematocrito bajo y hemoglobina con elevado MCV (cuento de glóbulos rojos bajo con glóbulos rojos de gran tamaño)
- CSC que muestra conteo sanguíneo de leucocitos y plaquetas bajos
- Conteo de reticulocitos bajo
- Examen de médula ósea (sólo es necesario si el diagnóstico no está claro)
- DHL (dehidrogenasa láctica) en suero
- Nivel de vitamina B-12 en suero por debajo del normal
- Examen de Schilling
- Medición de la holotranscobalamina II sérica
- Medición del ácido metilmalónico (MMA)

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- TIBC (capacidad total de fijación de hierro)

- Frotis periférico
 - Fosfatasa alcalina leucocitaria
 - Gastrina
 - Prueba de colesterol
 - Bilirrubina
- Anemia aplásica:
 - Los exámenes que pueden indicar anemia aplásica son:
 - Conteo de glóbulos blancos bajo
 - Conteo de reticulocitos bajo (precursores de los glóbulos rojos)
 - Conteo de plaquetas bajo
 - Biopsia de médula ósea que muestra pocos glóbulos
 - Conteo bajo de glóbulos rojos (anemia)
 - CSC muestra niveles bajos de hematócrito y hemoglobina
 - conteo de reticulocitos es bajo
 - conteo de plaquetas es bajo
 - biopsia de médula ósea es anormal
 - nivel de bilirrubina puede estar elevado
 - rayos X abdominal o TC abdominal muestra bazo agrandado

d) Manifestaciones Clínicas:

Anemia ferropénica: palidez, fatiga, falta de atención, irritabilidad, debilidad, dificultad respiratoria, dolor de lengua, uñas quebradizas y en forma de cuchara, antojos alimentarios inusuales (llamados pica), disminución del apetito (especialmente

en niños), adelgazamiento, dolor de cabeza frontal, coloración azul en la esclerótica (blanco de los ojos).

Nota: puede no haber síntomas si la anemia es leve.

Anemia perniciosa: La anemia afecta el sistema gastrointestinal, el cardiovascular, los nervios sensoriomotores, causando problemas neurológicos con el tiempo los efectos neurológicos de la deficiencia de Vitamina B₁₂ pueden verse antes de que se diagnostique la anemia. Los siguientes síntomas pueden indicar una anemia perniciosa: dificultad para respirar, fatiga, palidez, ritmo cardíaco rápido, pérdida del apetito, diarrea, hormigueo y entumecimiento de las manos y pies (parestesias), úlceras en la boca, marcha inestable especialmente en la oscuridad, problemas con la lengua, alteración del sentido del olfato, sangrado de las encías, reflejo de Babinski positivo, pérdida de los reflejos tendinosos profundos, cambios de personalidad: "locura megaloblástica".

Anemia aplásica: Fatiga, palidez, disnea, falta de aliento con el esfuerzo, debilidad, ritmo cardíaco rápido, latido irregular del corazón, erupción, magulladuras de fácil aparición, sangrado nasal, encías sangrantes, sangrado prolongado, aumento del riesgo de infección, escalofríos, fiebre, puede haber ganglios linfáticos agrandados (raro).

e) Manifestaciones Bucales:

En la anemia ferropénica hay dolor de lengua, la lengua puede estar depapilada, algunos pacientes pueden desarrollar el síndrome de Plummer-Vinson (disfagia, con llagas en la boca y aumento de riesgo de cáncer); en la anemia perniciosa pueden

haber úlceras en la boca, retardo en la cicatrización), parestesias de tejidos orales (entumecimiento, hormigueo o ardor), problemas con la lengua (con coloración roja, depapilada), sangrado de las encías, petequias, susceptibilidad a infecciones, queilosis angular; en la anemia aplásica encías sangrantes, posible ictericia.

30. LEUCEMIA (1, 4, 9, 10, 11.)

a) Definición:

La leucemia es un grupo de enfermedades de la médula ósea que implican un aumento incontrolado de glóbulos blancos (leucocitos). Las más comunes son:

- Leucemia mielógena crónica (LMC): es un cáncer maligno de la médula ósea que causa crecimiento rápido de las células productoras de sangre (conocidas como precursoras mieloides), en la médula ósea, sangre periférica y tejidos del cuerpo. Llamada también Leucemia granulocítica crónica.
- Leucemia linfocítica crónica (LLC): es una malignidad (cáncer) de los glóbulos blancos conocidos como linfocitos, caracterizada por un aumento lento y progresivo de estas células en la sangre y en la médula ósea.
- Leucemia linfocítica aguda: enfermedad maligna progresiva, caracterizada por un gran número de glóbulos blancos inmaduros semejantes a los linfoblastos que se pueden encontrar en la sangre, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos. Conocida también como leucemia infantil aguda.

- Leucemia no linfocítica aguda (LMA): Es una malignidad (cáncer) de los tejidos que forman la sangre de la médula ósea, caracterizada por la proliferación de glóbulos blancos inmaduros. Llamada también Leucemia granulocítica aguda, leucemia mieloide aguda, leucemia no linfocítica aguda.

b) Etiología:

- Leucemia mielógena crónica (LMC): La enfermedad tiende a aparecer en personas de mediana edad y en niños y está asociada con una anomalía cromosómica del llamado cromosoma Filadelfia. La exposición a radiación ionizante y al benceno son factores de riesgo conocidos.
- Leucemia linfocítica crónica (LLC): La leucemia linfocítica crónica (LLC) afecta a los linfocitos B y causa inmunosupresión, insuficiencia de la médula ósea e invasión de células malignas (cancerosas) en otros órganos. La causa de esta enfermedad se desconoce y aún no se ha determinado alguna relación con irradiación, químicos carcinogénicos o virus.
- Leucemia no linfocítica aguda (LMA): En esta condición, ciertas células sanguíneas del sistema inmune, que crecen en la médula ósea, pierden su capacidad para madurar y especializarse (diferenciación). Dichas células se multiplican rápidamente y reemplazan las células sanguíneas normales. La insuficiencia de la médula ósea se presenta cuando las células malignas reemplazan los elementos normales de la médula ósea, haciendo que la persona se vuelva susceptible al sangrado, a medida que las células normales pierden su capacidad para combatir los microorganismos y disminuyen en número. La leucemia mielógena afecta principalmente a adultos y a

niños menores de un año. La mayoría de los casos no tienen una causa aparente; sin embargo, se cree que la radiación, algunas toxinas como el benceno, y algunos agentes quimioterapéuticos (incluyendo etopósido y drogas conocidas como agentes alquilantes) ocasionan algunos tipos de leucemia, incluyendo la forma mielógena aguda. Así mismo, las anomalías genéticas pueden jugar un papel en el desarrollo de esta condición. Entre los factores de riesgo se pueden mencionar los siguientes: exposición a la radiación y químicos, inmunosupresión después de un trasplante de órganos, trastornos sanguíneos como los siguientes: policitemia vera, trombocitemia esencial, anemia que no responde al tratamiento.

c) Exámenes complementarios:

➤ Leucemia mielógena crónica (LMC):

Se pueden realizar los exámenes siguientes:

- CSC: muestra aumento en el conteo de glóbulos blancos

Una diferencial de CSC es consistente con el aumento del número de glóbulos blancos ya sean maduros o inmaduros (dependiendo de si la enfermedad se encuentra en fase crónica o fulminante)

Signos y exámenes adicionales son:

- Aspiración de médula ósea
- Presencia del cromosoma Filadelfia
- Nivel de fosfatasa alcalina leucocítica

Esta enfermedad podría alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- Nivel de vitamina B-12

- Ácido úrico
- Conteo de plaquetas

➤ Leucemia linfocítica crónica (LLC):

Hallazgos en los exámenes de laboratorio:

- Conteo de glóbulos blancos elevado en un CSC
- Citometría de flujo que revela una población anormal de glóbulos blancos
- Aspiración de médula ósea

Esta enfermedad también podría alterar los resultados de una electroforesis de proteína sérica.

➤ Leucemia linfocítica aguda:

Dentro de los exámenes de laboratorio:

- el conteo de glóbulos blancos sanguíneos es anormal.
- el CSC que muestra anemia y conteo de plaquetas bajo.
- una aspiración de médula ósea que muestra un aumento en el número de células (hipercelularidad) y un aumento de linfoblastos.

La enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- conteo de linfocitos T (timoderivados)
- estudio de antígenos de superficie celular (células B, cuadro de leucemia/linfoma)
- leucocitario diferencial

Leucemia no linfocítica aguda (LMA):

En los exámenes de laboratorio:

- el conteo de los glóbulos blancos sanguíneos puede ser alto, bajo o normal.
- un CSC que muestra anemia y el conteo de plaquetas bajo
- una aspiración de médula ósea que muestra evidencia de células leucémicas

d) Manifestaciones Clínicas:

- Leucemia mielógena crónica (LMC): fatiga, debilidad, sudoración excesiva (sudores nocturnos), fiebre baja, presión bajo las costillas izquierdas a causa de un agrandamiento del bazo, sangrado y magulladuras, súbita aparición de pequeñas marcas rojas en la piel (petequia), dolor de huesos. La fase crónica que puede durar meses o años, puede presentar o no síntomas durante la fase crónica. Los pacientes progresan de la fase crónica a una fase acelerada y más peligrosa, durante la cual las células de la leucemia crecen más rápidamente.
- Leucemia linfocítica crónica (LLC): hígado, bazo o ganglios linfáticos agrandados, fatiga, amoratamiento anormal (ocurre en la enfermedad avanzada), sudoración excesiva, sudores nocturnos, pérdida del apetito, pérdida de peso.
- Leucemia linfocítica aguda: sangrado profuso y prolongado, formación de hematomas con gran facilidad, encías sangrantes, sangrado nasal, sangrado de la piel, períodos menstruales anormales, erupción o lesión en la piel, petequias (manchas rojas puntiformes de la piel), equimosis (amoratamiento), palidez, fatiga, infección, sensibilidad del esternón, dolor óseo o sensibilidad (en el esternón), dolores en articulaciones, en la cadera, en la rodilla, en el tobillo, en el pie, sobre todo en las pequeñas articulaciones, en el hombro, en el codo, en la muñeca, en la mano especialmente en las articulaciones pequeñas, linfadenopatía

(agrandamiento de los ganglios), pérdida de peso involuntario, fiebre, inflamación de las encías, dificultad para respirar, agravada por el ejercicio, sensación táctil de los latidos cardíacos con un patrón irregular.

- Leucemia no linfocítica aguda (LMA): sangrado prolongado y formación de formación de hematomas con gran facilidad, encías sangrantes, epistaxis (hemorragia nasal), períodos menstruales anormales, erupción o lesión de la piel petequias (manchas rojas puntiformes de la piel), sangrado de la piel, equimosis (amoratamiento), fatiga, fiebre, dolor y sensibilidad ósea, pérdida de peso, encías inflamadas (poco común), dificultad para respirar que se agrava con el ejercicio, palidez.

e) Manifestaciones Bucales:

Las manifestaciones más comunes pueden ser: agrandamiento gingival, ulceraciones, infecciones orales, mucositis, reacciones de injerto contra huésped, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, equimosis, petequias, gingivorragias, lesiones en tejido óseo y blando, parestesias, candidiasis y linfadenopatía.

Leucemia linfocítica aguda: inflamación y sangrado de las encías; Leucemia no linfocítica aguda (LMA): inflamación y sangrado de las encías (poco común).

▪ TRASTORNOS HEMOSTÁTICOS

31. HEMOFILIA (1, 4, 9, 10, 11)

a) Definición:

Trastorno hereditario de la coagulación, ligado al sexo, que afecta principalmente a varones, en el cual se aumenta el tiempo necesario para la formación del coágulo sanguíneo y se presentan sangrados anormales secundarios. Pueden ser:

- Hemofilia A: Es un trastorno hereditario de la coagulación de la sangre, causado por la actividad deficiente de una proteína en el plasma denominada factor VIII, que afecta la propiedad de coagulación de la sangre. Llamada también Hemofilia clásica, hemofilia por deficiencia de factor VIII.
- Hemofilia B Es un trastorno de la coagulación sanguínea hereditario, causado por la deficiencia de una proteína en el plasma denominada factor IX, que afecta la propiedad de coagulación de la sangre, llamada también Enfermedad de Christmas, hemofilia por factor IX.
- Enfermedad de von Willebrand: Trastorno hemorrágico de origen hereditario causado por la deficiencia del factor VIII que puede ser de leve a severa, niveles bajos del antígeno relacionado con el factor VIII (sustancias necesarias para la coagulación de la sangre). Además hay insuficiencia del factor von Willebrand, que también ayuda a la coagulación sanguínea. El factor von Willebrand ayuda a que las plaquetas se adhieran a las paredes de los vasos sanguíneos y a que se adhieran unas con otras, lo cual es necesario para lograr la coagulación normal de la sangre.

b) Etiología:

- Hemofilia A: es el resultado de la deficiencia del factor VIII de la coagulación, producida por un rasgo recesivo ligado al sexo; el gen defectuoso se ubica en el cromosoma X. Las mujeres portan dos copias del cromosoma X y, por lo tanto, si el gen del factor VIII en un cromosoma está defectuoso, el gen en el otro cromosoma puede compensar. Los hombres, sin embargo, portan sólo un cromosoma X, de tal manera que si el gen del factor VIII en ese cromosoma está defectuoso, el niño desarrollará la enfermedad. Las mujeres con un gen defectuoso del factor VIII son portadoras de este rasgo. Asimismo, todas las hijas de un varón hemofílico son portadoras del rasgo. Los factores de riesgo son los antecedentes familiares de sangrados y el ser del sexo masculino.

- Hemofilia B: es causada por la deficiencia del factor IX de la coagulación, este trastorno es causado por un rasgo hereditario recesivo ligado al cromosoma sexual X, donde se localiza el gen defectuoso. Las mujeres son portadoras de dos copias del cromosoma X, de tal manera que si el gen del factor IX en uno de los cromosomas es defectuoso, el otro puede compensar. Los hombres, sin embargo, portan únicamente un cromosoma X, de tal forma que si el gen del factor IX en ese cromosoma es defectuoso, el niño desarrollará la enfermedad. Las mujeres con un gen defectuoso del factor IX son portadoras de este rasgo. El 50% de la descendencia masculina de las mujeres portadoras tendrá la enfermedad y el 50% de la descendencia femenina será portadora. Asimismo, todas las hijas de un varón

hemofílico son portadoras del rasgo. Los factores de riesgo son los antecedentes familiares de sangrado y el ser del sexo masculino.

- Enfermedad de von Willebrand: Es el trastorno hereditario de sangrado más común y afecta a ambos sexos más o menos de igual forma. Esta condición empeora con el uso de aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES). El factor principal de riesgo es un antecedente familiar de trastorno hemorrágico.

c) Exámenes Complementarios:

➤ Hemofilia A:

Los exámenes incluyen:

- TPT (Tromboplastina) prolongado
- Tiempo de protrombina normal
- Tiempo de sangrado normal
- Niveles normales de fibrinógeno
- Actividad baja del factor VIII sérico

➤ Hemofilia B:

Los exámenes incluyen:

- TPT (Tromboplastina) prolongado
- Tiempo de protrombina normal
- Tiempo de sangrado normal
- Niveles normales de fibrinógeno
- Disminución de los niveles del factor IX sérico

➤ Enfermedad de von Willebrand:

En los exámenes:

- conteo de plaquetas normal
- tiempo de sangrado prolongado
- reducción del nivel de factor von Willebrand
- disminución de la agregación plaquetaria (test de agregación plaquetaria)
- reducción del cofactor de ristocetina

Esta enfermedad también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes:

- nivel del factor VIII
- multímeros del factor de von Willebrand

d) Manifestaciones Clínicas:

- Hemofilia A: Magulladuras, sangrado espontáneo, sangrado al interior de las articulaciones asociado con dolor y edema, hemorragias del tracto gastrointestinal y urinario, sangre en la orina o en las heces, sangrado prolongado producido por heridas, extracciones dentarias y cirugía.
- Hemofilia B: sangrado nasal, magulladuras, sangrado espontáneo, sangrado dentro de las articulaciones asociado con dolor y edema, hemorragia del tracto gastrointestinal y urinario, sangre en la orina o en las heces, sangrado prolongado producido por heridas, extracciones dentales y cirugía.
- Enfermedad de von Willebrand: sangrado nasal, sangrado de las encías, sangrado menstrual anormal, magulladuras, erupción cutánea. La mayoría de los casos son

leves y el sangrado se puede presentar después de un procedimiento quirúrgico o de una extracción dental y puede disminuir durante el embarazo.

e) Manifestaciones Bucales:

- Hemofilia A: sangrado espontáneo, sangrado prolongado producido por heridas, extracciones dentarias y cirugía, hematomas.
- Hemofilia B: sangrado espontáneo, sangrado prolongado producido por heridas, extracciones dentales y cirugía, hematomas.
- Enfermedad de von Willebrand: sangrado de las encías sangrado se puede presentar después de un procedimiento quirúrgico o de una extracción dental y puede disminuir durante el embarazo, presencia de petequias, sangrado espontáneo, hematomas.

32. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA (1, 4, 9, 10, 11.)

a) Definición:

Es una enfermedad hemorrágica caracterizada por haber muy pocas plaquetas en la sangre. Esto se debe el sistema inmune está destruyendo las plaquetas por fagocitosis en el bazo, y en menor grado en el hígado. Llamada también Púrpura trombocitopénica inmune o PTI.

b) Etiología:

La enfermedad ocurre cuando las células del sistema inmune, llamadas linfocitos, producen anticuerpos contra las plaquetas. La presencia de anticuerpos en las plaquetas conlleva a su destrucción en el bazo. La PTI afecta con más frecuencia a mujeres que a hombres y es más común en niños que en adultos. No hay diferencias de sexo en los niños. Su origen es desconocido.

c) Exámenes Complementarios:

Los exámenes incluyen:

- CSC con conteo de plaquetas
- aspiración de médula ósea o biopsia
- TPT (estudios de coagulación)
- TP (estudios de coagulación)
- anticuerpos asociados a las plaquetas
- examen de acumulación de plaquetas

d) Manifestaciones Clínicas:

Magulladuras, Sangrado nasal u oral, Sangrado en la piel; erupción con petequias y pequeñas, manchas rojas, Menstruación anormalmente abundante.

e) Manifestaciones Bucales:

Sangrado nasal u oral espontáneo, sangrado prolongado después de ciertos procedimientos dentales, equimosis, hematomas, petequias en mucosas.

▪ TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO

33. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ^(1, 2, 4, 5.)

a) Definición:

Llamada también Enfermedad cerebrovascular, ACV, Infarto cerebrovascular.

Es la interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro producida por embolización de placas ateromatosas produciendo daño al tejido cerebral.

b) Etiología:

La interrupción del flujo de sangre en una arteria que irriga el cerebro puede ser provocada por placas de depósitos de grasa (aterosclerosis), sangrado o por coágulos de sangre en el cerebro. Los accidentes cerebrovasculares causados por embolia tienen como causa más común trastornos cardíacos.

Las arritmias cardíacas, como la fibrilación auricular se pueden asociar con este tipo de accidente cerebrovascular y pueden contribuir a la formación de coágulos. Otras causas de accidente cerebrovascular embólico incluyen endocarditis (una infección de las válvulas cardíacas), o el uso de una válvula cardíaca mecánica. Se puede formar un coágulo en la válvula, desprenderse y viajar hacia el cerebro.

Una segunda causa importante de accidente cerebrovascular es el sangrado en el cerebro (accidente cerebrovascular hemorrágico), que puede ocurrir cuando pequeños vasos del cerebro se debilitan y se rompen. El flujo de sangre después de la

ruptura lesiona células cerebrales. Este tipo de accidente cerebrovascular también se puede presentar si un coágulo causado por aterosclerosis u otras condiciones bloquea un vaso que luego se rompe y daña el tejido circundante.

El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta por el cigarrillo, hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y enfermedad cardíaca. Los medicamentos que fomentan la formación de coágulos (como las pastillas anticonceptivas) pueden incrementar el riesgo, especialmente si es una mujer fumadora mayor de 35 años. Las mujeres presentan un mayor riesgo de accidente cerebrovascular durante el embarazo y las semanas inmediatamente después del embarazo. La vasculitis, el lupus o la alta viscosidad sanguínea pueden contribuir al accidente cerebrovascular.

c) Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas dependen de qué tan grande sea el área afectada del cerebro y qué parte del cerebro esté lesionada. En algunos casos, es posible que las personas no se den cuenta que sufrieron un accidente cerebrovascular.

Los síntomas de accidente son, un desarrollo súbito de pérdida de movimiento (parálisis) de cualquier parte del cuerpo, debilidad, disminución de la sensibilidad, entumecimiento, hormigueo u otros cambios de sensibilidad, disminución en la visión, dificultades en el lenguaje (habla mal articulada, débil y con dificultad, incapacidad para hablar, incapacidad para entender el lenguaje hablado, puede haber dificultades para escribir o leer) incapacidad para reconocer o identificar estímulos sensoriales, que produce el "descuido" por un lado del cuerpo, pérdida de la memoria, vértigo (sensación anormal de movimiento), pérdida de coordinación, dificultad para deglutir,

cambios en la personalidad, cambios en estados de ánimo o emociones (depresión o apatía), cambios de conciencia: (somnolencia, estupor, adormecimiento, letargo, coma, pérdida del conocimiento, comportamiento poco común o extraño, desmayos), parálisis facial "cara torcida", movimientos incontrollables de los ojos, diplopía, caída de los párpados, tinnitus, babeo.

d) Manifestaciones Bucales:

Disfunción oral sensitiva que va desde una disestesia leve hasta dolor, hemiplejía, anomalías del gusto, disfunción motora oral, Parálisis facial "cara torcida", problemas de lenguaje, babeo, dificultades de deglución, episodios de atragantamiento y regurgitación nasal de los líquidos, incapacidad para controlar los músculos de la masticación.

34. PARALISIS FACIAL ^(1, 2, 4, 5.)

a) Definición:

Es la pérdida total del movimiento muscular voluntario de un lado del rostro.

Llamada también Parálisis del rostro.

b) Etiología:

En los adultos, la parálisis facial frecuentemente se debe a una parálisis de Bell. Este trastorno (probablemente producido por un virus). Las causas más comunes pueden

ser: Parálisis de Bell, Apoplejía, Tumor cerebral, Sarcoidosis, Enfermedad de Lyme, Infección, Trauma congénito (recién nacidos).

c) Manifestaciones Clínicas:

El sonido se puede percibir como más fuerte en dicho lado afectado. En la parálisis facial debido a una apoplejía, es posible que se cierre el ojo del lado afectado y que se arrugue la frente, lo cual no es probable en la parálisis de Bell. Igualmente, en el caso de una apoplejía se afectan frecuentemente otros músculos en un lado del cuerpo. La parálisis facial debido a un tumor cerebral generalmente se desarrolla de manera gradual, acompañada de dolores de cabeza, convulsiones o pérdida de la audición. En los recién nacidos, la parálisis facial puede ser secundaria a un trauma del nacimiento.

d) Manifestaciones Bucales:

Usualmente afecta a un lado de la cara, causando la caída de la comisura labial, babeo y lagrimeo excesivo. Aunque la deformación facial mejora con el tiempo, a menudo queda una deformidad permanente. Algunas veces, hay pérdida del sentido del gusto en el lado afectado del rostro.

35. EPILEPSIA (1, 2, 4, 5.)

a) Definición:

Es un trastorno cerebral que involucra convulsiones recurrentes. Llamada también crisis convulsiva. La epilepsia es un trastorno que involucra convulsiones repetidas de algún tipo. Las convulsiones ("ataques") son episodios de alteración de la función cerebral que producen cambios en la atención o el comportamiento y se producen por una excitación eléctrica anómala del cerebro.

b) Etiología:

En algunas ocasiones, las convulsiones se relacionan con una condición temporal, como exposición a drogas, supresión de algunos medicamentos o niveles anormales de sodio o glucosa en la sangre. En estos casos, es posible que las convulsiones repetidas no recurran una vez que se corrija el problema subyacente.

En otros casos, la lesión cerebral (p. Ej. Apoplejía o lesión en la cabeza) hace que el cerebro se vuelva excitable de manera anormal. En algunas personas, una anomalía hereditaria afecta las neuronas del cerebro, lo que conduce a convulsiones. En algunos casos no se puede identificar una causa.

Los siguientes factores pueden presentar un riesgo de empeorar las convulsiones en una persona con un trastorno convulsivo bien controlado con anterioridad: embarazo, falta de sueño, pasar por alto dosis de los medicamentos para la epilepsia, consumo, de alcohol u otras drogas, ciertos medicamentos de prescripción, enfermedad.

c) Exámenes Complementarios:

Los exámenes pueden incluir varias pruebas de sangre para descartar otras causas temporales y reversibles de las convulsiones, entre estos se pueden mencionar: CSC, examen de química sanguínea, glucosa en la sangre, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, exámenes para enfermedades infecciosas, análisis del LCR (líquido cefalorraquídeo).

d) Características Clínicas:

Las convulsiones generalizadas afectan todo o la mayor parte del cerebro. Entre ellas se encuentran convulsiones pequeño mal y gran mal.

- Convulsiones de pequeño mal:

Movimientos mínimos o inmovilidad (por lo general, a excepción del "parpadeo") que puede parecer una mirada en blanco, pérdida repentina y breve del conocimiento o la actividad consciente que puede durar sólo unos segundos, se repite muchas veces, ocurre más a menudo en la niñez, disminución del aprendizaje (con frecuencia se cree que el niño sueña despierto),

- Convulsiones tónico-clónicas (gran mal):

Contracciones musculares violentas de todo el cuerpo, rígido y duro, afecta una parte importante del cuerpo, pérdida del conocimiento, la respiración se suspende temporalmente y luego se "suspira", incontinencia urinaria, mordeduras en la lengua o las mejillas, confusión después de la convulsión, debilidad después de la convulsión (parálisis de Todd).

Las convulsiones parciales afectan solo una parte del cerebro. Pueden ser:

- Convulsiones parciales simples (focales):

Se manifiesta con contracciones musculares de una parte específica del cuerpo, sensibilidad anormal, puede presentarse náusea, sudoración, enrojecimiento de la piel y pupilas dilatadas, pueden presentarse otros síntomas focales (localizados).

- Convulsiones parciales complejas:

Esta se manifiestan con automatismo (ejecución automática de conductas complejas sin percepción consciente), sensibilidad anormal, puede presentarse náusea, sudoración, enrojecimiento de la piel y pupilas dilatadas, pueden presentarse otros síntomas focales (localizados), emociones recordadas o inapropiadas, cambios en la personalidad o agudeza mental, se puede perder o no el conocimiento, alucinaciones o alteraciones olfativas (olor) o gustativas (sabor), si la epilepsia está localizada en el lóbulo temporal del cerebro.

e) Manifestaciones Bucales:

Mordeduras en la lengua o las mejillas, alteraciones gustativas (sabor).

▪ **TRASTORNOS INFECCIOSOS**

36. FIEBRE REUMÁTICA (1, 11, 12.)

a) Definición:

Llamada también Fiebre Reumática Aguda. Es una enfermedad inflamatoria sistémica que se puede desarrollar después de una infección con bacterias estreptococos (como infección de garganta por estreptococos y escarlatina) y que puede involucrar el corazón, las articulaciones, la piel y el cerebro.

b) Etiología:

Reacción inmunitaria que se complica por una infección de la garganta por los Estreptococos beta hemolíticos del grupo A.

c) Exámenes Complementarios:

Debido a las diversas manifestaciones de la enfermedad, no existe una prueba específica para establecer un diagnóstico definitivo. Además de un examen físico cuidadoso en el que se preste atención a los sonidos cardíacos, a la piel y a las articulaciones; se pueden tomar muestras de sangre como parte de la evaluación. Entre éstas se incluyen pruebas para infecciones recurrentes por estreptococo (ASO - Antiestreptolisina O- o antiADNasa B), recuentos sanguíneos completos y tasa de sedimentación (ESR). También se puede hacer un electrocardiograma como parte de la evaluación cardíaca.

d) Manifestaciones Clínicas:

Fiebre, malestar general, dolor articular, artritis migratoria (que involucra principalmente las rodillas, los codos, los tobillos y las muñecas), inflamación articular, enrojecimiento y/o calor, dolor abdominal, erupción de piel (eritema marginatum) erupción cutánea en el tronco y en la parte superior de brazos o piernas puede tener apariencia de anillo o de culebra, ganglios en la piel, corea de Sydenham, inestabilidad emocional, debilidad muscular y movimientos convulsivos espasmódicos descoordinados y rápidos que afectan principalmente la cara, los pies y las manos, epistaxis (hemorragias nasales), el compromiso cardíaco puede ser asintomático o puede ocasionar dificultad respiratoria, dolor torácico, carditis (para lo cual tiene que estar presentes soplos cardíacos orgánicos que antes no estaban presentes, cardiomegalia, pericarditis o insuficiencia cardíaca congestiva), daño a las válvulas cardíacas originando incapacidad cardíaca o muerte. Puede manifestar también taquicardia y arritmias.

e) Manifestaciones Bucales:

En un porcentaje relativamente pequeño de los casos se incluyen afecciones temporales a la articulación temporomandibular, que varía desde artralgiyas, artritis aguda, incapacitante, caracterizada por tumefacción, eritema, calor, limitación importante a la movilidad, e hipersensibilidad exquisita a la presión.

Las manifestaciones bucales de corea se dan en la lengua, cuando se saca, se retrae involuntariamente, en tanto que las contracciones asincrónicas de los músculos

linguales producen un aspecto en "bolsa de Gusano". El habla suele ser cercenada o espasmódica.

37. ENDOCARDITIS INFECCIOSA (1, 2, 4, 5, 11, 12.)

a) Definición:

Es una infección del endocardio, puede afectar una válvula cardíaca, a un defecto del septo o a la pared endocárdica. Es una de las más graves de todas las infecciones, se caracteriza por la presencia de vegetaciones que son lesiones que resultan del depósito de plaquetas y fibrina en la superficie endotelial del corazón.

Puede afectar el músculo (miocarditis) y el revestimiento del corazón (pericarditis). La mayoría de las personas que desarrollan una endocarditis infecciosa tienen una enfermedad cardíaca subyacente.

b) Etiología:

La causa más frecuente es la infección ocasionada por distintas especies de bacterias, principalmente por el *Staphylococcus Aureus*, cuyas colonias microscópicas se depositan por debajo de la superficie de fibrina. Hay un organismo bucal común, el *Streptococcus viridans*, responsable de cerca de la mitad de todas las endocarditis bacterianas. Las rickettsias, clamidias, hongos, virus, *Serratia*, *Cándida* y otros; las menos comunes son las *Pseudomonas*.

Las fuentes de la infección pueden ser una bacteremia (presencia de bacterias en la sangre) transitoria, que es común durante los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico dentales, del tracto respiratorio superior, urológico y del tracto gastrointestinal inferior. La infección puede producir masas en las válvulas, en el revestimiento cardíaco y en el revestimiento de los vasos sanguíneos. Estas masas pueden desprenderse y enviar coágulos al cerebro, los pulmones, los riñones y el bazo.

Las condiciones pre-existentes que incrementan las posibilidades de desarrollar una endocarditis son: enfermedad cardíaca congénita: DTA (defecto del tabique auricular), CAP (conducto arterioso persistente), enfermedad cardíaca reumática previa, anomalías de las válvulas cardíacas (tales como una insuficiencia mitral), prótesis de válvulas cardíacas.

Dado que el *Streptococcus viridans* es un organismo común de la boca, los procedimientos dentales son la causa más común de endocarditis bacteriana, lo cual puede colocar a los niños con condiciones cardíacas congénitas en riesgo de contraer una endocarditis.

c) Exámenes Complementarios:

El examen de las uñas puede mostrar hemorragias en astilla, mientras que el examen oftalmológico puede mostrar hemorragias retinales con un área central clara, llamada manchas de Roth.

Exámenes:

- cultivos sanguíneos y pruebas de sensibilidad repetidos (#1 para detección)

- VSG (Tasa de sedimentación)
- CSC (conteo sanguíneo completo) puede revelar anemia microcítica (glóbulos rojos pequeños) de grado bajo
- ecocardiograma
- ecocardiograma transesofágico
- rayos X del tórax
- tomografía computarizada del tórax
- AEO (Antiestreptolisina O)
- Factor reumatoideo
- Proteína C

d) Manifestaciones Clínicas:

La endocarditis puede desarrollar síntomas de forma lenta (subaguda) o repentina (aguda) y la fiebre está presente en ambas. En la forma más lenta, la fiebre puede presentarse a diario durante meses, antes de que aparezcan los síntomas. Otros de los síntomas no específicos son fatiga, Debilidad, malestar (general), pérdida de peso, dolor de cabeza, escalofríos, y sudoración en las noches. A medida que la enfermedad progresa, las uñas pueden empezar a mostrar pequeñas líneas oscuras, llamadas hemorragias en astilla, lesiones cutáneas pustulosas, petequias, artralgias, mialgias (ante todo en la región sacra, lumbar y muslos), perdida de peso, debilidad, falta de aliento con la actividad, inflamación de los pies, piernas y abdomen, hematurias, nódulos intradérmicos dolorosos en las puntas de los dedos de las manos y de los pies llamados nódulos de Osler.

El médico puede escuchar soplos cambiantes y detectar un agrandamiento del bazo y anemia leve. Los soplos son causados por cúmulos de bacterias, fibrinas y detritus celulares, llamados excrecencias, que se acumulan en las válvulas cardíacas; la válvula mitral es la más comúnmente afectada, seguida de la aorta, puede haber infarto al miocardio por embolia en las coronarias.

e) Manifestaciones Bucales:

Petequias en paladar y mucosa bucal, pueden tener también una apariencia cianótica. Bacteremia (presencia de bacterias en la sangre) transitoria, que es común durante los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico dentales. A los niños con cualquier tipo de enfermedad cardíaca congénita se les deben administrar antibióticos antes de iniciar cualquier procedimiento dental.

38. TUBERCULOSIS (1, 4, 5, 11, 12.)

a) Definición:

Enfermedad por infección bacteriana crónica producida por *Mycobacterium tuberculosis*. Se caracteriza por un período de latencia prolongado entre la infección inicial y las manifestaciones clínicas en las que predomina la neumonía y una respuesta granulomatosa con inflamación y lesión de los tejidos. Compromete primero que todo los pulmones, pero luego puede extenderse a otros órganos.

b) Etiología:

La tuberculosis (TBC) puede desarrollarse cuando se inhalan pequeñas gotas de saliva que la persona contagiada con *Mycobacterium tuberculosis* expulsadas al toser o estornudar. La enfermedad se caracteriza por el desarrollo de granulomas, tumores granulares, en los tejidos infectados.

El sitio habitual de la enfermedad es el pulmón, pero también puede afectar otros órganos. La infección primaria es generalmente asintomática.

La TBC pulmonar se desarrolla en pocas personas cuyo sistema inmune no destruye la infección primaria. La enfermedad puede aparecer unas semanas después de la infección o puede permanecer latente por años, antes de manifestarse. Los niños, los adultos mayores y las personas que están inmunocomprometidas, como los enfermos de SIDA, los que han recibido quimioterapia o quienes han sufrido trasplantes y toman medicamentos antirrechazo, tienen alto riesgo de desarrollar la enfermedad o reactivar la condición latente. En la TBC pulmonar, la diseminación de la enfermedad puede variar de un nivel mínimo de invasión a una invasión masiva, pero si no hay una terapia efectiva, la enfermedad se vuelve progresiva.

El riesgo de contraer TBC aumenta con el contacto frecuente con personas que padecen la enfermedad y por condiciones de vida insalubres o de hacinamiento, así como una dieta pobre.

El tratamiento incompleto para las infecciones de TBC, por ejemplo, no tomar los medicamentos durante el tiempo prescrito, puede contribuir a la proliferación de cepas de bacterias resistentes a la droga. Las personas con el sistema inmunológico afectado por el SIDA casi siempre tienen un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa ya

sea por la exposición nueva a la TBC o a la reactivación de la micobacteria en estado latente. Además, sin la ayuda de un sistema inmunológico activo, el tratamiento es más difícil y la enfermedad más resistente a la terapia.

c) Exámenes Complementarios:

Los exámenes generalmente son:

- Radiografía y TC de tórax
- Cultivo de esputo
- Prueba de la tuberculina en la piel
- Broncoscopia
- Toracentesis

En raras ocasiones, se requiere biopsia del tejido afectado (particularmente de pulmones, pleura o ganglios linfáticos).

d) Manifestaciones Clínicas:

Poca fiebre, Tos mínima, al principio seca, pero posteriormente conlleva cantidades crecientes de secreción purulenta y Sangre; mientras avanza la enfermedad es mas común; diaforesis, malestar general, fatiga, anorexia, perdida de peso, eritema nodoso, dolor precordial no pleurítico y disnea. Puede diseminarse y formar tuberculosis en otros órganos, ganglios cervicales (aumentan de tamaño), pericardio (fiebre, dolor torácico, con o sin taponamiento cardíaco, disnea, tos, hinchazón de tobillos, distensión de venas del cuello, cardiomegalia), peritoneo (fiebre dolor abdominal, ascitis, perdida de peso, anorexia, sudores nocturnos), riñones (disuria,

nicturia, urgencia en la micción, hematuria, fiebre), genitales masculinos (epidimitis que aparece como masa indolora o dolorosa que puede desarrollar secreción), genitales femeninos (dolor abdominal, secreción vaginal, trastornos menstruales), huesos y articulaciones (dolor, limitación del movimiento, artritis tuberculosa), meninges.

e) Manifestaciones Bucales:

Ulceras tuberculosas irregulares con un borde socavado, con fondo purulento, tejido adyacente indurado; se encuentran de forma típica en unión mucocutánea, pueden haber lesiones en lengua (la más frecuente), mucosa bucal, paladar, encía, labios, gingivitis nodular eritematosa tuberculosa, osteomielitis tuberculosa de maxilares (raro), tuberculosis en glándulas salivares principalmente parótida (se presentan como tumores libres al movimiento), linfadenitis cervical tuberculosa (ganglios submaxilares y cervicales afectados)

39. NEUMONIA (1, 4, 5, 11, 12.)

a) Definición:

Es una inflamación de los pulmones causada por una infección bacteriana, viral o micótica. Conocida también como neumonitis, bronconeumonía, neumonía adquirida en la comunidad, pulmonía.

b) Etiología:

Muchos organismos diferentes pueden causar la neumonía y el caso más común son las bacterias, siendo el estreptococo pneumoniae (neumococo), el estreptococo del grupo a y el estafilococo áureo, la bacteria más comúnmente involucrada en los casos de adultos; los virus y los hongos también pueden producir neumonía.

c) Exámenes Complementarios:

Los exámenes incluyen radiografía de tórax, tinción de gram y cultivo de esputo, CSC, gases arteriales.

d) Manifestaciones Clínicas:

Tos con expectoración mucosa, verdosa o purulenta, escalofríos con temblor, fiebre, fatiga fácil, dolor torácico agudo o punzante que se intensifica con la respiración profunda y aumenta con la tos, dolor de cabeza, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, molestia general, inquietud sensación de enfermedad (malestar), rigidez articular (raras veces), rigidez muscular (raras veces).

Síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad: dificultad respiratoria, sudoración excesiva, piel fría y húmeda, aleteo nasal, tos sanguinolenta, respiración acelerada, ansiedad, estrés y tensión, dolor abdominal.

40. AMIGDALITIS ^(1, 2.)

a) Definición:

Es la inflamación de las amígdalas.

b) Etiología:

Las amígdalas son ganglios linfáticos que se encuentran en la parte de atrás de la boca y parte de arriba en la garganta y normalmente ayudan a eliminar las bacterias y otros microorganismos para prevenir infecciones en el cuerpo. Pueden ser invadidas por bacterias o infecciones virales al punto de inflamarse, causando una amigdalitis. La infección también puede estar presente en la garganta y áreas circundantes, causando una faringitis. La amigdalitis es extremadamente común, sobre todo en los niños.

c) Manifestaciones Clínicas:

Irritación de la garganta, persistente por más de 48 horas, posiblemente severo, dificultad al deglutir, dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, sensibilidad de la mandíbula y la garganta, cambios en la voz, pérdida de la voz. Puede complicarse y desarrollar faringitis bacteriana, faringitis viral, deshidratación por la dificultad para deglutir líquidos, obstrucción de las vías respiratorias por agrandamiento de las amígdalas, absceso periamigdalino o absceso en otras partes de la garganta, fiebre reumática y trastornos cardiovasculares consecuentes, insuficiencia renal, glomerulonefritis posestreptocócica.

d) Manifestaciones Bucales:

Dificultad al deglutir, sensibilidad de la mandíbula, amígdalas visibles y agrandadas que por lo general están enrojecidas y pueden tener manchas blancas, los ganglios linfáticos de la mandíbula y el cuello pueden estar agrandados.

41. GONORREA (1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13.)

a) Definición:

Es una enfermedad de transmisión sexual principalmente, conocida comúnmente como enfermedad de la purgación, causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* y que afecta el aparato genitourinario de la persona.

b) Etiología:

Causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae* un Diplococo aerobio gramnegativo. La gonorrea es una de las enfermedades infecciosas bacterianas más comunes y se transmite con mayor frecuencia durante las relaciones sexuales, a través del sexo vaginal, oral y anal. Dentro de los factores de riesgo para contraer la enfermedad se pueden mencionar: múltiples compañeros sexuales, compañero sexual con antecedentes de haber padecido cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS) y sexo sin protección (sin el uso del condón o del condón femenino).

c) Exámenes Complementarios:

Se puede tomar un frotis de la secreción uretral que luego se tiñe y se examina al microscopio. Dentro de las células presentes en dicha descarga se observan los organismos *Neisseria gonorrhoeae*.

Dentro de los exámenes que se realizan están:

- Tinción de gram del flujo uretral (Hombres)
- Cultivo del flujo uretral para gonorrea (Hombres)
- Cultivo rectal
- Tinción de gram cervical (Mujeres)
- Cultivo endocervical para gonorrea (Mujeres)
- Cultivo de garganta con aplicador
- Aspiración de lesiones cutáneas

d) Manifestaciones Clínicas:

En los hombres puede haber aumento de la frecuencia urinaria o urgencia urinaria, incontinencia, secreción uretral, dolor al orinar, lesiones eritematosas y edematosas en el pene (alrededor de la uretra), sensibilidad testicular, puede afectar la próstata, fiebre.

En las mujeres, puede haber secreción vaginal y hemorragia menstrual anormal, dolor o sensación urente durante la micción, dificultad para iniciar la micción, dolor de garganta, relación sexual dolorosa, úlceras orales, puede afectar las trompas de Falopio.

En infecciones gonocócicas faríngeas en algunos hay faringitis exudativa con adenopatía cervical; y en las infecciones gonocócicas rectales, algunos casos pueden ser asintomáticos o hasta tener proctitis grave, con tenesmo, y exudado mucopurulento, Sanguinolento.

En niños, los recién nacidos de madres con gonorrea cervicovaginal pueden padecer conjuntivitis gonocócica, también pueden presentar infección faríngea, respiratoria o rectal y desarrollar una sepsis gonocócica.

e) Manifestaciones Bucales:

Puede haber presencia de úlceras orales, dolor de garganta con o sin infección, estomatitis, formación de una placa pseudomembranosa en la orofaringe.

42. SÍFILIS (1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13.)

a) Definición:

Llamada también LUES, es una infección crónica congénita o de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. Se distingue de las demás enfermedades infecciosas por su gran variedad de cuadros clínicos.

b) Etiología:

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*, la cual penetra en la piel lesionada o las membranas mucosas. Su

transmisión se presenta con más frecuencia por contacto sexual y se puede también transmitir al feto durante cualquier etapa del embarazo.

c) Exámenes Complementarios:

Las pruebas diagnósticas adecuadas para la enfermedad dependen de cada una de las etapas y pueden incluir: examen en campo oscuro de la lesión primaria (en sífilis primaria); pruebas sanguíneas como VDRL o RPR y FTA-ABS (examen de fluorescencia para absorción de anticuerpos del treponema) y en el caso de neurosífilis, se requiere de punción espinal para elaborar el diagnóstico y luego VDRL y/o FTA-ABS.

d) Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas de la enfermedad dependen de cada una de las etapas, un gran número de afectados puede no presentar síntomas.

En la etapa primaria, aparecen úlceras indoloras llamadas chancros (generalmente unitarios aunque pueden ser múltiples) de 2 a 3 semanas después de la primera exposición. Es posible que algunas personas con sífilis primaria no se percaten de los chancros ni tengan síntomas asociados con los mismos, en especial si los chancros están ubicados en el recto, el cérvix o boca, además presentan agrandamiento de ganglios linfáticos cerca del área ulcerada. Dichos chancros suelen desaparecer en un período de 4 a 6 semanas.

La segunda etapa de la enfermedad, la sífilis secundaria, la cual suele presentarse de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras lesiones que,

en algunos casos, pueden aún seguir presentes. La sífilis secundaria es la etapa en la cual las bacterias se han extendido al torrente sanguíneo logrando su más alto número. Los síntomas más comunes son: erupción en la piel, cuya apariencia puede variar y con frecuencia involucra las palmas de las manos y las plantas de los pies; además Condiloma lato, pápulas coalescentes que forman una placa gris y blanca usualmente en la boca, áreas de pliegues como la ingle, los genitales, las axilas y debajo de las mamas (parches en la mucosa); inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, fatiga, cefalalgia, faringitis, malestar general, pérdida del apetito y pérdida de peso, y dolores persistentes y pasajeros en los huesos, puede haber pérdida del cabello (alopecia). En menor porcentaje puede manifestarse hepatitis, artritis, periostitis con lesiones óseas líticas diseminadas, neuropatía de tipo complejo inmunitario con síndrome nefrótico pasajero, iritis o uveítis anteriores, pleocitosis en el LCR, meningitis sintomática, síntomas de gastritis. Esta es la etapa más contagiosa de la enfermedad y su resolución usualmente dura desde semanas hasta un año; luego le sigue una fase latente asintomática, que se puede prolongar por años.

La etapa final es llamada sífilis terciaria (sífilis terciaria) y se caracteriza por comprometer el cerebro o el sistema nervioso central, meninges, cerebro, médula espinal y sistema ocular o auditivo (neurosífilis), el compromiso cardiovascular con inflamación de la aorta (aortitis o aneurismas) y sífilis gomosa (lesiones destructivas de la piel, los huesos o hígado).

Sífilis Congénita: dependiendo de la magnitud de la infección el feto muere in útero o poco después del nacimiento. Si sobrevive, aparece exantema maculopapular difuso, hay osteocondritis y pericondritis generalizada, destrucción del vómer de la nariz

(causando la deformidad en silla de montar), convexidad anterior típica de las tibias en sable, fibrosis que puede afectar cualquier órgano corporal, suelen quedar afectados el hígado y los pulmones, los ojos suelen mostrar queratitis intersticial o coroiditis. En la vida adulta puede manifestar síntomas de sífilis terciaria, formación de gomas y aparición frecuente de neurosífilis.

e) Manifestaciones Bucales:

Posibles chancros en mucosas bucales, lengua alrededor de los labios, en la etapa primaria.

Lesiones maculares de color rosado inicial alrededor de la boca, en la etapa secundaria. Exantema popular en cara simulando acné vulgar. Lesiones alrededor de folículos pilosos originando alopecia en placas de la barba, lesiones anulares alrededor de la cara (en particular en personas de raza negra). Inflamación de paladar y faringe. Puede presentar la llamada placa mucosa, que es un área oval levemente elevada, cubierta de una membrana blanca grisácea, que cuando se desprende deja una base rosada sin hemorragia que se puede observar en lengua u otra parte de la boca, esta es muy infecciosa, glositis intersticial.

En la etapa terciaria puede haber aparición de Goma (destrucción de tejido en forma ulcerosa).

En la sífilis congénita las malformaciones dentales crean incisivos con muescas cuneiformes (incisivos hutchinsonianos), y molares en mora.

43. CONDILOMA ACUMINADO (4, 5, 11.)

a) Definición:

Llamado también verruga venérea, condiloma acuminado, virus del papiloma humano (VPH), verrugas del pene, Condiloma. Enfermedad viral de la piel caracterizada por una protuberancia verrugosa blanda en los genitales, transmitida por contacto sexual.

b) Etiología:

Causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Se han clasificado y enumerado más de setenta tipos de VPH. Varios tipos, entre ellos el 6, el 11 y el 42 están asociados con verrugas genitales levantadas, rugosas, fácilmente visibles (especialmente en mujeres). Otros tipos se asocian con verrugas planas. Lo que es más importante, varios tipos se asocian con cambios pre-malignos y malignos en el cuello uterino (frotis de Papapanicolaou anormal) y comprenden los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 y 52. Se ha demostrado que la presencia conjunta del VPH y del virus del herpes es un buen indicador de riesgo de cáncer cervical.

Los factores de riesgo para verrugas genitales son, entre otros, tener múltiples compañeros sexuales, tener compañeros que no sean conocidos, iniciar temprano la actividad sexual, tabaquismo, estado nutricional, condiciones hormonales, estrés e infecciones virales concurrentes (como influenza, VIH, Epstein Barr y herpes).

En niños, aunque el virus se puede transmitir sexualmente, es posible la transmisión no sexual, particularmente si el niño aún utiliza pañales. La presencia de verrugas genitales (condiloma acuminado) debe plantear el interrogante de abuso sexual.

c) Manifestaciones Clínicas:

Tumores elevados de apariencia "verrugosa" o de coliflor en los genitales o alrededor del ano, elevadas de color carne, úlceras genitales (en la mujer y en el hombre), aumento de la humedad en el área de los crecimientos, prurito del pene, escroto, área anal o prurito vulvar, aumento del flujo vaginal, sangrado vaginal anormal (no asociado con un período menstrual) después de relaciones sexuales (postcoital).

Nota: con frecuencia es asintomático.

d) Manifestaciones Bucales:

Presencia de lesiones verrugosas en boca, las cuales son extremadamente infecciosas.

44. HERPES GENITAL (1, 4, 5, 9, 10, 11.)

a) Definición:

Llamado también Herpes simple genital, herpes virus 2, HSV-2. Es una infección viral de transmisión sexual caracterizada por episodios repetidos de erupciones de

vesiculoulcerosas pequeñas, dolorosas, en los genitales, alrededor del recto o cubriendo áreas adyacentes de la piel.

b) Etiología:

El herpes es causado por dos virus llamados virus herpes simple tipo 1 (VHS-1) y virus herpes simple tipo 2 (VHS-2).

El VHS-1 es el virus responsable de las úlceras del resfriado común y puede transmitirse a través de las secreciones orales durante los besos y al comer y beber con utensilios contaminados. Puede producir herpes genital a través de la transmisión durante el sexo oro-genital, por lo que ambas cepas del virus pueden transmitirse por contacto sexual. Sin embargo, la infección inicial del herpes oral generalmente ocurre en la niñez y, por lo tanto, no se clasifica como una enfermedad de transmisión sexual.

El VHS-2 produce la mayor parte del herpes genital. Se puede transmitir a través de secreciones orales o genitales. Dado que el virus se transmite en las secreciones de las mucosas oral o genital los sitios más comunes de infección en el hombre son el cuerpo y la cabeza del pene, el escroto, la cara interna de los muslos y el ano, mientras que en la mujer son los labios, la vagina, el cuello uterino, el ano y la cara interna del muslo. La boca también puede ser un sitio de infección en ambos sexos.

La transmisión del virus puede ocurrir incluso en ausencia de enfermedad clínica; de modo tal que un compañero sexual sin lesiones obvias de herpes genital, puede transmitir la enfermedad.

c) Manifestaciones Clínicas:

Para personas sin contacto previo con el VHS-1 ó 2 la infección inicial se caracteriza por fiebre, malestar, dolores musculares (mialgia) y disminución del apetito. Aparición de ampollas, previamente con aumento en la sensibilidad de la piel, hormigueo, sensación de quemadura, prurito o dolor en el sitio donde aparecerán las ampollas. La piel puede enrojecerse y luego aparecer una erupción con pequeñas ampollas múltiples (vesículas) llenas de un líquido claro de color fresa. Luego se rompen las ampollas lo que produce úlceras superficiales que son muy dolorosas, las cuales finalmente forman costra y sanan lentamente durante un período de 7 a 14 días. El brote puede estar acompañado por aumento de tamaño y sensibilidad de los ganglios linfáticos de la ingle. Las mujeres también pueden desarrollar flujo vaginal y micción dolorosa (disuria). Los hombres desarrollan disuria si la lesión se encuentra cerca del orificio de la uretra.

Una vez que una persona está infectada, el virus se esconde dentro de las células nerviosas dificultando al sistema inmune su detección y destrucción, permaneciendo latente durante un tiempo prolongado que se denomina latencia. La infección se puede reactivar en cualquier momento y en este punto el individuo desarrolla de nuevo ampollas sobre los genitales, ano, cara interior del muslo o boca. Una variedad de hechos pueden desencadenar la activación de la infección latente que comprenden irritación mecánica, estrés, menstruación y fatiga.

Los ataques recurrentes se pueden presentar tan rara vez como uno al año o tan frecuentemente que los síntomas parecen continuos. Las infecciones recurrentes en los

hombres generalmente son más leves o de duración más corta que las experimentadas por las mujeres.

d) Manifestaciones Bucales:

Pueden aparecer lesiones bucales como gingivoestomatitis, vesículas y úlceras en región labial, puede haber contagio por autoinoculación del virus de los dedos a lesiones abiertas en mucosa oral.

45. SIDA (1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12.)

a) Definición:

Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, enfermedad caracterizada por inmunosupresión profunda con infecciones oportunistas, es una enfermedad al menos moderadamente predictiva de un defecto en la inmunidad celular. Es la etapa final y más grave de la enfermedad del VIH, la cual produce daño severo al sistema inmune. Condición que comienza cuando una persona con infección por VIH tiene un conteo de células CD4 (también denominadas "células t", un tipo de célula inmune) por debajo de 200.

b) Etiología:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca el sistema inmune y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de enfermedades y cánceres potencialmente mortales.

Las bacterias, levaduras y virus comunes, que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con un sistema inmunológico sano, pueden provocar enfermedades fatales en las personas con SIDA.

Se ha comprobado el contagio a otras personas a través de sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.

La transmisión del virus ocurre durante el contacto sexual, ya sea oral, vaginal o anal, por vía sanguínea, mediante transfusiones o al compartir una misma aguja, de la madre al niño, una mujer embarazada puede transmitir de manera pasiva el virus a su feto o una madre lactante puede transmitirlo a su bebé.

Hay otros métodos de transmisión menos comunes como una lesión accidental con una aguja (aunque esta teoría es bastante controversial todavía), inseminación artificial por un semen donado y a través de un órgano donado. La infección por VIH no se propaga por contacto casual (como un abrazo o por el tacto), por tocar platos, perillas de las puertas o asientos de sanitarios que han sido tocados con anterioridad por una persona infectada con el virus, ni durante la participación en deportes ni por mosquitos.

Son parte del grupo con mayor riesgo los hombres homosexuales o bisexuales que tienen relaciones sexuales sin protección, los consumidores de drogas intravenosas que comparten las agujas, los compañeros sexuales de personas que

participan en actividades de alto riesgo, niños nacidos de madres con VIH y personas que recibieron transfusiones sanguíneas entre 1977 y 1985 (antes del establecimiento de las evaluaciones estándar para buscar el virus en la sangre).

c) Exámenes Complementarios:

El ELISA se emplea como una prueba de tamizaje. Un resultado positivo no significa necesariamente que la persona ha estado expuesta al virus del VIH, ya que hay ciertas condiciones que pueden llevar a que se presenten resultados falsos positivos como la enfermedad de Lyme, la sífilis o el lupus.

Una prueba ELISA positiva siempre va seguida de una prueba confirmatoria llamada Western blot, que de ser positivo es generalmente considerada como concluyente para una infección del VIH; mientras que el negativo no necesariamente la descarta, debido a que existe un intervalo entre la infección del VIH y la aparición de anticuerpos anti-VIH medibles (conocido como "período de ventana inmunológica"). Por lo tanto, si se sospecha que una persona tenga la infección aguda o la infección primaria por VIH y que por ende esté en el período de ventana inmunológica, un ELISA y un Western blot negativos no descartan este diagnóstico. Es necesario entonces realizar otras pruebas adicionales con carga viral de VIH o la prueba de antígeno p24.

d) Manifestaciones Clínicas:

El SIDA comienza con una infección de VIH. Es posible que las personas infectadas con el VIH no presenten síntomas durante 10 años o más, aunque sí pueden

transmitir la infección a otros durante este período asintomático. Entre tanto, su sistema inmune se va debilitando gradualmente hasta cuando desarrollan el SIDA.

La infección aguda de VIH progresa con el tiempo a una infección asintomática de VIH y luego a infección sintomática temprana con VIH. Posteriormente progresa a SIDA (infección por VIH muy avanzada con conteo de células T por debajo de 200).

Hay un pequeño grupo de pacientes en los que el SIDA evoluciona muy lentamente o simplemente no evoluciona; estos son los llamados no-progresadores y muchos parecen tener una diferencia genética que evita que el virus se adhiera a ciertos receptores inmunes.

Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de las infecciones que no se desarrollan normalmente en personas con un sistema inmunológico sano. Estas son llamadas "infecciones oportunistas".

Los síntomas comunes son fiebre, sudoración (particularmente en la noche), glándulas inflamadas, Sarcoma de Kaposi, escalofríos, diarreas, debilidad y pérdida de peso.

Las infecciones oportunas que pueden presentar son por el virus del herpes simple, causa úlceras en la boca o en los genitales y se presenta con más frecuencia y severidad que en ocasiones anteriores; Tuberculosis, infección con la bacteria de la tuberculosis que afecta predominantemente los pulmones; Mughet oral o vaginal, infección por hongos en la boca o en los genitales; Herpes zoster, úlceras sobre una determinada parte de la piel causadas por este virus; Linfoma no Hodgkin, cáncer de los ganglios linfáticos; Neumonía por *Pneumocystis carinii*, neumonía PCP; Esofagitis por *Cándida* infección dolorosa del esófago causada por hongos; Meningitis por

Cryptococcus, infección del cerebro por este hongo; Demencia por SIDA, deterioro y disminución de las funciones mentales causadas por el VIH en sí; Encefalitis por toxoplasmosis, infección del cerebro causada por este parásito que se encuentra frecuentemente en heces de gato; Leucoencefalopatía multifocal progresiva, una enfermedad viral del cerebro causada por un virus (llamado el virus JC), que causa un declive rápido de las funciones cognitivas y motoras; Síndrome de desgaste, pérdida de peso extrema y anorexia causadas por el VIH; Micobacterium avium, una infección de la sangre causada por una bacteria relacionada con la tuberculosis; Infección por citomegalovirus, una infección viral que puede afectar casi cualquier órgano o sistema, especialmente los ojos; también pueden presentar linfoma de Burkitt.

e) Manifestaciones Bucales:

Úlceras en la boca causado por el virus del herpes simple; puede presentar lesiones ulcerosas en mucosas por Tuberculosis; Muguet oral, infección por hongos en la boca o en los genitales; Herpes zoster, úlceras sobre una determinada parte de la piel (pueden aparecer en cara) causadas por este virus; Esofagitis por Cándida, infección dolorosa del esófago causada por hongos; Sarcoma de kaposi, en mucosa palatal, encías o en cara, linfoma no Hodgkin, candidiasis oral, linfadenopatía, leucoplasia vellosa, xerostomía, agrandamiento de glándulas salivales, verrugas venéreas, periodontitis ulceronecrotizante aguda, estomatitis necrosante, aftas orales, equimosis.

46. HERPES ZOSTER (1, 4, 7, 9, 10.)

a) Definición:

Es una infección viral aguda localizada, cutánea causada por la reactivación del virus varicela zoster, que normalmente, después de un ataque inicial de varicela se encuentra latente en ganglios que son sensibles y que ocasiona una erupción ampular dolorosa.

b) Etiología:

El herpes zoster o herpes es causado por el mismo virus que provoca la varicela, Virus Varicela Zoster. Después de un episodio de varicela, el virus se vuelve inactivo en el cuerpo, reside en estado letárgico en los tractos nerviosos que emergen de la médula espinal. Cuando se reactiva, se disemina a lo largo del tracto nervioso, causando primero dolor o sensación de quemadura. El herpes zoster ocurre como resultado de la reaparición del virus después de muchos años. La causa de la reactivación generalmente se desconoce pero parece estar asociada con el envejecimiento, situaciones de estrés alto o aquellas en las que se altera el sistema inmune y a menudo sólo ocurre un ataque y no se repite. El herpes zoster puede ser contagioso por contacto directo para un individuo que no haya tenido varicela y por consiguiente no tiene inmunidad. El herpes zoster puede atacar a cualquier edad, pero es más común en adultos mayores de sesenta años, niños que tuvieron varicela antes de un año de edad o individuos cuyo sistema inmune está debilitado (como por medicamentos o por enfermedad). Las personas cuyo sistema inmune se ha debilitado

(inmunodeprimidas) debido a un trasplante de órganos o tratamiento para el cáncer también están en riesgo.

c) Manifestaciones Clínicas:

Síntomas de alarma de dolor unilateral, hormigueo o sensación de quemadura limitados a una parte específica del cuerpo: el dolor y la sensación de quemadura pueden ser intensos, enrojecimiento de la piel (eritema) seguido de aparición de ampollas (vesículas), ampollas pequeñas (vesículas), agrupadas, densas, profundas, que supuran y hacen costra.

Otros síntomas que pueden estar asociados con esta enfermedad son: fiebre, escalofríos, sensación de malestar general, inflamación de los ganglios linfáticos, trastornos de la visión, anomalías en el gusto, párpado caído (ptosis), pérdida del movimiento del ojo (oftalmoplejía), pérdida de la audición, dolor articular, lesiones genitales (mujeres u hombres), dolor abdominal. Si afecta la medula espinal puede presentar disfunción vesical, debilidad de extremidades inferiores, alteraciones sensitivas.

Las lesiones aparecen a lo largo de un solo dermatoma (área corporal atendida por un sólo nervio espinal) y suelen ser unilaterales. El tronco es el área más comúnmente afectada, mostrando un cinturón de erupción rectangular desde la columna vertebral, alrededor de un lado del tórax hasta el esternón. La enfermedad puede, en ocasiones, involucrar los genitales o la parte superior de la pierna.

El herpes puede complicarse con una condición conocida como neuralgia posherpética, que es una persistencia del dolor en el área donde ocurrió el herpes

después del episodio inicial, que puede durar desde meses hasta años después del episodio inicial. Este dolor puede ser lo suficientemente severo como para incapacitar a la persona. Los ancianos presentan un mayor riesgo de esta complicación.

d) Manifestaciones Bucales:

Las lesiones también pueden aparecer en el trayecto del nervio trigémino en la cara, puede producir lesiones en la boca o en los ojos y las lesiones en los ojos pueden llevar a ceguera permanente (si no se tratan) y requieren atención de emergencia. El compromiso del nervio facial puede causar el síndrome de Ramsay Hunt con parálisis facial, pérdida de la audición, pérdida del gusto en la mitad de la lengua (en sus dos tercios anteriores) y lesiones de piel alrededor de la oreja y del canal auditivo, vértigo.

47. DENGUE (1, 4, 7, 9, 10.)

a) Definición:

Es una infección grave, potencialmente mortal, que se presenta cuando alguien con inmunidad para un tipo de virus de dengue se infecta con otro tipo diferente. Se propaga por ciertos mosquitos, *Aedes aegypti*, que pican principalmente durante el día. Ver también fiebre por dengue. Llamada también Dengue hemorrágico; síndrome de shock por dengue; fiebre hemorrágica filipina; fiebre hemorrágica tailandesa; fiebre hemorrágica Singapur; fiebre quiebrahuesos.

b) Etiología:

Cuatro diferentes virus de dengue han estado implicados tanto en la fiebre por dengue como en la fiebre por dengue hemorrágico, la cual aparece cuando el paciente contrae un virus de dengue diferente, después de infecciones previas por otro tipo. La inmunidad previa a otro tipo de virus del dengue es importante para que se produzca esta grave enfermedad.

Entre los factores de riesgo para la fiebre por dengue hemorrágico se pueden mencionar la existencia de anticuerpos para el virus del dengue de una infección previa, edad inferior a los 12 años, sexo femenino y ser caucásico.

c) Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas iniciales son, entre otros, los siguientes: fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, dolores articulares, malestar general, disminución del apetito, vómitos.

Los síntomas de la fase aguda son, entre otros, los siguientes: estado parecido al shock, sudoración (diaforesis), extremidades frías y pegajosas, inquietud seguida por empeoramiento de los síntomas iniciales, petequias, equimosis, erupción generalizada.

d) Exámenes Complementarios:

Los exámenes pueden ser: hematocrito, conteo de plaquetas, electrolitos, estudios de coagulación, enzimas hepáticas, gases en la sangre, prueba del torniquete (el torniquete ocasiona petequias debajo de la zona de colocación), radiografía de tórax que muestra el derrame plural, estudios serológicos que muestran anticuerpos para los

virus del dengue, estudios séricos de muestras tomadas durante la fase aguda de la enfermedad y la convalecencia (aumento en titulación del antígeno del dengue).

48. PALUDISMO (1, 4, 7, 9, 10.)

a) Definición:

Es una enfermedad parasitaria caracterizada por síntomas como fiebre, escalofrío y anemia. Llamada también paludismo cuartano, paludismo falciparum, fiebre biduoterciana, paludismo, paludismo terciano, plasmodio.

b) Etiología:

La malaria es una enfermedad parasitaria que se transmite de un humano a otro por la picadura de mosquitos, específicamente del tipo anofeles. En los humanos, los parásitos (llamados esporozoítos) migran hacia el hígado, donde maduran y se convierten en merozoítos, los cuales penetran el torrente sanguíneo e infectan los glóbulos rojos. Los parásitos se multiplican dentro de los glóbulos que, al cabo de 48 a 72 horas, se rompen e infectan más glóbulos rojos. Los primeros síntomas se presentan por lo general de 10 días a 4 semanas después de la infección, aunque en ocasiones se pueden presentar en un lapso de 8 días hasta 1 año después. Los síntomas de la enfermedad ocurren en ciclos de 48 a 72 horas. La mayoría de los síntomas se originan por la liberación masiva de merozoítos en el torrente sanguíneo, por la anemia causada por la destrucción de glóbulos rojos y por los problemas debidos

a las grandes cantidades de hemoglobina libre que invaden el torrente sanguíneo luego de la ruptura de los glóbulos rojos.

La transmisión de la malaria también puede ser de forma congénita (de la madre al feto durante el embarazo) y por transfusiones sanguíneas. La malaria se puede transmitir por intermedio de los mosquitos en zonas de clima templado, pero el mosquito desaparece cuando llega el invierno.

De las cuatro especies de parásitos existentes, la malaria producida por *Falciparum*, destruye una mayor proporción de glóbulos rojos en comparación con las otras especies y se considera una forma mucho más seria de la enfermedad. Puede resultar mortal a las primeras horas de aparición de los primeros síntomas.

c) Exámenes Complementarios:

El diagnóstico se confirma con frotis de sangre realizado en intervalos de 6 a 12 horas.

d) Manifestaciones Clínicas:

Pueden haber Escalofríos, fiebre y sudoración secuenciales, Dolor de cabeza, Náuseas y vómito, Dolor muscular, Anemia, Heces sanguinolentas, Ictericia, Convulsiones, Coma.

▪ **TRASTORNOS INMUNOLOGICOS**

49. ARTRITIS (1, 4, 9, 11.)

a) Definición:

La artritis es una enfermedad que comprende la inflamación de una o más articulaciones.

La artritis reumatoidea es una enfermedad sistémica crónica que afecta de manera predominante las articulaciones diartrodiales y a menudo otros órganos diversos.

b) Etiología:

La inflamación de la articulación es la reacción del cuerpo a diferentes procesos de enfermedad, entre los que se comprenden lesión mecánica de una articulación (incluyendo fractura), presencia de una infección (generalmente causada por bacterias o virus), un ataque a las articulaciones por el mismo cuerpo (una enfermedad autoinmune) o el deterioro acumulado de las articulaciones.

En personas mayores de 55 años de edad las mujeres presentan mayores probabilidades de sufrir de osteoartritis. Otros factores de riesgo para la osteoartritis son la obesidad, antecedentes de trauma y varias enfermedades genéticas y metabólicas.

Algunas de las enfermedades que causan artritis son: Osteoartritis, lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoide (en adultos), artritis reumatoide juvenil

(en niños), gota, escleroderma, psoriasis (artritis psoriásica), infecciones micóticas como la blastomicosis, espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter / Artritis reactiva, artritis séptica, enfermedad de Still del adulto, enfermedad de Lyme-terciaria (el estado tardío), tuberculosis (artritis tuberculosa), infecciones virales (artritis viral), gonorrea (artritis gonocócica), otras infecciones bacterianas (artritis bacteriana no gonocócica).

c) Manifestaciones Clínicas:

Dolor y rigidez articular, molestia musculoesquelética que puede estar acompañada de malestar, pérdida inexplicable de peso, debilidad y fatiga, en ocasiones con fiebre. A medida que progresa la enfermedad se presenta tumefacción articular, hipersensibilidad y una coloración rojo azulosa; se deteriora la función articular, se alteran los hábitos de sueño y el enfermo puede tener depresión y pérdida de peso subsecuentes. Puede afectar el cuello, causando rigidez y dolor, así mismo cefalalgias occipital y/o frontal, disnea, inicio súbito de estridor, presencia de nódulos subcutáneos en áreas sometidas a presión, eritema palmar, fragilidad de la piel, equimosis, infartos digitales, vasculitis necrosante grave de arterias pequeñas, afecciones pericárdicas, nódulos reumatoides en miocardio o válvulas cardíacas, neuropatías periféricas, síndrome del túnel del carpo, síndrome del túnel del tarso, pérdida de sensibilidad en placas en una o más extremidades, síndrome de Sjögren, daño corneal por la resequedad ocular, episcleritis (trastorno que causa enrojecimiento del ojo y dolor leve), escleritis (es más dolorosa y puede causar deterioro visual), escleromalacia perforante (cuando el trastorno ha progresado hasta el adelgazamiento místico, permite observar una coloración azul oscura de la coroides). La artritis

reumatoidea aunado con esplenomegalia y neutropenia suele acompañarse de linfadenopatía, hepatomegalia, fiebre, pérdida de peso, anemia, trombocitopenia, hiperpigmentación y úlceras en piernas, este cuadro clínico se llama Síndrome de Felty.

d) Manifestaciones Bucales:

Disfagia, ronquera o dolor en la parte anterior del cuello, con menor frecuencia puede afectar las articulaciones temporomandibulares, también puede haber tumefacción parotídea, xerostomía.

50. ALERGIAS (1, 2, 4, 9, 10.)

a) Definición:

Es una respuesta inmune o reacción exagerada a sustancias que generalmente no son dañinas.

b) Etiología:

La alergia es causada por un sistema inmune altamente sensible que lleva a una respuesta inmune equivocada. Normalmente, el sistema inmune protege al cuerpo de sustancias nocivas como las bacterias y los virus. La alergia se presenta cuando el sistema inmune reacciona a sustancias (alergenos) que normalmente son inocuas y que en la mayoría de las personas no producen una respuesta inmune. En una persona

con alergias la primera exposición a un alergeno estimula al sistema inmune para reconocer la sustancia. La segunda y posteriores exposiciones al alergeno generalmente producen síntomas.

Algunas enfermedades están relacionadas con las alergias. Estas incluyen el eczema y el asma entre muchas otras. Cuando un alergeno entra en el organismo de una persona que tiene el sistema inmune sensibilizado, ciertas células liberan histamina y otros químicos, esto produce síntomas. Los alergenos comunes comprenden agentes ambientales que tienen contacto con la piel, las vías respiratorias o la superficie de los ojos (tales como el polen. Son muy comunes las alergias a las comidas y a los medicamentos. De igual manera, las picaduras de insectos, las joyas, los cosméticos y casi toda sustancia que tenga contacto con el cuerpo. Algunas personas tienen un tipo de reacción alérgica al calor o al frío, al sol o a otros estímulos físicos y en algunas personas la fricción (el roce o golpes fuertes en la piel) produce síntomas.

Las alergias son relativamente comunes. Factores como la herencia y las condiciones ambientales juegan un papel en las alergias.

c) Manifestaciones Clínicas:

Los síntomas de las alergias varían dependiendo de qué está causando la reacción y en qué parte del cuerpo ocurre. Los síntomas pueden incluir: goteo nasal, aumento del lagrimeo, sensación de fuego o prurito en los ojos, ojos rojos, conjuntivitis, edema generalizado o en los ojos, prurito en la nariz, boca, garganta, piel o en cualquier otra área, sibilancia, tos, dificultad para respirar, urticaria, erupción cutánea,

dolor abdominal, cólicos estomacales, náuseas, vómito, diarrea, dolor de cabeza, espasmos musculares, normalmente las alergias a medicamentos comprometen a todo el cuerpo.

Unas pocas personas tienen reacciones que sí ponen en peligro la vida (llamadas anafilaxis).

Puede haber molestia durante la reacción alérgica, interrupción del estilo de vida, somnolencia y otros efectos secundarios por los antihistamínicos.

d) Manifestaciones Bucales:

Hipersensibilidad Tipo I: Puede haber prurito y edema en regiones orales, o edema angioneurótico, causado por alimentos, fármacos, agentes anestésicos.

Hipersensibilidad Tipo III: puede causar la aparición de una ulcera blanca eritematosa, causado por alimentos, fármacos o materiales colocados dentro de la boca. Los antibióticos pueden causar eritema multiforme.

Hipersensibilidad Tipo IV: es una reacción alérgica retardada, puede precipitarse por el contacto con materiales dentales, productos higiénicos orales. Puede haber enrojecimiento y ulceración.

▪ CÁNCER

51. CÁNCER DE MAMA FEMENINA (1, 4, 5, 9, 11.)

a) Definición:

Llamado también Carcinoma de mama o cáncer de seno. Es un crecimiento maligno que comienza en el tejido mamario, descrita como masa irregular, dura, hoyuelos en la piel o retracción del pezón.

b) Etiología:

Los factores de riesgo para el cáncer de mama incluyen las influencias hormonales; Factores genéticos y antecedentes familiares de cáncer de seno se debe al crecimiento a partir de células genéticamente dañadas. Las influencias hormonales son importantes, porque estimulan el crecimiento celular, Menarquia temprana (antes de los 12 años) y menopausia tardía después de los 55 tienen un riesgo, Igual sucede con aquellas que no tuvieron hijos o los tuvieron después de los 30 años de edad. Los anticoncepcionales orales pueden aumentar ligeramente el riesgo de sufrir cáncer de seno, dependiendo de la edad, el tiempo de uso y otros factores. Nadie sabe por cuánto tiempo se mantiene este efecto después de suspenderlos. Se ha demostrado que el uso de terapia de sustitución hormonal durante más de 5 años aumenta ligeramente el riesgo a sufrir cáncer de seno y que éste, a su vez, incrementa con el tiempo de uso. La obesidad puede ser un factor de riesgo, probablemente por los niveles de estrógenos en el cuerpo. El alto consumo de alcohol (más de 1 ó 2 tragos al día) se

relaciona con un mayor riesgo de sufrir cáncer de seno. La exposición a sustancias químicas similares a los estrógenos, que se encuentran en pesticidas y ciertos productos industriales, puede aumentar también este riesgo. Las mujeres que tomaron dietilstilbestrol (DES) para evitar abortos pueden tener un riesgo alto de sufrir cáncer de seno. Las personas que han estado expuestas a la radiación, particularmente durante su infancia, pueden tener igualmente un riesgo alto, sobre todo quienes recibieron radiación en el tórax por un cáncer anterior. El haber tenido tumores previos en los senos, útero, ovarios o colon, y una historia de cáncer en la familia aumentan el riesgo a cáncer de seno.

c) Exámenes Complementarios:

- La mamografía radiológica puede ayudar a identificar la masa mamaria.
- La ultrasonografía (sonograma) puede mostrar si la protuberancia es sólida o contiene líquido.
- La aspiración con aguja o biopsia con aguja de las masas del seno pueden mostrar si están llenas de líquido y proveer material para enviar al laboratorio para su análisis. En el caso de anomalías muy pequeñas, visibles sólo en la mamografía, son necesarias técnicas especiales.
- Una biopsia quirúrgica o extracción de una masa del seno brinda una porción o toda una masa del seno para estudio en el laboratorio.
- Si se diagnostica un cáncer de seno deben practicarse otros exámenes, incluyendo radiografías de tórax y exámenes de sangre. Luego puede indicarse cirugía, radiación, quimioterapia o una combinación de éstas, no sólo para el tratamiento,

sino para ayudar a determinar la etapa en que está la enfermedad. La definición de dicha etapa es importante para orientar tanto el tratamiento como el seguimiento y para tener una idea acerca de lo que se debe esperar en el futuro.

d) Manifestaciones Clínicas:

Protuberancias en las mamas o masas mamarias identificadas durante un autoexamen de mama, las cuales suelen ser indoloras, de firmes a duras y, por lo general, con bordes irregulares; protuberancias o masas en la axila, cambio en el tamaño o forma del seno, secreción anormal del pezón, suele ser un líquido sanguinolento o de claro a amarillento o verdoso puede parecer pus (purulento), cambios en el color o sensación de la piel del pezón o de la areola, con orificios fruncido o escamoso, retracción, apariencia de "concha de naranja", enrojecimiento, venas acentuadas en la superficie del seno, cambios en la apariencia o sensibilidad del pezón, hundido (retracción), agrandamiento o picazón, dolor, aumento de tamaño o molestia sólo de un lado, cualquier protuberancia en el seno, dolor, sensibilidad u otro cambio, los síntomas de enfermedad avanzada son dolor óseo, pérdida de peso, inflamación de un brazo y ulceración cutánea.

e) Manifestaciones Bucales:

Las pacientes que padecen cáncer pueden tener manifestaciones orales como consecuencia de la quimioterapia recibida, estas pueden ser presencia de mucositis, sangrado excesivo al menor trauma, gingivorragia espontánea, xerostomía, infecciones, cicatrización retardada.

52. CÁNCER PROSTÁTICO (1, 4, 5, 11.)

a) Definición:

Es el crecimiento de un tumor maligno dentro de la glándula prostática, llamado también carcinoma prostático, carcinoma de la próstata, cáncer de la próstata.

b) Etiología:

La causa del cáncer de próstata es desconocida, aunque algunos estudios han mostrado una relación entre una dieta alta en grasa y el incremento en los niveles de testosterona.

Este tipo de cáncer rara vez se encuentra en hombres menores de 40 años de edad. Entre los hombres que poseen el riesgo más alto se encuentran los de raza negra mayores de 60 años, los granjeros, personas que trabajan con llantas, pintores y los expuestos al cadmio. La incidencia más baja ocurre en los japoneses y los vegetarianos.

Talvez participen factores ambientales, el antecedente familiar es un factor de riesgo.

c) Exámenes Complementarios:

- El examen rectal generalmente revela la superficie dura e irregular de una próstata agrandada.
- Consideraciones sobre los exámenes

- El PSA (antígeno prostático específico) puede estar elevado, aunque otras condiciones como la hipertrofia prostática benigna (HPB) pueden aumentar el PSA. Los niveles de éste se determinan mediante un examen de sangre.
- El PSA libre puede ser más específico para diferenciar la HPB del cáncer de próstata.
- El análisis de orina puede revelar sangre en la orina.
- La citología del líquido prostático o de la orina puede revelar células atípicas.
- Una biopsia de la próstata confirma el diagnóstico.
- Pueden realizarse exámenes con TC para descartar la metástasis (diseminación del cáncer).
- Puede realizarse una gammagrafía ósea para descartar la metástasis.
- Se puede tomar una radiografía de tórax para descartar la metástasis.
- Un nuevo examen, llamado AMACR, es más susceptible a determinar la presencia del cáncer de próstata que el examen de PSA y es factible que se lo empiece a utilizar con mayor frecuencia para diagnosticar la enfermedad.

d) Manifestaciones Clínicas:

El carcinoma temprano es asintomático, a medida que se disemina puede causar síntomas. La mayoría de los cánceres de próstata ahora se detectan antes de que ocasionen síntomas. La mayoría de los síntomas citados pueden estar asociados con el cáncer de próstata dificultad al orinar (retraso o lentitud para comenzar a orinar), goteo urinario, en especial, inmediatamente después de terminar la micción, retención

urinaria, dolor al orinar, dolor al eyacular, dolor de espalda en la parte baja, dolor con la defecación.

Síntomas adicionales que pueden asociarse con esta enfermedad exceso de orina en la noche, incontinencia, dolor o sensibilidad en los huesos, hematuria (sangre en la orina), dolor abdominal, anemia, pérdida de peso, letargo.

e) Manifestaciones Bucales:

Los pacientes que padecen cáncer pueden tener manifestaciones orales como consecuencia de la quimioterapia recibida, estas pueden ser presencia de mucositis, sangrado excesivo al menor trauma, gingivorragia espontánea, xerostomía, infecciones, cicatrización retardada.

▪ **TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS**

53. PSORIASIS (1, 2, 4, 9, 10.)

a) Definición:

Es una enfermedad inflamatoria (irritación e hinchazón) cutánea común caracterizada por episodios frecuentes de enrojecimiento, prurito y escamas gruesas, secas y plateadas en la piel. Llamada también placa psoriásica.

b) Etiología:

Parece ser un trastorno hereditario que puede estar relacionado con la respuesta inflamatoria en la cual el sistema inmune accidentalmente ataca las células del propio cuerpo.

Se puede presentar con más frecuencia en el tronco, codos, rodillas, cuero cabelludo, pliegues de la piel o uñas de las manos, pero puede afectar cualquiera o todas las partes de la piel.

La psoriasis se puede agravar por lesión o irritación (heridas, quemaduras, erupción cutánea, picaduras de insecto) y puede ser severa en personas inmunosuprimidas (como, por ejemplo, aquellas con tratamiento de quimioterapia para el cáncer o con SIDA) o quienes han presentado trastornos autoinmunes (artritis reumatoide).

Los medicamentos, las infecciones virales o bacterianas, el excesivo consumo de alcohol, la obesidad, la falta de exposición a la luz solar, la sobreexposición a la luz solar, el estrés, la salud deficiente en general, el clima frío y la fricción frecuente de la piel están también asociadas con brotes de psoriasis. La psoriasis no es contagiosa.

c) Manifestaciones Clínicas:

Normalmente, la piel toma cerca de un mes para que sus nuevas células se desplacen desde las capas inferiores a la superficie. En la psoriasis, este proceso tarda sólo unos pocos días, ocasionando la acumulación de células cutáneas muertas y la formación de escamas gruesas.

Se caracteriza por parches cutáneos secos y/o rojos normalmente cubiertos de escamas plateadas, parches levantados en la piel con bordes rojos que se pueden agrietar y doler, parches normalmente discretos y demarcados normalmente localizados en los codos, rodillas, tronco, cuero cabelludo, manos y uñas.

Las lesiones cutáneas que incluyen pústulas, agrietamiento de la piel, inflamación o enrojecimiento de la piel, prurito, pequeños puntos descamativos en la piel (especialmente en los niños), dolor articular que puede estar asociado con un tipo especial de artritis (artritis psoriática).

Otros síntomas que pueden estar asociados con esta enfermedad son: anomalías en la uña, lesiones genitales (masculinas), secreción, ardor y prurito en los ojos, aumento en el lagrimeo.

54. DERMATITIS (1, 2, 4, 9, 10.)

a) Definición:

Es una inflamación cutánea causada por el contacto directo con una sustancia irritante. Dermatitis por contacto, dermatitis alérgica, hiedra venenosa, encina venenosa y zumaque venenoso.

La dermatitis por contacto es una inflamación de la piel causada por el contacto directo con una sustancia (irritante o alérgico) que causa una reacción alérgica o irritante que varía en el mismo individuo con el tiempo. Los antecedentes de cualquier tipo de alergias incrementan el riesgo de padecer este tipo de dermatitis.

b) Etiología:

El tipo más común de dermatitis por contacto es la irritante, que comprende la inflamación que resulta del contacto con ácidos, materiales alcalinos como los jabones y los detergentes, disolventes y otros químicos. La reacción suele parecerse a una quemadura.

El segundo tipo más común de dermatitis por contacto es provocado por la exposición a un material al que la persona se ha vuelto muy sensible o alérgica. En este caso, la inflamación de la piel varía desde una irritación leve y enrojecimiento hasta úlceras abiertas, dependiendo del tipo de alérgeno, la parte afectada del cuerpo y la sensibilidad del individuo.

La dermatitis por sobretratamiento es una forma de dermatitis por contacto que se presenta cuando el tratamiento de otro trastorno cutáneo provoca irritación.

Las alergias comunes asociadas con la dermatitis por contacto son: Hiedra, encina y zumaque venenosos u Otras plantas, Níquel y otros metales, Medicamentos, antibióticos especialmente los aplicados a la superficie de la piel (tópicos), anestésicos tópicos, Goma, Cosméticos, Telas y ropa, Detergentes, Solventes, Adhesivos, Fragancias, perfumes, Otras sustancias y químicos.

La dermatitis por contacto puede involucrar una reacción a una sustancia a la que la persona está expuesta o utiliza repetitivamente y, aunque puede no existir una reacción inicial, el uso repetitivo puede causar a la larga una sensibilización y reacción al producto (como en el caso de los removedores de esmalte para uñas, preservativos

en las soluciones para lentes de contacto o el contacto constante con metales de los aretes o del reverso de los relojes de pulsera).

Algunos productos causan reacciones sólo cuando están en contacto con la piel y son expuestos a la luz solar (fotosensibilidad), entre los que se pueden mencionar lociones para afeitarse, bloqueadores solares, ungüentos con sulfa, algunos perfumes, productos con alquitrán de hulla y aceite de la piel de la lima. Unos pocos alérgenos transportados por el aire, como la ambrosia y los insecticidas, pueden causar una dermatitis por contacto.

c) Manifestaciones Clínicas:

Puede presentarse como picazón (prurito) de la piel en áreas expuestas, enrojecimiento o inflamación de la piel en el área expuesta, sensibilidad de la piel en el área expuesta, inflamación localizada de la piel, calor en el área expuesta (puede ocurrir), erupción o lesión cutánea en el lugar de la exposición, lesiones que pueden ser de cualquier tipo (enrojecimiento, erupción, pápulas tipo espinillas, vesículas y bulas ó ampollas), puede incluir exudado, drenaje o formación de costras, puede volverse escamosa, en carne viva o engrosada.

▪ **OTRAS CONDICIONES**

55. EMBARAZOS (1, 2, 4, 9, 10.)

a) Definición:

Comienza cuando el óvulo fertilizado se implanta en el útero de una mujer, lo cual ocurre alrededor de 7 días después de la fertilización. El primer trimestre del embarazo es la etapa temprana del embarazo desde la concepción hasta las 12 semanas de gestación o alrededor de 14 semanas desde el primer día del último período menstrual normal.

b) Etiología:

El embarazo es una condición normal y, en la mayoría de las situaciones, no debe abordarse como un problema o enfermedad. Cualquier mujer fértil involucrada en una relación sexual con un hombre fértil está en riesgo de quedar embarazada.

c) Exámenes Complementarios:

Las pruebas incluyen:

- HCG positiva en orina y/o suero (prueba de embarazo)
- Ultrasonido del embarazo para confirmar o revisar las fechas precisas de embarazo

El embarazo también puede alterar los resultados de numerosos exámenes de laboratorio.

d) Manifestaciones Clínicas:

Ausencia de período menstrual, Fatiga, Agrandamiento de las mamas o molestia en las mamas (sensibilidad), Distensión abdominal, Náuseas con o sin vómitos, Mareo ligero o desmayo real, Áreas de piel que aparecen anormalmente oscuras o claras, Cambios de peso (generalmente se incrementa; aunque se puede reducir si las náuseas y el vómito son significativos), Incremento en el tamaño del abdomen, dolor de espalda, dolor articular, acidez, dolor de cabeza, frecuencia urinaria, calambres en las piernas y estreñimiento.

e) Manifestaciones Bucales:

Gingivitis hormonal, granuloma piógeno, halitosis, erosión del esmalte dentario.

OBJETIVOS

➤ GENERAL

Establecer la clasificación, frecuencia y distribución de enfermedades sistémicas en pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala de 1998 al año 2002.

➤ ESPECÍFICOS

- Establecer la clasificación de las enfermedades sistémicas en pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala de 1998 a 2002.
- Establecer la frecuencia de las enfermedades sistémicas en pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala de 1998 a 2002.
- Establecer la distribución por edad y sexo de las enfermedades sistémicas en pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala de 1998 a 2002.
- Establecer si los pacientes que padecen de enfermedades crónicas se encuentran médicamente controlados o no.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Enfermedades sistémicas: estado anómalo del ser viviente, producido como una reacción a una alteración de diferentes índoles, que puede entorpecer, limitar o impedir la vida. Por su origen puede ser provocada por un agente externo, como microorganismo, químicos o fármacos, o tener una causa de tipo endógeno. ⁽⁸⁾

- Edad del paciente: medida de duración del vivir, se refiere al tiempo vivido por una persona desde su nacimiento. ⁽⁸⁾

- Sexo del paciente: diferencia física y de conducta que distingue al hombre de la mujer, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. ⁽⁸⁾

- Paciente con enfermedades sistémicas controlado médicamente: paciente diagnosticado, controlado médicamente, que acude a sus citas periódicamente y no presenta signos y síntomas de la enfermedad.

- Paciente diagnosticado con enfermedad sistémica no controlado médicamente: paciente que no acude a sus citas periódicamente, que presenta signos y síntomas de la enfermedad, que no toma sus medicamentos o que no los toma periódicamente.

METODOLOGÍA

1. Para este estudio se elaboraron dos fichas especiales:
 - a) La primera para anotar la información general de los pacientes que no padecen de ningún trastorno sistémico. (Anexo No. 1)
 - b) La segunda ficha para anotar la información de los pacientes que si padecen de algún trastorno sistémico, junto con las características del trastorno encontrado. (Anexo No. 2)
2. Se solicitó la autorización del Director de Clínicas de la Facultad de Odontología para tener acceso a las fichas clínicas.
3. Selección de la muestra:
 - a) Se abarcó el 21.2 % de la población ingresada como paciente a las clínicas de la Facultad de Odontología en el período de 1998 al 2002, siendo aproximadamente 542 archivos por año, para un total de 2710 en el período establecido.
 - b) La selección de las fichas clínicas fue hecha al azar.
4. Se analizaron las fichas clínicas de los pacientes que acudieron como pacientes a la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el periodo de 1998 a 2002, transcribiendo la información a las fichas elaboradas para este estudio.
5. Después de tabular los datos se procedió a interpretar la información obtenida, el análisis estadístico, la presentación de resultados por medio de cuadros y gráficas y elaboración de conclusiones y recomendaciones correspondientes.

GUIA DE LLENADO DE LAS FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Basándose en los datos obtenidos en las fichas clínicas se procedió a anotar:

- En la casilla No. Ficha: el tipo de registro del paciente, si es Paciente Integral, Paciente de Prótesis Total, Paciente Caso Especial, Paciente de Odontología del Niño y Adolescente; junto con el número de identificación.
- En la casilla Año: el año de ingreso de el/la paciente
- En la casilla Edad: la edad del paciente referida en la ficha clínica
- En la casilla Sexo: si es masculino o femenino, también referido en la ficha del paciente.

Estos datos son comunes para las dos fichas a utilizar.

Para la ficha de los pacientes que presenten enfermedades sistémicas, se anotó así:

- Dependiendo de la enfermedad que el paciente padezca se anotó en la casilla correspondiente a la enfermedad, con una C si la enfermedad estaba controlada y con una N si la enfermedad no estaba bajo control médico.
- En los casos en donde la enfermedad tenga subdivisiones o clasificaciones, se anotó la clasificación y si estaba o no controlada médicamente. En el caso de que el paciente haya desconocido la subdivisión o clasificación del trastorno se anotó sin clasificación. Esto para el caso de bronquitis, hepatitis, gastritis, artritis, diabetes.
- En el caso de encontrar otra enfermedad no incluida en el listado se podrá anotar en la casilla otros de la ficha, especificando el nombre de la enfermedad y si estaba o no controlada.

- Al finalizar se podrán obtener los totales al hacer la sumatoria de los hallazgos encontrados y anotarlos en la casilla "Totales".

RESULTADOS

Cuadro No. 1

Distribución de muestra de las fichas clínicas de la Facultad de Odontología de la USAC según el año de ingreso

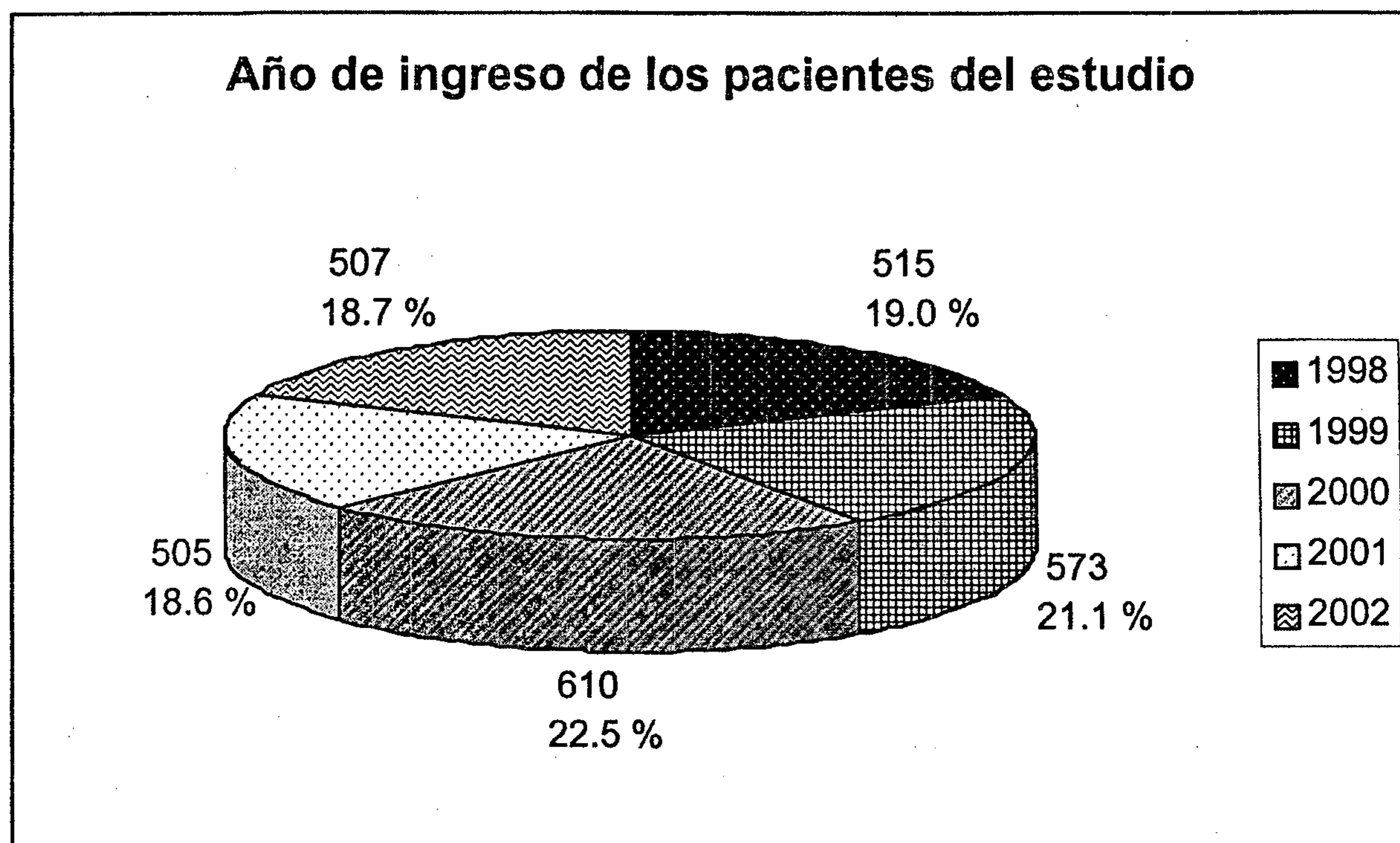
Año de Ingreso	No. de Fichas Clínicas	% de Fichas Clínicas
1998	515	19.0
1999	573	21.1
2000	610	22.5
2001	505	18.6
2002	507	18.7
Total	2710 (21.2%)	100

Fuente: Fichas clínicas del archivo de la Facultad de Odontología de la USAC.

Del año 1998 al 2002 se registraron 12774 ingresos de pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). En este estudio se incluyó un total de 2710 fichas clínicas, las cuales fueron seleccionadas al azar y representa un 21.2% del total de ingresos reportados en este período. De ellas 515 (19%) fueron de pacientes ingresados en 1998, 573 fichas (21.1%) del año 1999, 610 fichas (22.5%) del año 2000, 505 fichas (18.6%) del año 2001 y 507 fichas (18.7%) del año 2002 (Cuadro No. 1 y Gráfica No. 1).

Gráfica No.1

Distribución de muestra de las fichas clínicas de la Facultad de Odontología de la USAC según el año de ingreso



Fuente: Fichas clínicas del archivo de la Facultad de Odontología de la USAC.

Cuadro No. 2

Distribución de los pacientes del estudio por edad y sexo

Edades (Años)	Frecuencia		Total
	Masculino	Femenino	
3 - 5	144	138	282
6 - 10	310	303	613
11 - 15	72	76	148
16 - 20	117	188	305
21 - 25	171	176	347
26 - 30	52	95	147
31 - 35	40	89	129
36 - 40	35	89	124
41 - 45	10	83	93
46 - 50	22	99	121
51 - 55	12	81	93
56 - 60	15	51	66
61 - 65	13	57	70
66 - 70	25	46	71
71 - 75	21	34	55
76 - 80	10	13	23
81 - 85	8	11	19
86 - 92	1	3	4
Total	1078 (39.8%)	1632 (60.2%)	2710

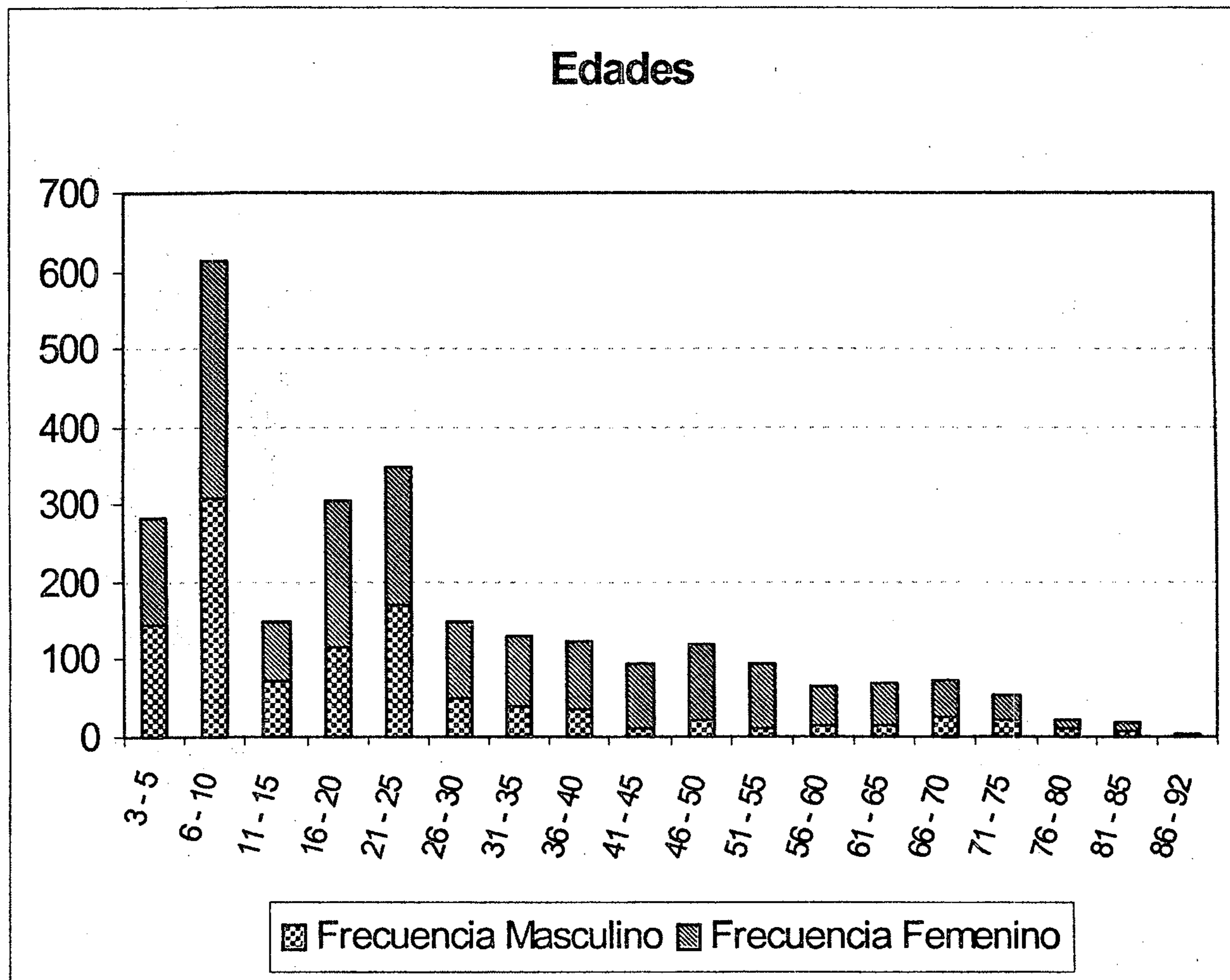
Promedio de Edad	27
Edad máxima	92
Edad mínima	3

Fuente: ver cuadro No. 1.

De las 2710 fichas clínicas, 1078 (39.8%) correspondieron al sexo masculino y 1632 (60.2%) al femenino. El promedio de edad fue de 27 años, la edad mínima de 3 años y la máxima fue de 92 años. Las edades más frecuentes fueron los rangos de 6 a 10 años con 613 pacientes, seguidos por el grupo de 21 a 25 años con 347 pacientes y el grupo de 16 a 20 años con 305 pacientes (Cuadro No. 2 y Gráfica No. 2).

Gráfica No. 2

Distribución de los pacientes del estudio por edad y sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 3

Distribución de los pacientes del estudio por su estado de salud, edades y sexo

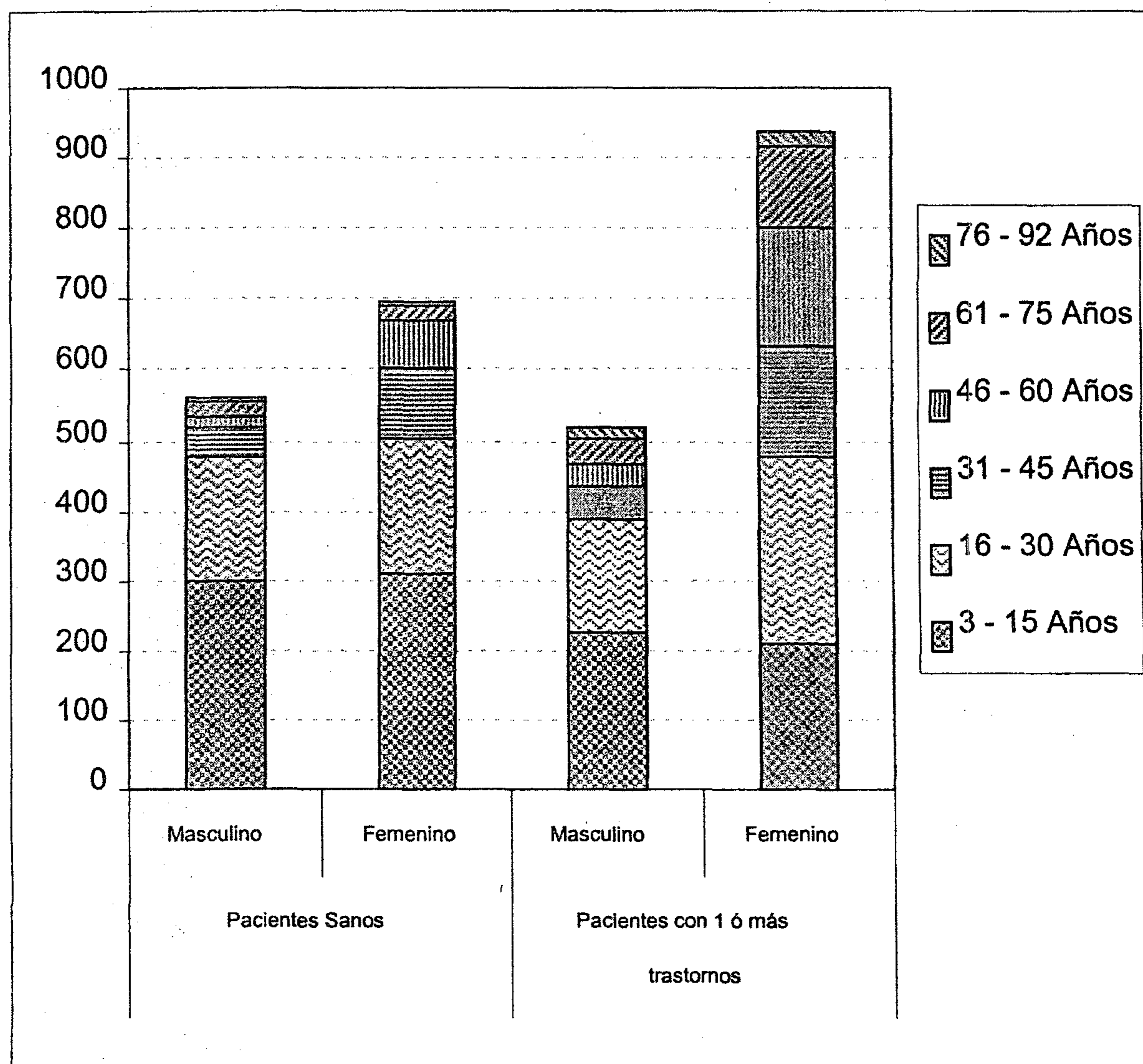
Edades (Años)	Pacientes Sanos			Pacientes con 1 ó más trastornos			Total
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
3 - 15	301	310	611	225	207	432	1043
16 - 30	176	192	368	164	267	431	799
31 - 45	42	101	143	43	160	203	346
46 - 60	15	65	80	34	166	200	280
61 - 75	21	21	42	38	116	154	196
76 - 92	5	7	12	14	20	34	46
Total	560	696	1256 (46.4%)	518	936	1454 (53.6%)	2710

Fuente: ver cuadro No. 1.

Al momento del ingreso se encontró que 1256 pacientes (46.4%) se encontraban en buen estado de salud. De ellos 560 eran de sexo masculino y 696 del femenino. Los pacientes que refirieron uno o más trastornos fueron 1454 (53.6%), de los cuales 518 eran del sexo masculino y 936 del femenino (Cuadro No. 3 y Gráfica No. 3).

Gráfica No. 3

Distribución de los pacientes del estudio por su estado de salud, edad y sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 4

Enfermedades de la muestra de los pacientes del estudio distribuidos por tipo de trastorno, edad y sexo

	Enfermedades																								Total	Porcentaje
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años					
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N		
Cardiovasculares	3	0	4	1	5	0	25	2	1	0	20	2	5	0	44	5	15	0	50	3	5	0	15	0	205	9.2%
Respiratorios	53	2	40	0	18	0	19	0	5	0	6	0	4	0	17	0	5	0	5	0	0	0	3	0	177	8.0%
Digestivos	4	0	3	0	10	1	22	1	6	0	27	0	6	0	26	2	5	0	15	1	0	0	3	0	132	5.9%
Hepáticos	49	0	41	0	42	0	53	0	5	0	14	0	4	0	6	0	4	0	4	0	0	0	1	0	223	10.0%
Genitourinarios	12	0	31	0	11	0	51	2	5	0	46	1	5	0	36	0	2	0	23	0	3	0	5	0	233	10.5%
Endócrinos	0	0	0	0	1	0	9	0	1	0	3	0	3	0	19	2	5	0	28	1	2	0	4	0	78	3.5%
Hemotopoyéticos	19	0	14	0	7	0	37	2	3	0	17	0	3	0	19	0	1	0	9	0	0	0	0	0	131	5.9%
Hemostáticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0.1%
Sistema Nervioso	1	0	1	0	1	0	3	0	4	0	3	0	2	0	7	0	2	0	9	0	1	0	1	0	35	1.6%
Infecciosos	58	1	65	0	38	1	48	1	21	0	40	0	11	0	29	0	8	0	12	0	5	0	5	0	343	15.4%
Inmunológicos	71	0	78	0	80	0	144	0	11	0	79	1	15	0	76	2	11	3	49	4	9	0	12	0	645	29.0%
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0.2%
Dermatológicos	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	0.4%
Otras Condiciones	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0.4%
Totales	271	3	277	1	214	2	417	8	63	0	260	4	60	0	282	11	61	3	204	10	25	0	49	0	2225	100.0%
Total por Edades	552				641				327				353				278				74				2225	

Enfermedades Controladas	2183
Enfermedades No Controladas	42
Total de Enfermedades	2225

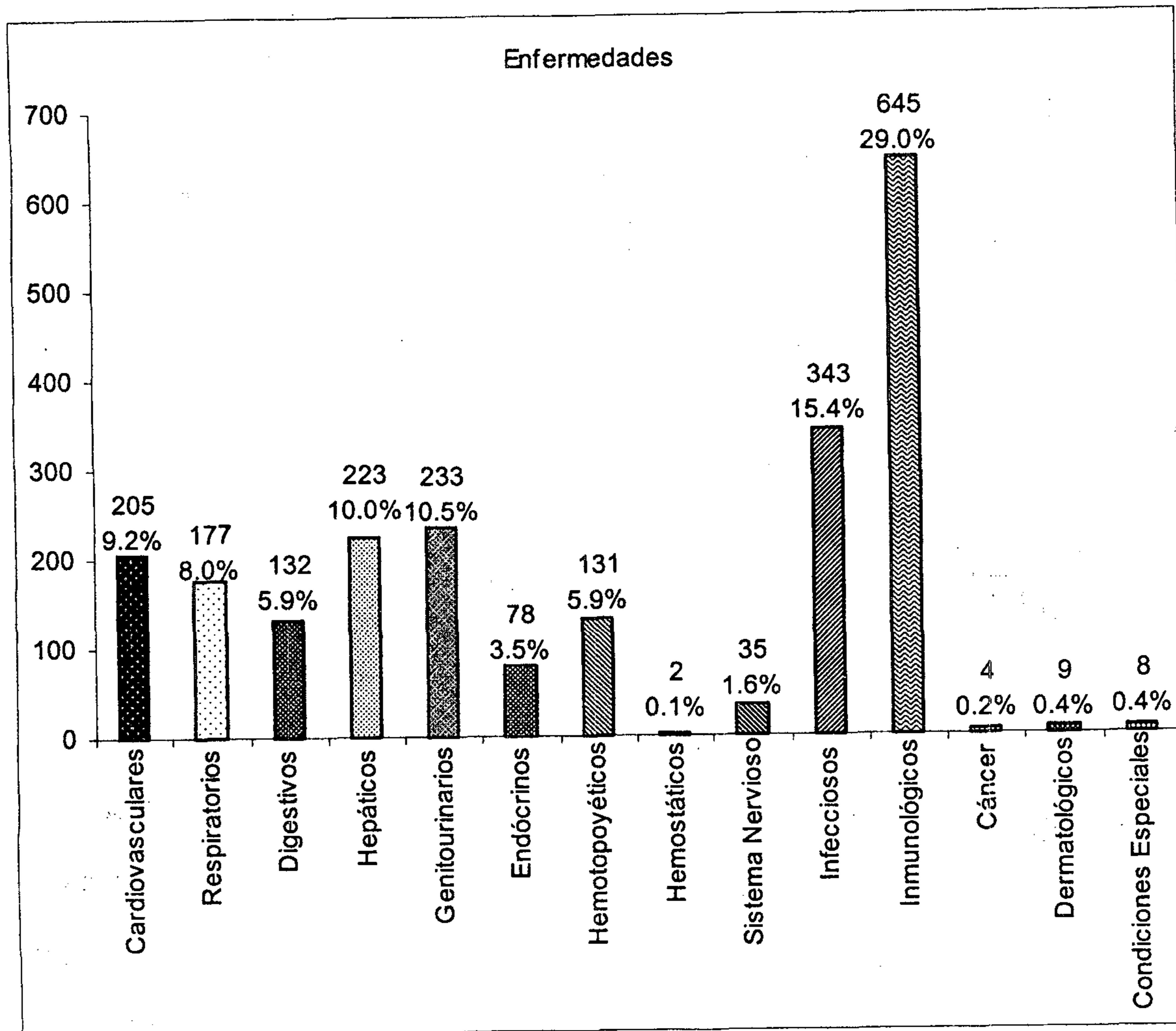
Fuente: ver cuadro No. 1.

Los trastornos fueron agrupados por el tipo de enfermedad en 14 grupos según se observa en el Cuadro No. 4 y en la Gráfica No. 4. Por otro lado cada grupo fue subdividido en controlados (C) y no controlados (N) dependiendo si el paciente reportaba que la enfermedad estaba bajo supervisión médica.

Los trastornos más frecuentes reportados fueron los inmunológicos con 645 de los casos que representan un 29.0% de las enfermedades, seguidos por los trastornos infecciosos con 343 casos representando un 15.4% de las enfermedades, por los genitourinarios con 233 casos representando un 10.5% de las enfermedades, le siguen los hepáticos con 223 casos que representan un 10.0% de las enfermedades y por los trastornos cardíacos con 205 casos que representan un 9.2% de las enfermedades. Mientras que el menos frecuente fue el hemostático con únicamente 2 casos que es el 0.1 % de las enfermedades. Los pacientes que reportaron trastornos con más frecuencia fueron los del sexo femenino en los rangos de edad de 16 a 30 años con 418 casos, de 46 a 60 años con 282 casos y de 3 a 15 años con 277 casos, todos ellos controlados. Por edades el rango que presentó mayor frecuencia de enfermedades fue el de 16 a 30 años con 641 trastornos. De los 2225 trastornos encontrados 2183 estaban controlados y 42 no controlados. (Cuadro No. 4 y Gráfica No. 4).

Gráfica No. 4

Enfermedades de la muestra de los pacientes del estudio distribuidos por tipo de trastorno



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 5

Trastornos Cardiovasculares de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

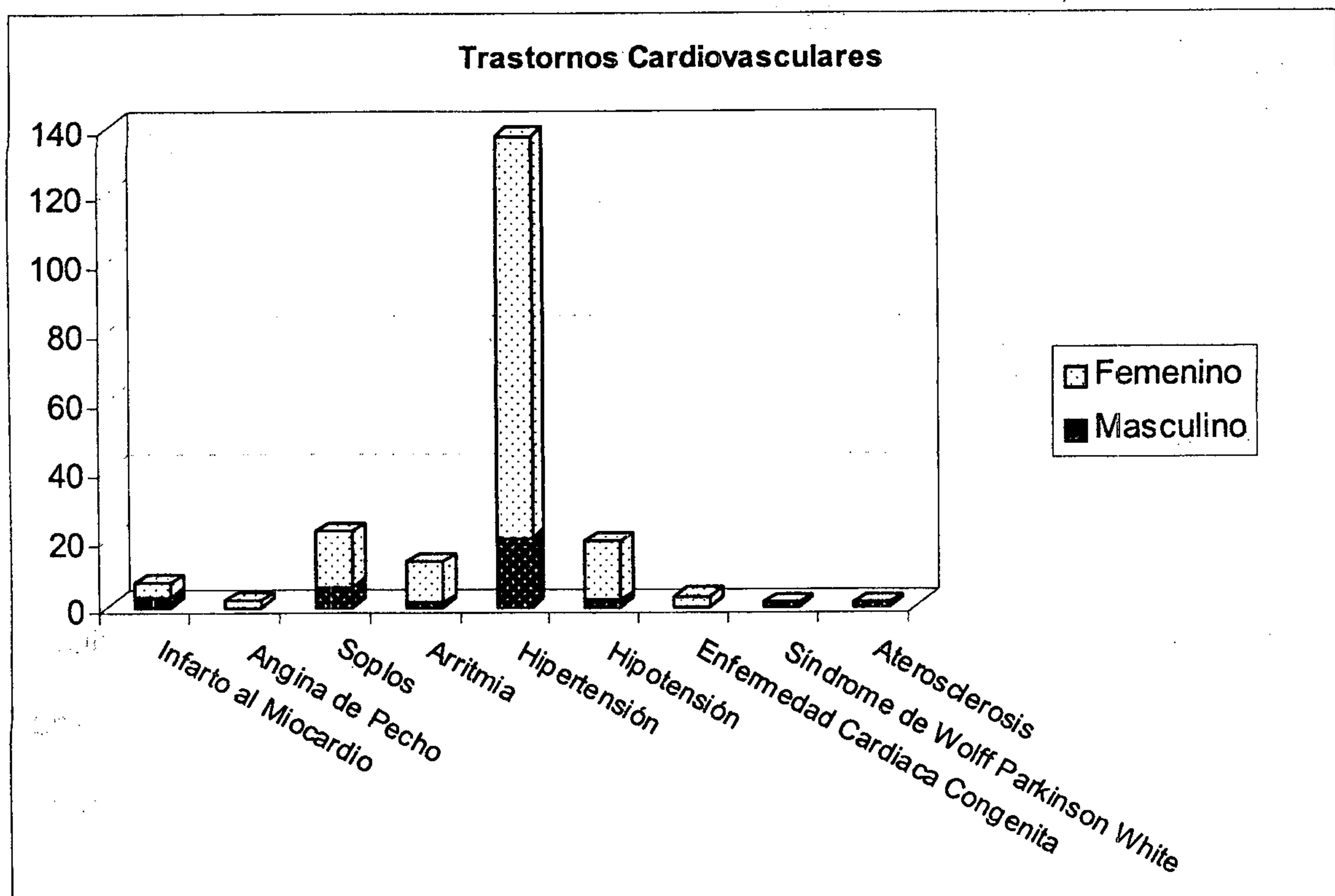
	Trastornos Cardiovasculares																				Total	Porcentaje				
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años						76 - 92 años			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F							
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N						
Infarto al Miocardio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	0	0	0	0	0	7	3.4%
Angina de Pecho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1.0%
Soplos	1	0	4	1	4	0	9	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	10.7%
Arritmia	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	1	0	13	6.3%
Hipertensión	0	0	0	0	1	0	7	1	0	0	13	2	5	0	33	5	10	0	42	2	4	0	12	0	137	66.8%
Hipotensión	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	3	0	0	0	5	0	2	0	1	1	0	0	0	0	19	9.3%
Enfermedad Cardíaca Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3	1.5%
Síndrome de Wolff Parkinson White	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.5%
Aterosclerosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0.5%
Total	3	0	4	1	5	0	25	2	1	0	20	2	5	0	44	5	15	0	50	3	5	0	15	0	205	100.0%

Fuente: ver cuadro No. 1.

El trastorno cardiovascular más frecuente fue hipertensión con 137 casos que representa un 66.8 % de los trastornos cardiovasculares, seguido por soplo cardíaco con 22 casos que representa un 10.7% de los trastornos cardiovasculares, presentándose con menos frecuencia la aterosclerosis y el síndrome de Wolf Parkinson White con 1 caso cada uno, cada uno representa un 0.5% de los trastornos cardiovasculares. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron del sexo femenino en los rangos de edad de 61 a 75 años con 50 casos, seguidos por el rango de 46 a 60 años con 44 casos y el de 16 a 30 años con 25 casos todos ellos controlados (Cuadro No. 5 y Gráfica No. 5).

Grafica No. 5

Trastornos Cardiovasculares de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 6

Trastornos Respiratorios de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

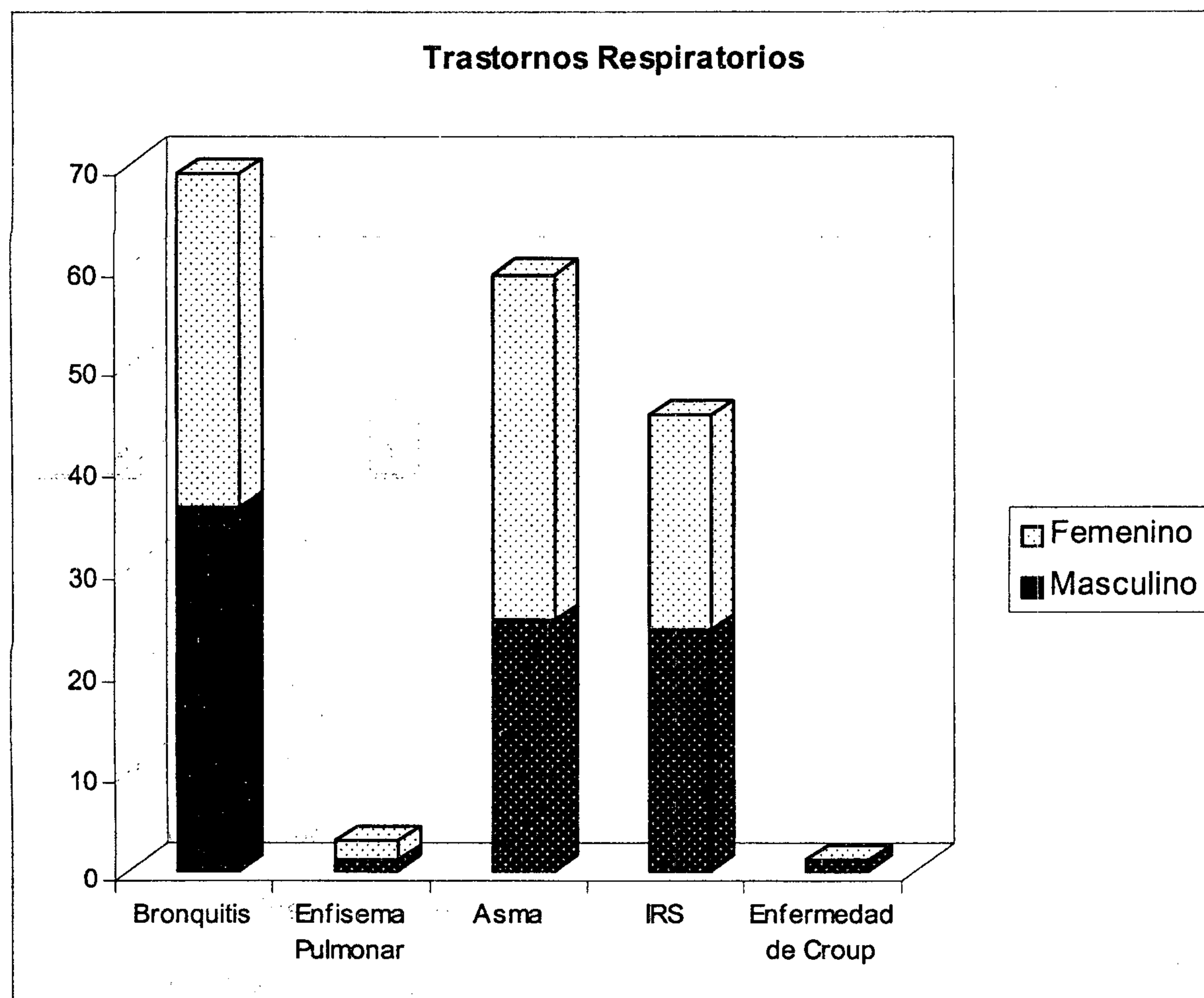
		Trastornos Respiratorios																								Total		Porcentaje		
		3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años								
		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F						
		C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N					
Bronquitis	No Clasificada	27	1	14	0	4	0	7	0	2	0	1	0	1	0	8	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	67	69	39.1%	
	Crónica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
	Aguda	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
Enfisema Pulmonar		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3		1.7%	
Asma		11	1	12	0	9	0	8	0	0	0	3	0	2	0	7	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	59		33.3%	
IRS		14	0	14	0	5	0	3	0	3	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	45		25.4%	
Croup		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0.6%	
Total		53	2	40	0	18	0	19	0	5	0	6	0	4	0	17	0	5	0	5	0	0	0	0	3	0	177		100.0%	

Fuente: ver cuadro No. 1.

En relación a los trastornos respiratorios, el más frecuente fue la bronquitis con 69 casos representando un 39.1% de los casos de trastornos respiratorios, seguido por asma con 59 casos siendo un 33.3% de los trastornos respiratorios, siendo el menos frecuente el Croup con un caso que representa un 0.6% de los trastornos respiratorios. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron los hombres en el rango de edad de 3 a 15 años con 53 casos, seguidos por las mujeres en los rangos de 3 a 15 años con 40 casos y de 16 a 30 años con 19 casos, todos controlados (Cuadro No. 6 y Gráfica No. 6).

Gráfica No. 6

Trastornos Respiratorios de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 7

Trastornos Digestivos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

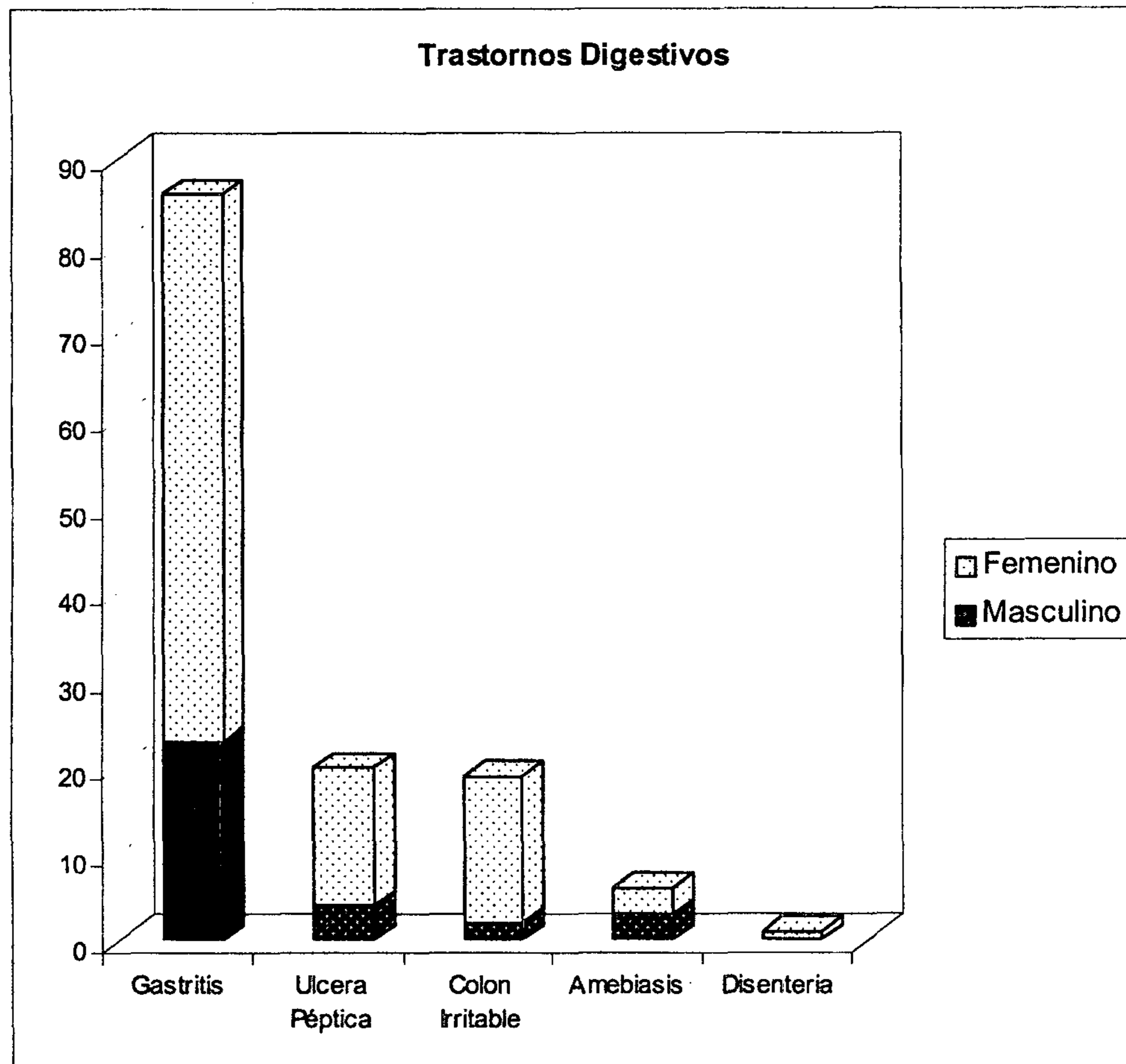
		Trastornos Digestivos																								Total		Porcentaje	
		3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años							
		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F					
		C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N				
Gastritis	No Clasificada	1	0	2	0	8	1	17	1	5	0	18	0	2	0	13	0	5	0	9	0	0	0	3	0	85	86	65.2%	
	Crónica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	Aguda	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
Úlcera Péptica		0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	0	3	0	7	0	0	0	3	0	0	0	0	0	20	15.2%		
Colon Irritable		0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	3	0	1	0	5	2	0	0	3	1	0	0	0	0	19	14.4%		
Amebiasis		2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4.5%		
Disentería		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.8%		
Total		4	0	3	0	10	1	22	1	6	0	27	0	6	0	26	2	5	0	15	1	0	0	3	0	132	100.0%		

Fuente: ver cuadro No. 1.

En lo que se refiere a los trastornos digestivos, el más frecuente fue la gastritis con 86 casos siendo estos el 65.2% de los trastornos digestivos, seguido por úlcera péptica con 20 casos representando 15.2% de los trastornos digestivos, y el menos frecuente fue disentería con 1 caso que representa el 0.8% de los trastornos digestivos. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron las mujeres en el rango de edad de 31 a 45 años con 27 casos, seguidos por el rango de edad de 46 a 60 años con 26 casos y de 16 a 30 años con 22 casos (Cuadro No. 7 y Gráfica No. 7).

Gráfica No. 7

Trastornos Digestivos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 8

Trastornos Hepáticos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo

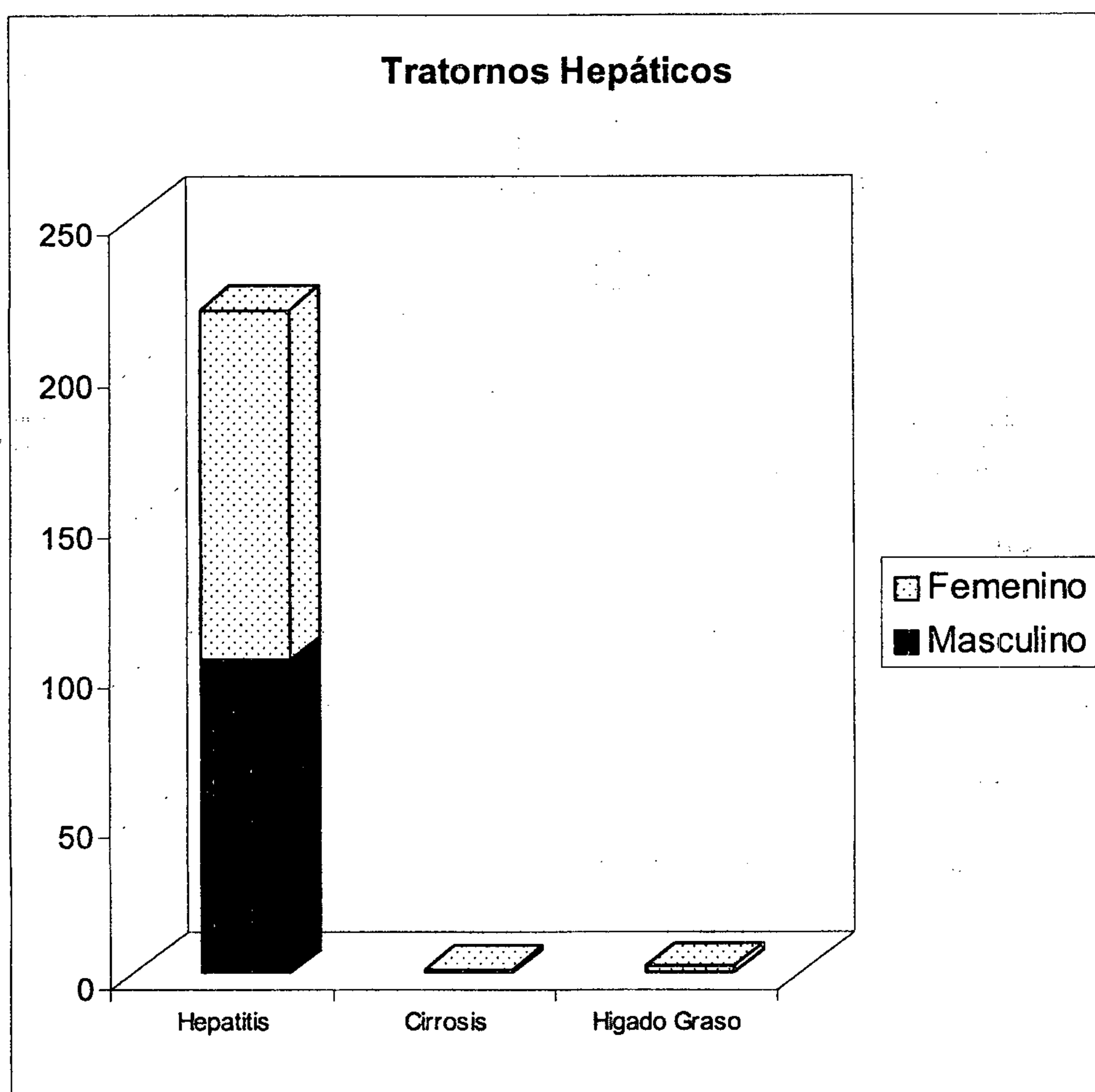
		Trastornos Hepáticos																								Total		Porcentaje	
		3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años							
		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F					
		C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N				
Hepatitis	No Clasificada	18	0	11	0	13	0	11	0	1	0	6	0	2	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	67	220	98.7%	
	Tipo A	28	0	30	0	29	0	41	0	4	0	8	0	1	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	148			
	Tipo B	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4			
	Tipo C	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
Cirrosis		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4%		
Hígado Graso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0.9%		
Total		49	0	41	0	42	0	53	0	5	0	14	0	4	0	6	0	4	0	4	0	0	0	1	0	223	100.0%		

Fuente: ver cuadro No. 1.

Respecto a los trastornos hepáticos, se presentó con mayor frecuencia la hepatitis con 220 casos representado un 98.7% de los trastornos hepáticos, le sigue el hígado graso con 2 casos que representa un 0.9% de los trastornos hepáticos y el menos frecuente fue cirrosis con un caso que corresponde al 0.4% de los trastornos hepáticos. Los más afectados por estos trastornos son los pacientes femeninos de 16 a 30 años con 53 casos, le siguen los pacientes masculinos en el rango de 3 a 15 años con 49 casos, y de 16 a 30 años con 42 casos. (Cuadro No. 8 y Gráfica No. 8).

Gráfica No. 8

Trastornos Hepáticos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 9

Trastornos Genitourinarios de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

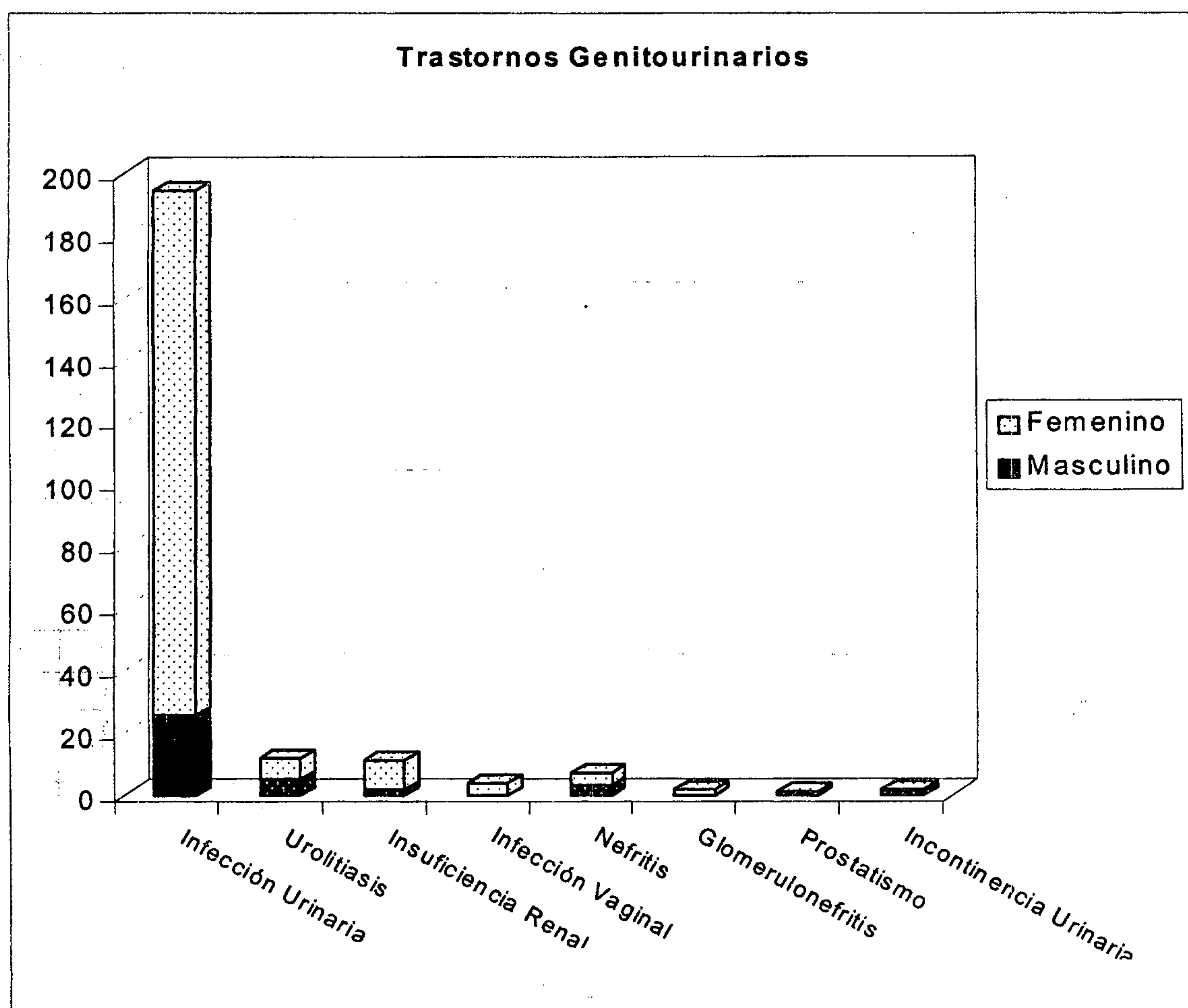
	Trastornos Genitourinario																								Total	Porcentaje
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años					
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N		
Infección Urinaria	10	0	29	0	8	0	43	1	3	0	39	1	3	0	32	0	0	0	18	0	2	0	5	0	194	83.3%
Urolitiasis	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	1	0	1	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	12	5.2%
Insuficiencia Renal	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	11	4.7%
Infección Vaginal	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.7%
Nefritis	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	7	3.0%
Glomerulonefritis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0.9%
Prostatismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0.4%
Incontinencia Urinaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.9%
Total	12	0	31	0	11	0	51	2	5	0	46	1	5	0	36	0	2	0	23	0	3	0	5	0	233	100.0%

Fuente: ver cuadro No. 1.

Con relación a los trastornos genitourinarios, los más frecuentes fueron las infecciones urinarias con 194 casos que representa 83.3% de los trastornos genitourinarios, seguido por urolitiasis con 12 casos representando el 5.2% de los trastornos genitourinarios, y el menos frecuente fue prostatismo con un caso que representa 0.4% de los trastornos genitourinarios. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron las mujeres en el rango de edad de 16 a 30 años con 51 casos, seguidos por el rango de edad de 31 a 45 años con 46 casos y de 46 a 60 años con 36 casos (Cuadro No. 9 y Gráfica No. 9).

Gráfica No. 9

Trastornos Genitourinarios de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

En los trastornos endócrinos, el más frecuente fue diabetes mellitus con 66 casos que representan el 84.6% de los trastornos endócrinos, le sigue la dismenorrea con 5 casos con un 6.4% de los trastornos; el hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, síndrome de Cushing y la enfermedad de Addison no presentaron casos. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron las mujeres en el rango de edad de 61 a 75 años con 28 casos, seguidos por el rango de edad de 46 a 60 años con 19 casos y de 16 a 30 años con 9 casos (Cuadro No. 10 y Gráfica No. 10).

Cuadro No. 10

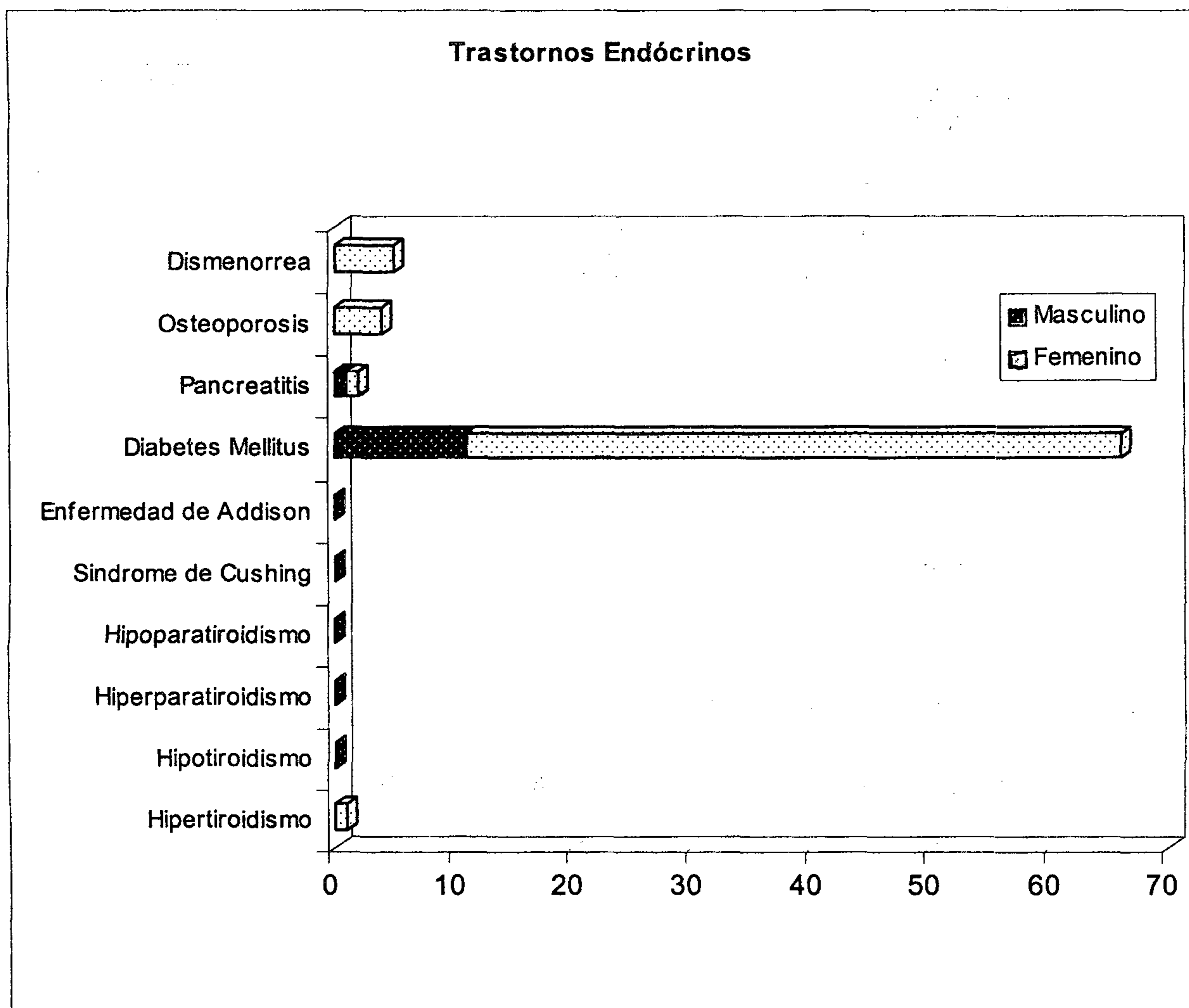
Trastornos Endócrinos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

		Trastornos Endócrinos																								Total	Porcentaje			
		3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años								
		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F						
		C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N					
Hipertiroidismo		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.3%			
Hipotiroidismo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%		
Hiperparatiroidismo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%		
Hipoparatiroidismo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%		
Síndrome de Cushing		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%		
Enfermedad de Addison		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%		
Diabetes Mellitus	No Clasificada	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	3	0	16	2	4	0	19	1	2	0	2	0	53	66	84.6%		
	Tipo I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2				
	Tipo II	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	4	0	0	0	2	0	11				
Pancreatitis		0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.6%			
Osteoporosis		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	5.1%			
Dismenorrea		0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6.4%			
Total		0	0	0	0	1	0	9	0	1	0	3	0	3	0	19	2	5	0	28	1	2	0	4	0	78	100.0%			

Fuente: ver cuadro No. 1.

Gráfica No. 10

Trastornos Endócrinos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 11

Trastornos Hematopoyéticos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

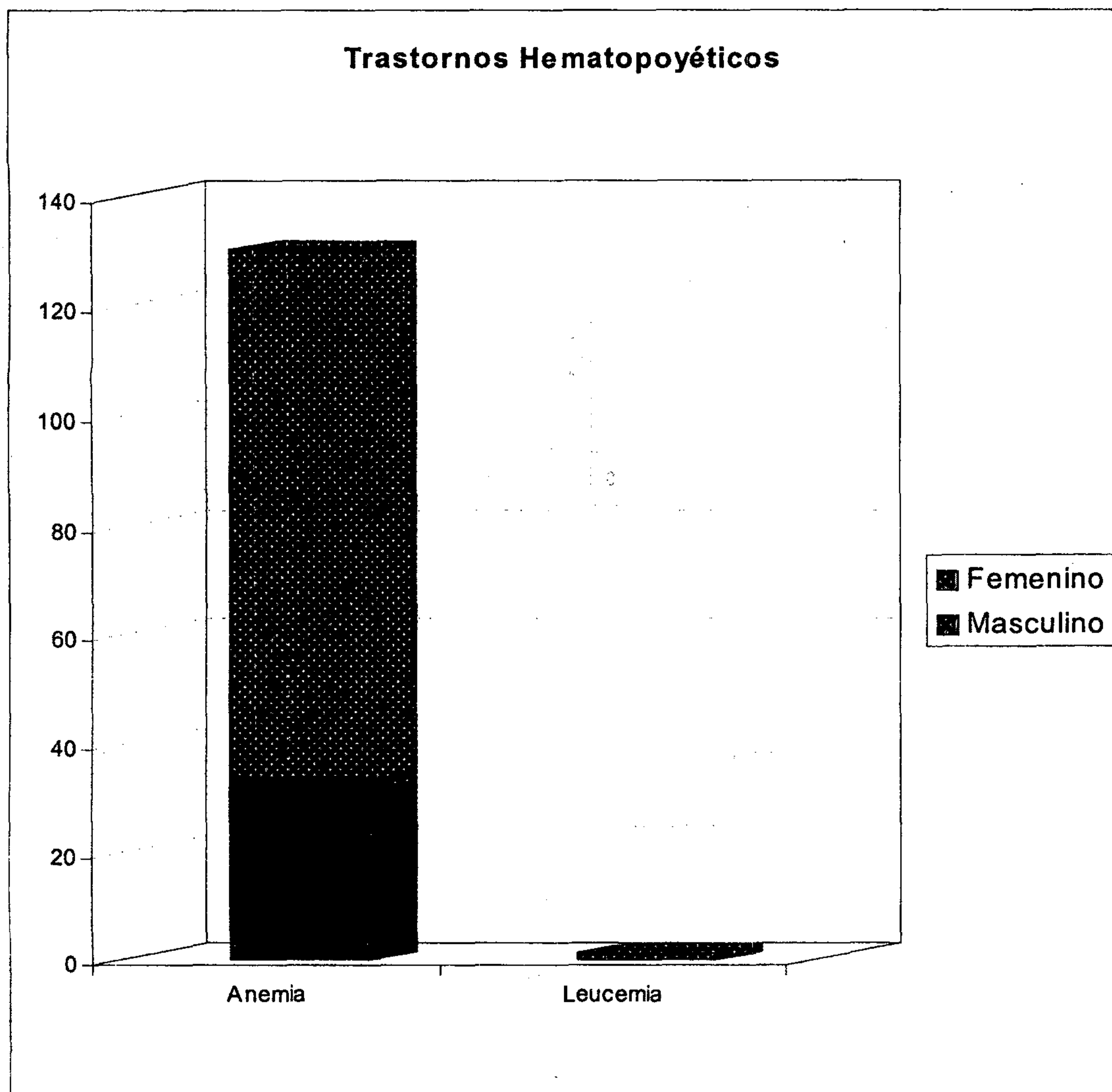
		Trastornos Hematopoyéticos																								Total		Porcentaje	
		3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años							
		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F					
		C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N				
Anemia	Anemia No Clasificada	17	0	14	0	6	0	28	2	2	0	15	0	2	0	18	0	1	0	9	0	0	0	0	0	114	130	99.2%	
	Anemia Ferropénica	2	0	0	0	1	0	8	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16			
Leucemia		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.8%		
Total		19	0	14	0	7	0	37	2	3	0	17	0	3	0	19	0	1	0	9	0	0	0	0	0	131	100.0%		

Fuente: ver cuadro No. 1.

En los trastornos hematopoyéticos, el más frecuente fue anemia con 130 casos (99.2% de los trastornos), y el menos frecuente leucemia con 1 caso (0.8% de los trastornos). Las personas más afectadas por estos trastornos fueron las mujeres en el rango de edad de 16 a 30 años con 37 casos, seguidos por el rango de edad de 46 a 60 años con 19 casos y los hombres de 3 a 15 años con 19 casos (Cuadro No. 11 y Gráfica No. 11).

Gráfica No. 11

Trastornos Hematopoyéticos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 12

Trastornos Hemostáticos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

	Trastornos Hemostáticos																								Total	Porcentaje
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años					
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N		
Hemofilia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Púrpura Trombocitopénica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Embolia Pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Trombosis Profunda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	

Fuente: ver cuadro No. 1.

Respecto a los trastornos hemostáticos, únicamente se encontraron 2 casos, 1 de embolia pulmonar y 1 de trombosis profunda. No se encontraron casos de hemofilia y púrpura trombocitopénica. Los 2 casos correspondieron al sexo Masculino, 1 caso fue del rango de edades de 46 a 60 años y 1 al rango de 61 a 75 años (Cuadro No. 12).

Cuadro No. 13

Trastornos del Sistema Nervioso de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

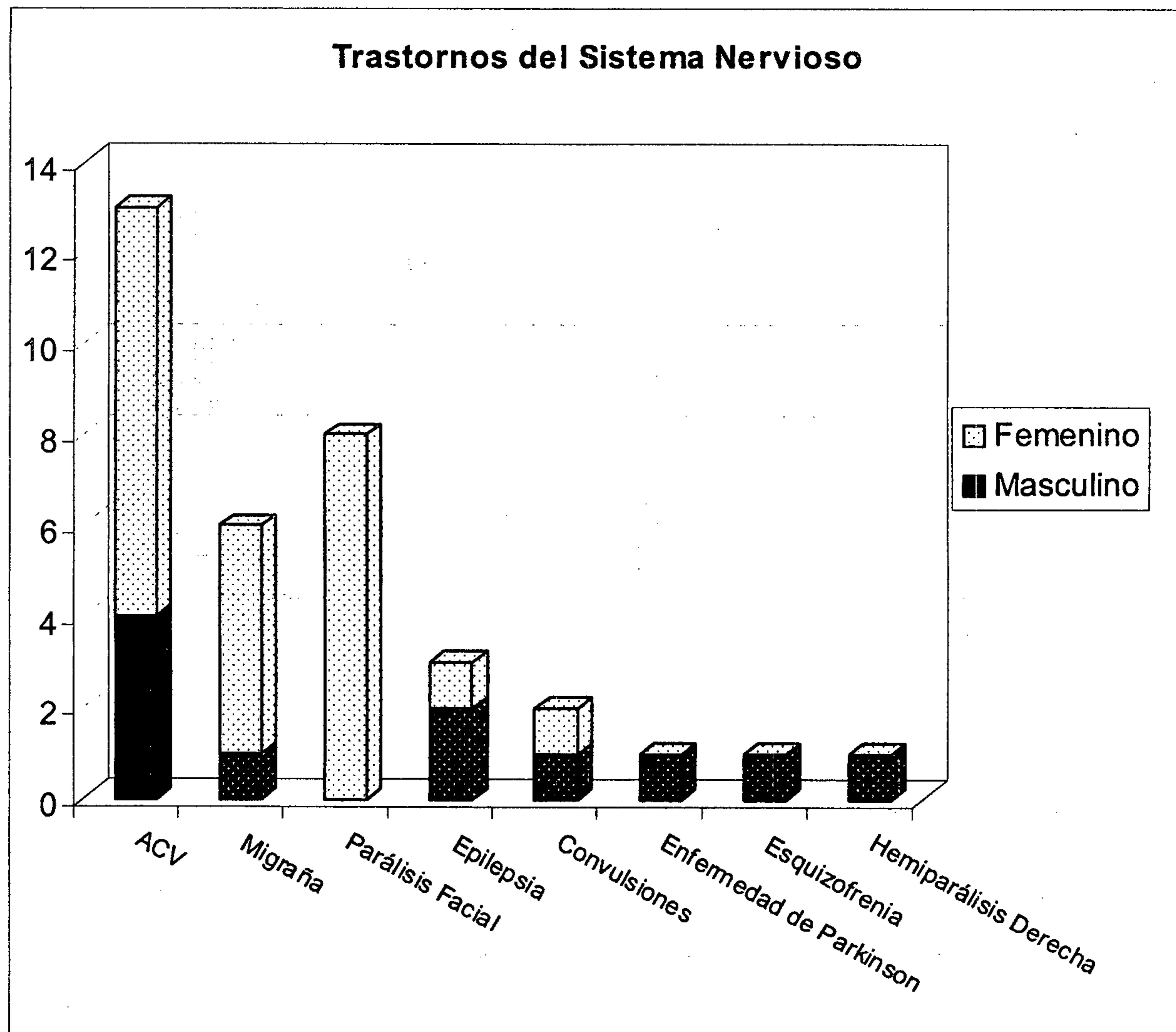
	Trastornos del Sistema Nervioso																								Total	Porcentaje
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años					
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N		
ACV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	2	0	4	0	0	0	1	0	13	37.1%
Migraña	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	17.1%
Parálisis Facial	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	8	22.9%
Epilepsia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8.6%
Convulsiones	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5.7%
Enfermedad de Parkinson	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2.9%
Esquizofrenia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9%
Hemiparálisis Derecha	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9%
Total	1	0	1	0	1	0	3	0	4	0	3	0	2	0	7	0	2	0	9	0	1	0	1	0	35	100.0%

Fuente: ver cuadro 1.

Con relación a los trastornos del sistema nervioso, los más frecuentes fueron los accidentes cerebrovasculares con 13 casos (37.1% de los trastornos del sistema nervioso), seguido por la parálisis facial con 8 (22.9% de los trastornos) casos, y los menos frecuentes fue enfermedad de Parkinson, esquizofrenia y semiparálisis derecha con un caso cada uno que representa 2.9% de los trastornos del sistema nervioso. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron las mujeres en el rango de edad de 61 a 75 años con 9 casos, seguidos por el rango de edad de 46 a 60 años con 7 casos y por los hombres de 31 a 45 años con 4 casos (Cuadro No. 13 y Gráfica No. 12).

Gráfica No. 12

Trastornos del Sistema Nervioso de los pacientes del estudio distribuidos por sexo



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 14

Trastornos Infecciosos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

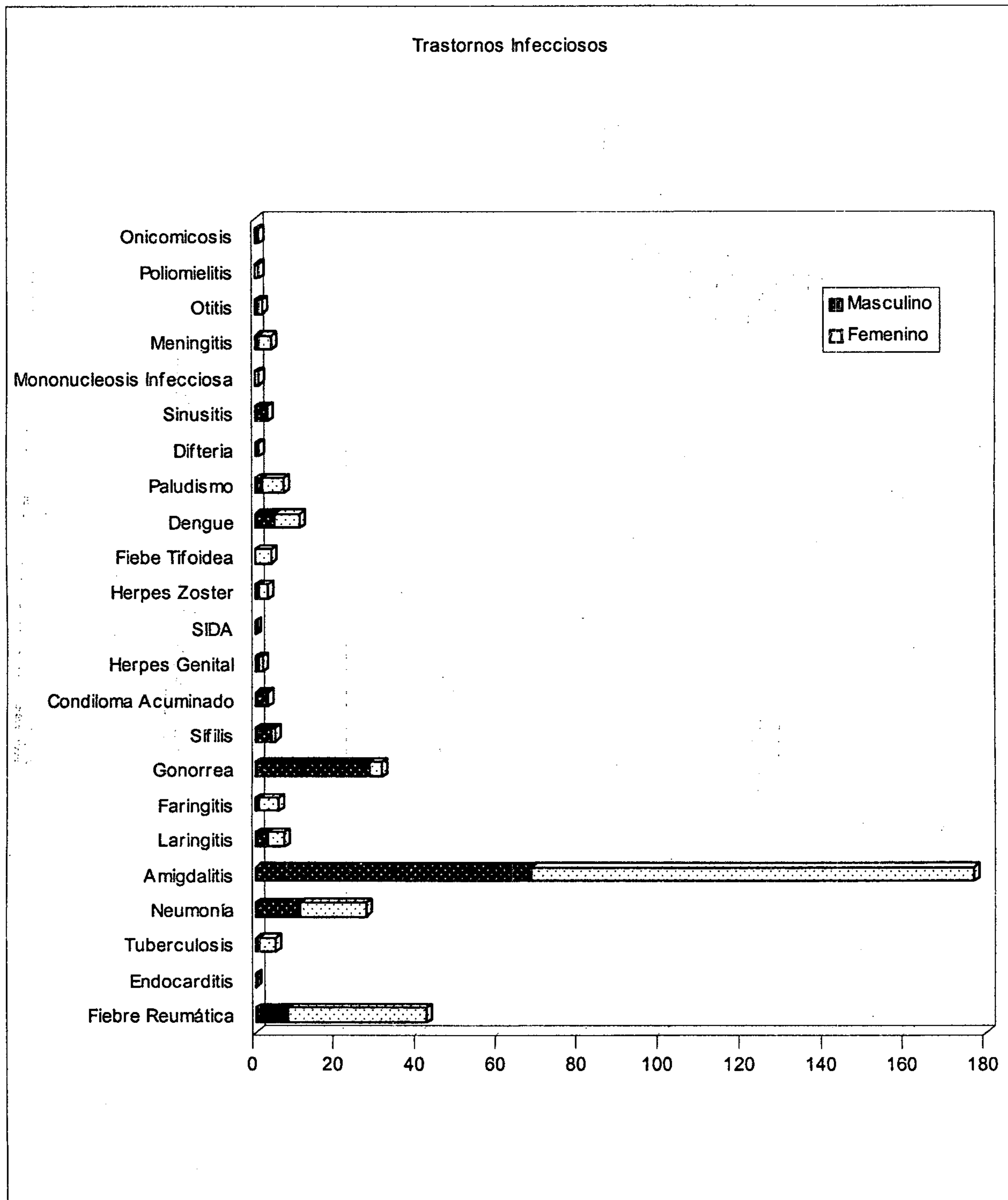
	Trastornos Infecciosos																				Total	Porcentaje					
	3 - 15 años		16 - 30 años		31 - 45 años		46 - 60 años		61 - 75 años		76 - 92 años																
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F													
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N											
Fiebre Reumática	3	0	4	0	1	0	7	0	2	0	9	0	0	0	10	0	1	0	4	0	1	0	0	0	42	12.2%	
Endocarditis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
Tuberculosis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1.5%	
Neumonía	10	0	10	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	27	7.9%		
Amigdalitis	40	0	45	0	21	0	32	1	4	0	22	0	1	0	5	0	1	0	4	0	1	0	0	0	177	51.6%	
Laringitis	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2.0%	
Faringitis	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1.7%	
Gonorrea	0	0	0	0	7	0	0	0	11	0	1	0	6	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	31	9.0%	
Sífilis	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1.5%	
Condiloma Acuminado	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.9%	
Herpes Genital	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0.6%	
SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
Herpes Zoster	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0.9%	
Fiebre Tifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.2%	
Dengue	1	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	11	3.2%	
Paludismo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	7	2.0%	
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%	
Sinusitis	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.9%	
Mononucleosis Infecciosa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%	
Meningitis	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.2%	
Otitis	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.6%	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%	
Onicomicosis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%	
Total	58	1	65	0	38	1	48	1	21	0	40	0	11	0	29	0	8	0	12	0	5	0	5	0	343	100.0%	

Fuente: ver cuadro No. 1.

En lo que se refiere a los trastornos infecciosos, el más frecuente fue la amigdalitis con 177 casos (51.6%), seguido por fiebre reumática con 42 casos (10.2% de los trastornos), por gonorrea con 31 casos (9.0% de los trastornos), y los menos frecuentes fue endocarditis infecciosa y SIDA con 0 casos. Los pacientes más afectados por estos trastornos fueron de ambos sexos en el rango de edad de 3 a 15 años, de ellos 65 fueron mujeres y 58 hombres, seguidos por las mujeres en el rango de edad de 16 a 30 años con 48 casos (Cuadro No. 14 y Gráfica No. 13).

Gráfica No. 13

Trastornos Infecciosos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 15

Trastornos Inmunológicos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

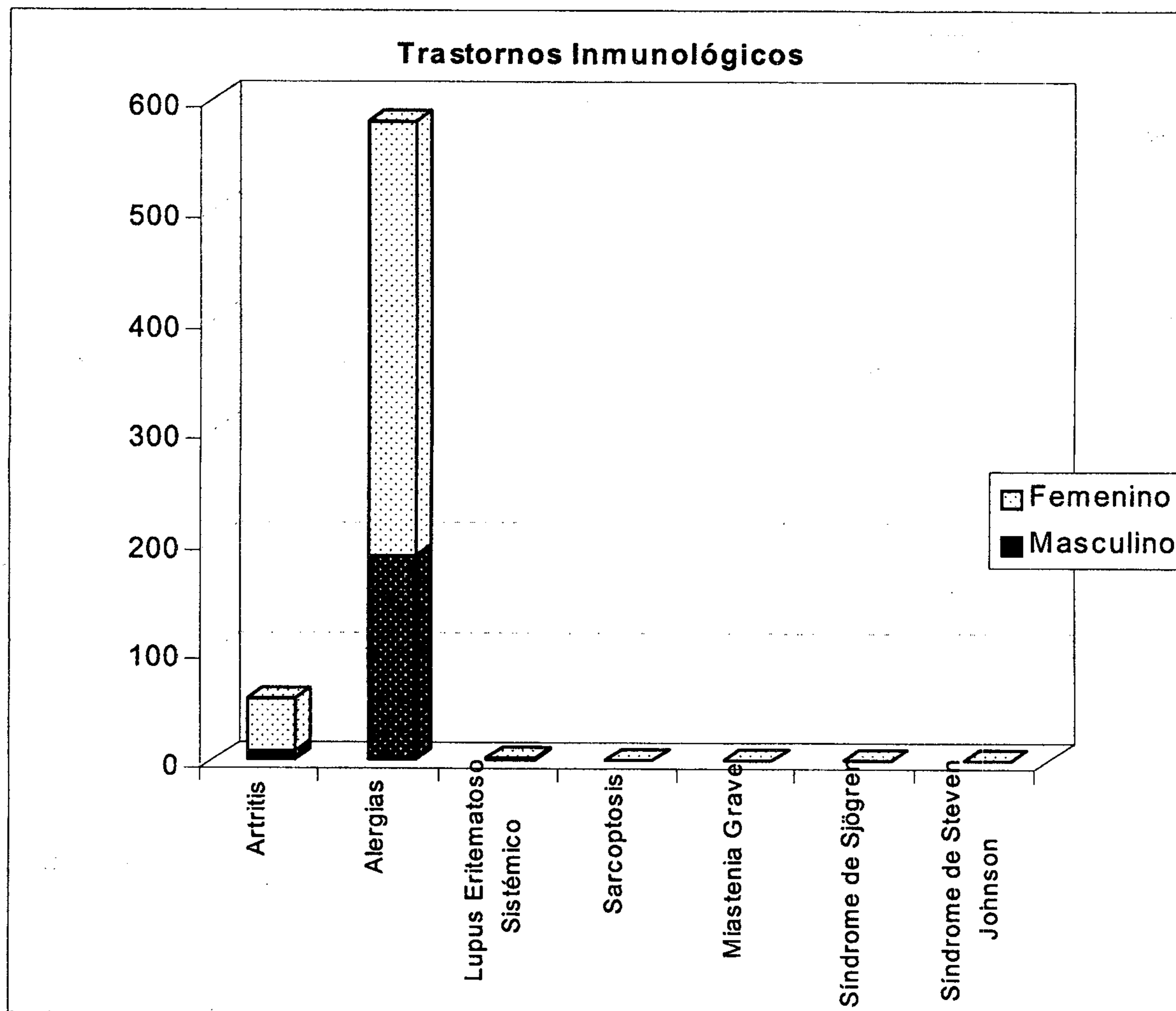
	Trastornos Inmunológicos																								Total	Porcentaje
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años					
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N		
Artritis	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	1	1	0	11	2	3	3	17	4	2	0	5	0	57	8.8%
Alergias	70	0	78	0	80	0	141	0	11	0	73	0	12	0	63	0	8	0	32	0	7	0	7	0	582	90.2%
Lupus Eritematoso Sistémico	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.3%
Sarcoptosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
Miastenia Grave	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
Síndrome de Sjögren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
Síndrome de Steven Jonson	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
Total	71	0	78	0	80	0	144	0	11	0	79	1	15	0	76	2	11	3	49	4	9	0	12	0	645	100.0%

Fuente: ver cuadro No. 1.

En los trastornos inmunológicos, el más frecuente fue la alergia con 582 casos (90.2% de los trastornos), seguido por artritis con 57 trastornos (8.8% de los trastornos) casos, siendo menos frecuente sarcoptosis, miastenia grave, síndrome de Sjögren y síndrome de Steven Jonson con un caso cada uno. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron las mujeres en el rango de edad de 16 a 30 años con 144 casos, seguidos por los hombres con el rango de edad de 16 a 30 años con 80 casos y las mujeres de 31 a 45 años con 79 casos (Cuadro No. 15 y Gráfica No. 14).

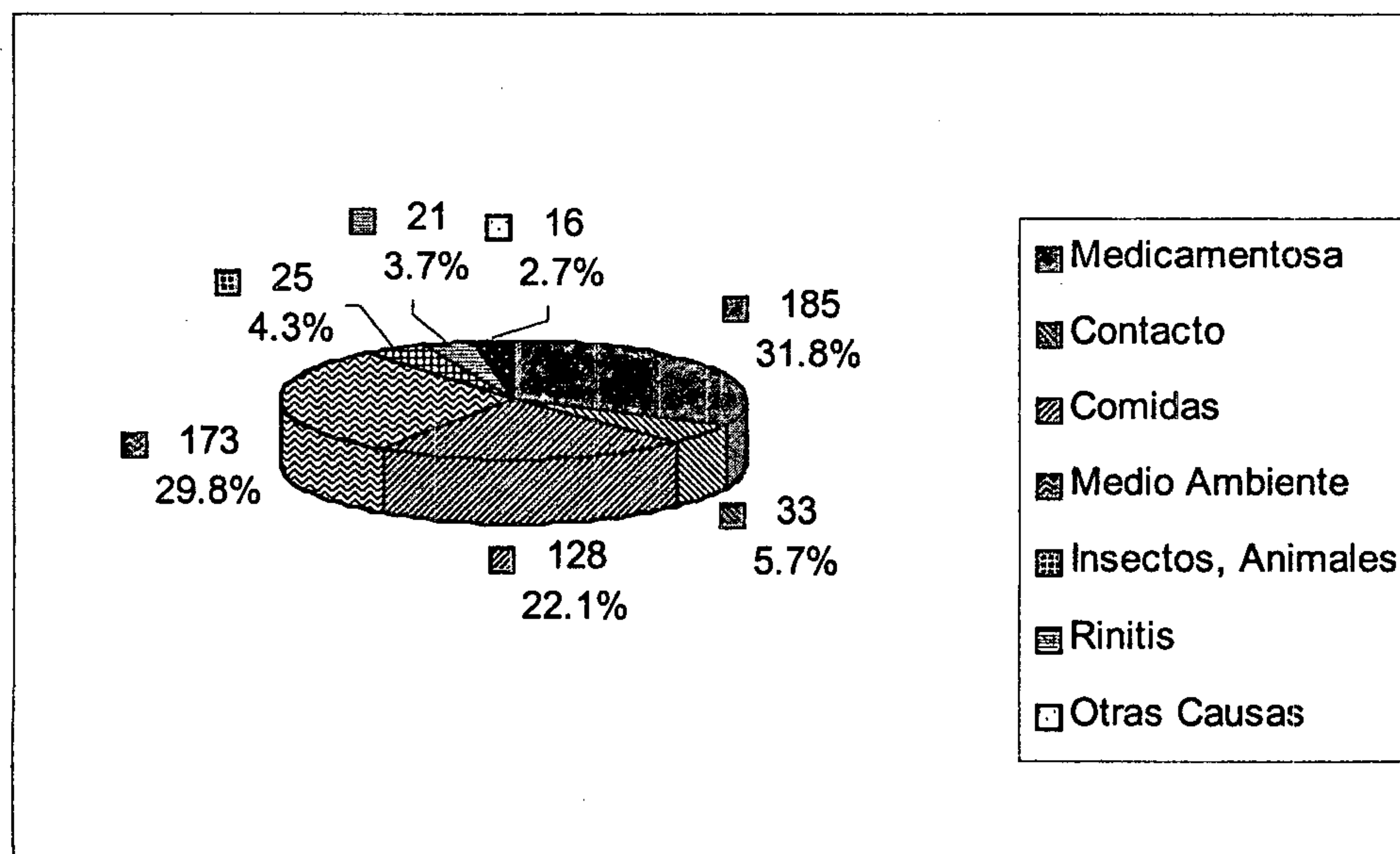
Gráfica No. 14

Trastornos Inmunológicos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad



Fuente: ver gráfica No. 1.

Gráfica No. 15
Alergias de los pacientes del estudio distribuidos por su origen



Fuente: ver gráfica No. 1.

De las 582 alergias, el 31.8 % fueron medicamentosas, el 5.7 % fueron de contacto, un 22.1% debido a cierto tipo de comidas, 29.8% al medio ambiente, 4.4% a los animales o picadura de insectos, 3.68% por rinitis alérgica, y 2.68% a otras causas (Gráfica No. 15.)

Cuadro No. 16

Trastornos Cancerosos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

	Cáncer																						Total	Porcentaje	
	3 - 15 años		16 - 30 años		31 - 45 años		46 - 60 años		61 - 75 años		76 - 92 años														
	M		F		M		F		M		F		M		F										
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N							
Cáncer de Mama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50.0%
Cáncer de Próstata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
Cáncer en el Pie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	25.0%
Cáncer Tiroideo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25.0%
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	100.0%

Fuente: ver cuadro No. 1.

Se encontraron 4 casos de historia de cáncer, 2 casos (50 % de los trastornos) de cáncer de mama, 1 casos (25% de los trastornos) de cáncer tiroideos y 1 (25% de los trastornos) de cáncer en el pie. Estos se presentaron en pacientes femeninos en el rango de edad de 31 a 45 años de edad con 2 casos, y un caso en el rango de 46 a 60 años. En hombres se presentó un solo caso que fue en el rango de edades de 61 a 75 años (Cuadro No. 16).

Cuadro No. 17

Trastornos Dermatológicos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

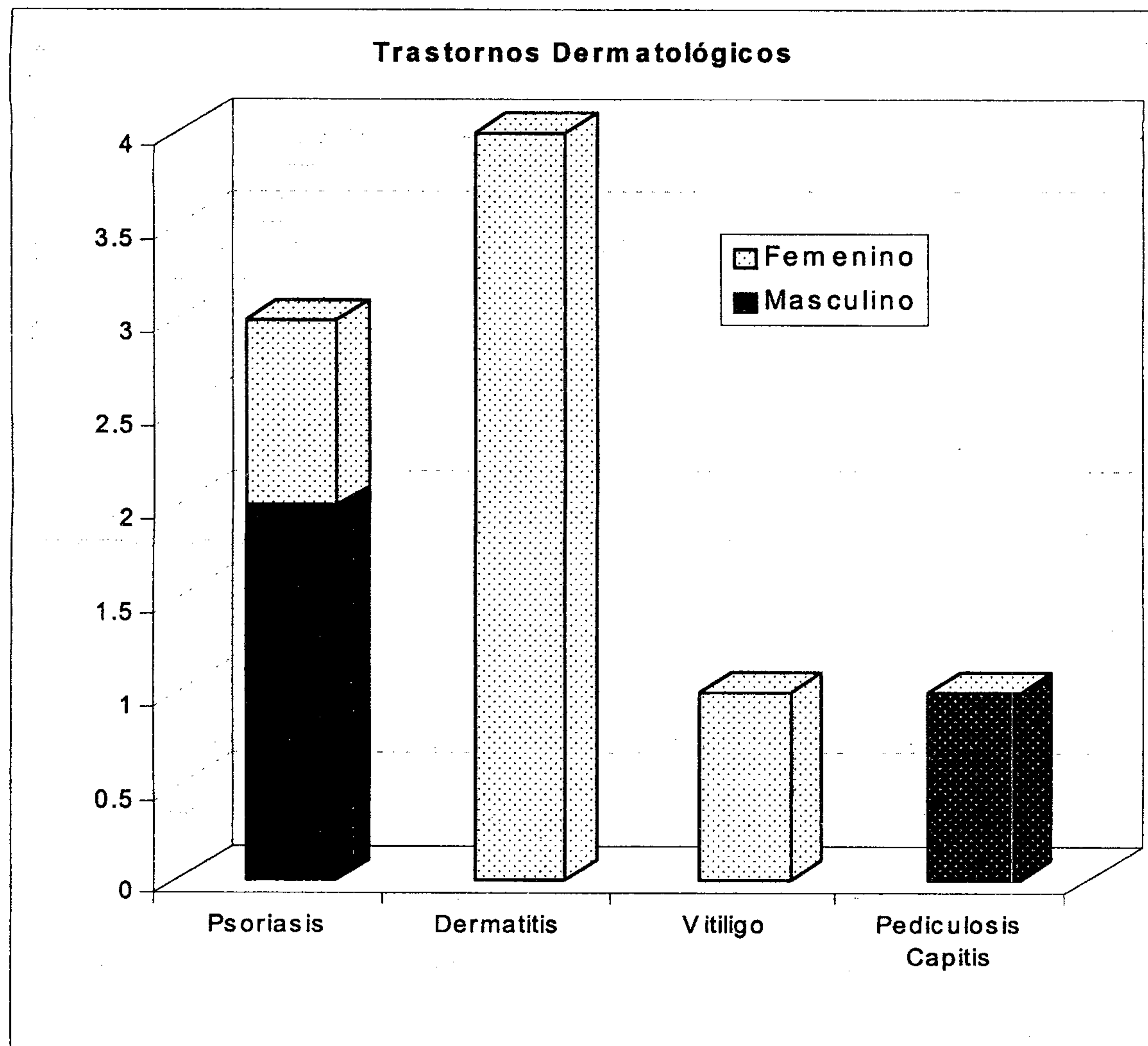
	Condiciones Dermatológicas																								Total	Porcentaje
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años					
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N		
Psoriasis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	33.3%
Dermatitis	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	44.4%
Vitiligo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1%
Pediculosis Capitis	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11.1%
Total	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	100.0%

Fuente: ver cuadro No. 1.

En relación a los trastornos dermatológicos, el más frecuente fue la dermatitis con 4 casos (44.4% de los trastornos), seguido por psoriasis con 3 (33.3%) casos, siendo menos frecuente vitiligo y pediculosis capitis con un caso cada uno. Las personas más afectadas por estos trastornos fueron las mujeres en el rango de edad de 16 a 30 años y de 46 a 60 años con 2 casos en cada grupo (Cuadro No. 17 y Gráfica No. 16).

Gráfica No. 16

Trastornos Dermatológicos de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad



Fuente: ver gráfica No. 1.

Cuadro No. 18

Otras Condiciones de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

	Otras Condiciones																				Total	Porcentaje				
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años						76 - 92 años			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F				M		F	
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N			C	N	C	N
Embarazos	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	62.5%
Bulimia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5%
Raquitismo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5%
Gota	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5%
Total	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	400.6%

Fuente: ver cuadro No. 1.

Otras condiciones que se encontraron fueron los embarazos, bulimia, raquitismo y gota. En total se reportó un total de 5 pacientes embarazadas al momento del ingreso, 1 caso de bulimia, 1 de raquitismo y 1 de gota (Cuadro No. 18).

Cuadro No. 19

Las 10 enfermedades más frecuentes de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad

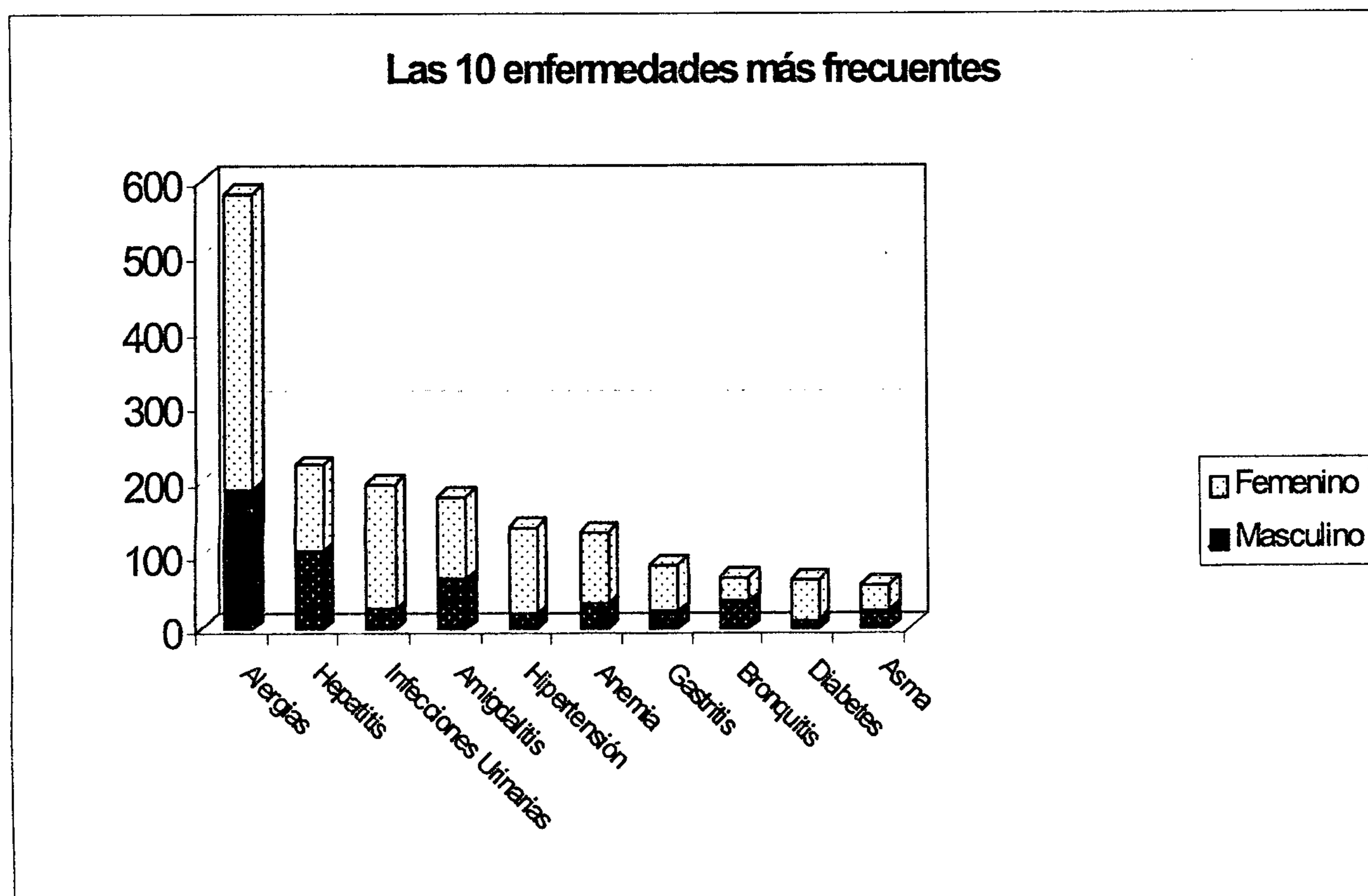
	Las 10 Enfermedades más frecuentes																								Total
	3 - 15 años				16 - 30 años				31 - 45 años				46 - 60 años				61 - 75 años				76 - 92 años				
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		
	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	
Alergias	70	0	78	0	80	0	141	0	11	0	73	0	12	0	63	0	8	0	32	0	7	0	7	0	582
Hepatitis	49	0	41	0	42	0	53	0	5	0	14	0	4	0	6	0	4	0	2	0	0	0	0	0	220
Infecciones Urinarias	10	0	29	0	8	0	43	1	3	0	39	1	3	0	32	0	0	0	18	0	2	0	5	0	194
Amigdalitis	40	0	45	0	21	0	32	1	4	0	22	0	1	0	5	0	1	0	4	0	1	0	0	0	177
Hipertensión	0	0	0	0	1	0	7	1	0	0	13	2	5	0	33	5	10	0	42	2	4	0	12	0	137
Anemia	19	0	14	0	7	0	36	2	3	0	17	0	3	0	19	0	1	0	9	0	0	0	0	0	130
Gastritis	2	0	2	0	8	1	17	1	5	0	18	0	2	0	13	0	5	0	9	0	0	0	3	0	86
Bronquitis	27	1	14	0	4	0	8	0	2	0	1	0	2	0	8	0	0	0	2	0	0	0	0	0	69
Diabetes	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	2	0	3	0	19	2	5	0	24	1	2	0	4	0	66
Asma	11	1	12	0	9	0	8	0	0	0	3	0	2	0	7	0	2	0	2	0	0	0	2	0	59
Totales	228	2	235	0	180	1	348	6	34	0	201	3	37	0	205	7	36	0	144	3	16	0	33	0	1720

Fuente: ver cuadro No. 1.

Dentro de los 10 trastornos más frecuentes el más frecuente fue la alergia con 582 casos, siguiéndole la hepatitis con 220 casos, la infección urinaria con 194 casos, la amigdalitis con 177 casos, la hipertensión con 137 casos, la anemia con 130 casos, la gastritis con 86 casos, la bronquitis con 69 casos, la diabetes mellitus con 66 casos y el asma con 59 casos (Cuadro No. 19 y Gráfica No. 17).

Gráfica No. 17

Las 10 enfermedades más frecuentes de los pacientes del estudio distribuidos por sexo y edad



Fuente: ver gráfica No. 1.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio se realizó con el objetivo principal de establecer la clasificación, frecuencia y distribución de las enfermedades sistémicas que padecen los pacientes que acudieron a las clínicas de la Facultad de Odontología durante los años 1998 a 2002. Durante este período acudieron un total de 12774 pacientes, por lo que en este estudio se incluyó un total de 2710 fichas clínicas, las que fueron seleccionadas al azar y que representan un 21.1% del total. Para ello se tomó en cuenta que el promedio anual de pacientes aproximadamente 2500.

De las 2710 fichas, el 60.2% correspondió a pacientes del sexo femenino, lo que probablemente se debió al horario de atención, ya que el horario es de 7:30 de la mañana a 3:30 de la tarde, período que favoreció a que asistieran más mujeres que hombres, por encontrarse éstos últimos en horario de trabajo. Como puede observarse en el cuadro No.2 donde se observa que del rango de edad de 25 años en adelante predomina más el sexo femenino. El rango de edades fue de 3 a 92 años, siendo el promedio de 27 años de edad.

Con los resultados obtenidos de la ficha se puede determinar que un 46.4 % de los pacientes son sanos, es decir que no refirieron trastorno alguno al momento del ingreso a las clínicas de la Facultad de Odontología de la USAC, y el 53.6 % restante tenía por lo menos un trastorno en su historia médica anterior. Esto indica que el odontólogo debe tomar en cuenta que la mayoría de pacientes que acuden a esta

clínica presenta por lo menos un trastorno y que este debe ser tomado en cuenta a la hora de iniciar su tratamiento para evitar futuras complicaciones.

Las enfermedades y trastornos encontrados se clasificaron por el tipo de alteración en 14 diferentes grupos, cada grupo posteriormente fue analizado por edad, sexo y el control médico que se tenga o se haya tenido al momento de padecer la enfermedad, encontrándose un total de 2225 trastornos.

De acuerdo con los datos obtenidos, el trastorno más frecuente fue el de tipo inmunológico con 29.0% de los padecimientos, seguidos por los infecciosos con 15.4%, genitourinarios con 10.5%, hepáticos con 10.0% y por los cardiovasculares con 9.2%. El trastorno menos frecuente fue el de tipo hemostático con un 0.1% de los casos.

En relación a los trastornos cardiovasculares es importante que el 66.8% correspondió a la hipertensión, siendo ésta mas frecuente en mujeres de 61 a 75 años, sin embargo es de hacer notar que al aumentar la edad este problema es más frecuentemente reportado. El odontólogo debe tener precaución con los pacientes que refieran historia de presión alta, que presente los síntomas, y tomar en cuenta que la ansiedad en la sala de espera del consultorio puede incrementar la presión arterial, incluso el uso de anestésicos con vasoconstrictor (que son los más usados) tiende a aumentar la presión arterial y puede causar alguna complicación o malestar en el paciente. También se debe indagar sobre los medicamentos que el paciente esté tomando para controlar la hipertensión, preguntarle cada cuanto los toma, si lo tomó o

no lo tomó el día de la consulta. El odontólogo siempre debe tomar la presión arterial antes del tratamiento, especialmente si es largo y así poder estar seguro que el tratamiento no representa riesgo para el paciente. La hipertensión se presentó en 5.1% de los pacientes objeto de este estudio, este porcentaje es bajo comparado el 20% que se reporta en estudios extranjeros ⁽⁴⁾. El siguiente trastorno observado fue el soplo cardíaco el cual como era de esperarse fue más frecuente en los rangos de edad más bajos (3 a 30 años) probablemente por tratarse de problemas de tipo congénito. Otras afecciones importantes fueron hipotensión, arritmia e infarto al miocardio. El sexo femenino fue el más afectado, pero no es posible concluir que sea una afección ligada al sexo ya que el número de mujeres que participó en este estudio fue mayor.

Los trastornos respiratorios más frecuentes fueron bronquitis (39.1%) historia de asma (33.3%) y gripe o IRS (25.4%). Es importante hacer notar que estos tres trastornos se presentaron en el rango de edad de 3 a 15 años, datos que coinciden con los reportados por el Ministerio de Salud donde se indica que estos trastornos son una causa de morbilidad importante en este rango de edad. Se debe tomar en cuenta que uno de los factores desencadenantes de la bronquitis es el tabaquismo, por lo que es de esperarse que el paciente fumador tenga la mucosa oral irritada debido al tabaco al igual que halitosis y probablemente una higiene deficiente acompañada de la enfermedad periodontal. En estadísticas extranjeras ⁽⁴⁾, un 6% de los pacientes presenta bronquitis, sin embargo en este estudio se detectó que un 2.5% padecieron de esta enfermedad. En cuanto a los pacientes con asma, debemos tomar en cuenta que un ataque de ansiedad que puede darse al momento de empezar el tratamiento es

uno de los factores desencadenantes de los ataques asmáticos, además estos pacientes tienden a tener alterada la oclusión, enfermedad periodontal acentuada y erosiones de esmalte provocadas por los medicamentos. Este estudio reflejó que 2.1% de la población de este estudio refirió historia de asma, siendo ligeramente bajo en comparación con el 4.9% que se reporta en los Estados Unidos ⁽⁴⁾.

Respecto a los pacientes con trastornos digestivos, se encontró que 65.2% (86 pacientes) padecían de gastritis siendo más común en los pacientes femeninos de 31 a 45 años con 18 casos. En la gastritis, a los pacientes se les debe recetar medicamentos que no iriten la mucosa gástrica pues esta puede evolucionar y crear problemas posteriores como úlceras. Se encontró que 15.2% (20 pacientes) de los casos eran de úlcera péptica y fue más frecuente en pacientes femeninos de 46 a 60 años con 7 casos; 14.4% (19 pacientes) tenían colon irritable y fue más frecuente en pacientes femeninos de 46 a 60 años. Se observó que 4.5% (6 pacientes) padecieron de amebiasis y fue más frecuente en pacientes masculinos de 3 a 15 años con 2 casos; encontrándose un caso de disentería que se dio en un paciente femenino en el rango de 46 a 60 años representando el 0.8% de los trastornos digestivos.

De los pacientes con historia de trastornos hepáticos, se encontró que 98.7% (220 pacientes) de los casos correspondieron a hepatitis, de los cuales 67 no fueron clasificados ya que no se proporcionaron los datos en las fichas evaluadas, 148 casos fueron de tipo A, 4 casos de tipo B y un caso de tipo C, siendo más frecuente la tipo A en pacientes de sexo femenino de 16 a 30 años. La presencia de hepatitis es un factor

importante que debe tomarse en cuenta, primero porque existe riesgo que el paciente presente daño hepático y por consiguiente tener alterados los factores de la coagulación y la absorción de medicamentos. Por otro lado al estar el paciente con enfermedad activa puede existir el riesgo de contaminación, por lo que siempre deben tomarse en cuenta las precauciones necesarias. En el rango de edad de 61 a 92 años se encontró hígado graso (0.9%) y cirrosis (0.4%) proceso altamente relacionado con la degeneración de órganos por la edad.

En cuanto a los trastornos genitourinarios, el más frecuente fue la infección urinaria con un 83.3%. Este trastorno se presentó en todos los rangos de edad, pero el más afectado fue el rango de 16 a 30 años. Es importante hacer notar que aunque ambos sexos fueron afectados como era de esperarse fue mayor la frecuencia en el sexo femenino. Este trastorno es importante que el odontólogo lo tome en cuenta ya que en las afecciones crónicas, por el tratamiento con antibióticos, el paciente puede sufrir de candidiasis, por lo cual deberá administrarse el medicamento adecuado. Datos extranjeros reportan que un 40 % de los pacientes femeninos reportan este padecimiento ⁽⁴⁾, sin embargo en este estudio el dato reportado fue menor, ya que se observó un 6.2%. Otros trastornos observados fueron urolitiasis (5.2%), insuficiencia renal (4.7%) y nefritis (3%).

En relación a los pacientes con trastornos endócrinos, 67.1% (66 pacientes) padecían de diabetes, de los cuales 53 casos no estaban clasificados en la ficha clínica, 2 casos era de diabetes tipo I (insulinodependiente), y 11 casos de diabetes tipo

II (no insulino dependiente). En la diabetes mellitus, el odontólogo debe tomar en cuenta que el paciente tiene la cicatrización más lenta que la de un paciente normal, puede tener enfermedad periodontal avanzada, puede haber xerostomía y por consiguiente caries avanzadas, estos pacientes son susceptibles a infecciones, estas condiciones empeoran si el paciente no está controlado. La diabetes mellitus se presentó en 2.4% de la población de este estudio, siendo ligeramente bajo en comparación con el 5.9% que se reporta en los Estados Unidos ⁽⁴⁾. De la totalidad de pacientes que presentaron diabetes, fue más frecuente en mujeres de 61 a 75 años con 19 casos controlados los cuales no tenían clasificación en la ficha clínica. En cuanto a los trastornos menstruales, 6.4 % (5 pacientes) presentaron dismenorrea (dolor menstrual) y fue más frecuente en pacientes de 16 a 30 años con 4 casos. Además 5.1% (4 pacientes) tenían osteoporosis presentándose todos en mujeres de 61 a 75 años con 4 casos; 2.6% (2 pacientes) con pancreatitis y se presentaron en pacientes de 16 a 30 años uno masculino y el otro femenino. Se observó también un caso de hipertiroidismo y otro de tiroiditis.

Respecto a los pacientes con trastornos hematopoyéticos se registró que 99.2% (130 pacientes) padecieron de anemia, de ellos 114 casos no se clasificaron en las fichas clínicas, siendo más frecuente en pacientes femeninos de 16 a 30 años con 28 casos, además se presentaron 16 casos de anemia ferropénica es importante hacer notar que por carecer las anemias de clasificación no puede ser comparado con otros estudios similares, pero por las características de nuestro ambiente es de esperar que se deban a la deficiencia de hierro. El valor tan alto de anemia observado debe ser

tomado en cuenta ya que demuestra el déficit alimentario de nuestra población. En el caso de tener anemia, se puede esperar que el paciente tenga gingivorragias espontáneas, sensibilidad y dolor en la lengua, parestesias en los tejidos orales, puede ser más susceptible a infecciones y retardo en la cicatrización por lo que el odontólogo debe tomar en cuenta estas anomalías al momento de tratar al paciente. La anemia se presentó en 4.8% de los pacientes del estudio, este porcentaje es bajo también en comparación con el 10.7% que se reporta en los Estados Unidos ⁽¹⁾. Se presentó también un paciente de sexo femenino en el rango de 16 a 30 años que padecía de leucemia.

Debido que en algunos de los tratamientos dentales puede haber hemorragia se debe tener especial interés en lo que son los trastornos de la coagulación. Sin embargo no se encontró ningún caso de hemofilia o de púrpura trombocitopénica, aunque se encontró un caso de embolia pulmonar y uno de trombosis profunda. Esto nos indica que estos pacientes deben tener una terapia anticoagulante para evitar que se repita el trastorno, así mismo debemos tener precaución con las pacientes que refieren historia de infarto al miocardio porque estos pacientes también tienen una terapia anticoagulante. Los pacientes con historia de hepatitis crónica junto con los pacientes con cirrosis pueden tener alterada la coagulación. Los trastornos hemostáticos representan un 0.1% del total de los trastornos encontrados.

De los pacientes con trastornos del sistema nervioso, el 37.1% (13 pacientes) padecieron de accidente cerebrovascular presentándose en mayor frecuencia en

pacientes del sexo femenino en el rango de 46 a 60 años con 4 casos y de 61 a 75 años también con 4 casos. Se observó un 22.9% (8 pacientes) con parálisis facial, esta fue más frecuente en pacientes femeninos de 61 a 75 años con 4 casos; 17.1% (6 pacientes) padecieron de migraña siendo los pacientes más afectados pacientes femeninos de 16 a 30 años. El 8.6% (3 pacientes) reportó tener epilepsia y se presentó con mayor frecuencia en mujeres de 31 a 45 años con 2 casos; 5.7% (2 pacientes) padecieron de convulsiones, uno de ellos corresponde a un paciente de género femenino en el rango de 3 a 15 años, y el otro a un paciente de género masculino en el rango de 16 a 30 años. Además se reportó un caso de enfermedad de Parkinson, y un caso de hemiparálisis derecha.

En cuanto a las enfermedades infecciosas, la más común fue la amigdalitis con 177 casos representando un 51.6% de los trastornos infecciosos, siendo más frecuente en el rango de edad de 3 a 15 años predominantemente en los pacientes femeninos con 45 casos. En las amigdalitis, los pacientes pueden tener sensibilidad en el maxilar inferior, y si la amigdalitis no es tratada, se puede desarrollar una fiebre reumática. La fiebre reumática representó un 12.2% de los trastornos infecciosos y fue más frecuente en pacientes de sexo femenino de 46 a 60 años con 10 casos. Le sigue la gonorrea que corresponde al 9.0% de los trastornos infecciosos siendo, como era de esperarse, más frecuente en pacientes de sexo masculino en el rango de 31 a 45 años con 11 casos. La neumonía representó un 7.9% de los casos y se presentó con más frecuencia en pacientes de 3 a 15 años sin diferencia en cuanto al sexo. Se encontró

un 3.2% de casos de dengue, correspondiendo dos casos al rango femenino de 31 a 45 años y de 76 a 92 años cada uno y otros dos pacientes masculinos de 16 a 30 años.

Dentro de los trastornos inmunológicos sobresalen la alergia con un 90.2% (582 casos) de trastornos inmunológicos, siendo más frecuente en pacientes de sexo femenino del rango de 16 a 30 años con 141 casos. La artritis representó un 8.8% (57 casos) de los trastornos inmunológicos, es más frecuente en pacientes de sexo femenino en el rango de 61 a 75 años con 17 casos, lo cual es de esperarse ya que al aumentar la edad los procesos degenerativos incrementan. El lupus correspondió a 0.3% (2 casos) de los trastornos inmunológicos, lo presentaron como se esperaba pacientes femeninos, uno en el rango de 16 a 30 años y el otro caso en el rango de 46 a 60 años. Se presentó un caso de miastenia grave, un caso de sarcoptosis, un caso son síndrome de Sjögren y un caso de síndrome de Steven Johnson.

En nuestro campo debemos tener cuidado con los pacientes alérgicos, del 100% de las alergias, 31.8% fueron a medicamentos, a estos pacientes se le debe recetar fármacos que no le causen una reacción alérgica. Con una buena anamnesis se puede evitar que el paciente tenga un cuadro alérgico a causa del medicamento recetado.

Se registraron cuatro casos de cáncer, dos de ellos de cáncer de mama, 1 de ellos tiroideo y el otro caso sólo se clasificó como cáncer de pie ya que no se especificaba que tipo de cáncer había sido.

También se presentaron trastornos dermatológicos ellos incluyeron 3 casos de psoriasis, 4 casos de dermatitis, 1 caso de vitiligo y uno de pediculosis capitis (piojos de la cabeza). Los trastornos dermatológicos representaron un 0.4% de los trastornos.

Al momento de realizar el ingreso 5 pacientes estaban embarazadas, 1 paciente refirió haber sido bulímica, 1 con historia de raquitismo y paciente refiere padecer de gota.

Se puede concluir que de todos los trastornos y enfermedades incluidos en la ficha, los diez más frecuentes, en su orden de frecuencia, son: alergias, hepatitis, infecciones urinarias, amigdalitis, hipertensión, anemia, gastritis, bronquitis y diabetes.

Los resultados de este estudio demuestran que el odontólogo no debe considerar a todo paciente sano, debe indagar al respecto y sospechar de cualquier molestia que el paciente pueda tener y realizar las consultas y exámenes necesarios para que al momento de realizarle un tratamiento el procedimiento realizado tenga éxito y evolucione de la manera esperada por el odontólogo. Por otro lado se evidencia la necesidad de completar lo más exacto posible los datos del paciente en la ficha y sobretodo que el paciente proporcione datos exactos y fidedignos a fin de garantizar el éxito del tratamiento y del desarrollo de futuras complicaciones.

CONCLUSIONES

1. Del total de la muestra 53.6% de los pacientes presentó historia de haber padecido uno o más trastornos o enfermedades.
2. Las enfermedades encontradas se pudieron clasificar en trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos digestivos, trastornos hepáticos, trastornos genitourinarios, trastornos endócrinos, trastornos hematopoyéticos, trastornos hemostáticos, trastornos del sistema nervioso, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, cáncer trastornos dermatológicos y otras condiciones.
3. Las enfermedades fueron más frecuentes en el rango de edades de 16 a 30 años con 631 casos, de ellas 214 fueron en pacientes del sexo masculino y 417 en pacientes del sexo femenino.
4. Los trastornos más frecuentes fueron alergias, hepatitis, infección urinaria, amigdalitis, hipertensión, anemia, gastritis, bronquitis, diabetes mellitus y asma.
5. De los pacientes con uno o más trastornos, 518 fueron de sexo masculino y 936 fueron de sexo femenino.

6. El total de trastornos o enfermedades encontradas, según los datos referidos de los pacientes, fue de 2225, de ellas 2183 estaban controlados y 42 no estaban controlados.

RECOMENDACIONES

1. Que se realicen estudios similares en el sector de salud pública y privada, en las universidades y a nivel hospitalario para comparar los resultados con este estudio y obtener datos confiables del estado de salud del guatemalteco.
2. Que el odontólogo amplíe su conocimiento sobre las enfermedades más comunes en la población guatemalteca, sus características, sus signos y síntomas, las implicaciones odontológicas para poder tratar al paciente en forma adecuada.
3. Que el odontólogo realice un cuestionario completo sobre el estado de salud del paciente antes de realizarle cualquier tratamiento.
4. Que el Departamento de Diagnóstico de la Facultad de Odontología utilice este estudio para mejorar el control de los datos que el practicante anota en la ficha clínica, durante el procedimiento de ingreso al paciente, así como también monitorear la evolución de las enfermedades que el paciente pueda presentar anotando los cambios en el estado de salud del paciente, ya que la ficha clínica es un documento legal.

5. Sugiero a las autoridades de la Facultad de Odontología evaluar, planificar y modificar el protocolo de ingreso de pacientes a las clínicas dentales, instituyendo exámenes de laboratorio de rutina, complementando el cuestionario o utilizando el cuestionario completo de la ADA, para reconocer el estado general de salud del paciente en forma objetiva.

LIMITACIONES

En esta investigación se tuvieron ciertas limitaciones al momento de la recolección de la muestra:

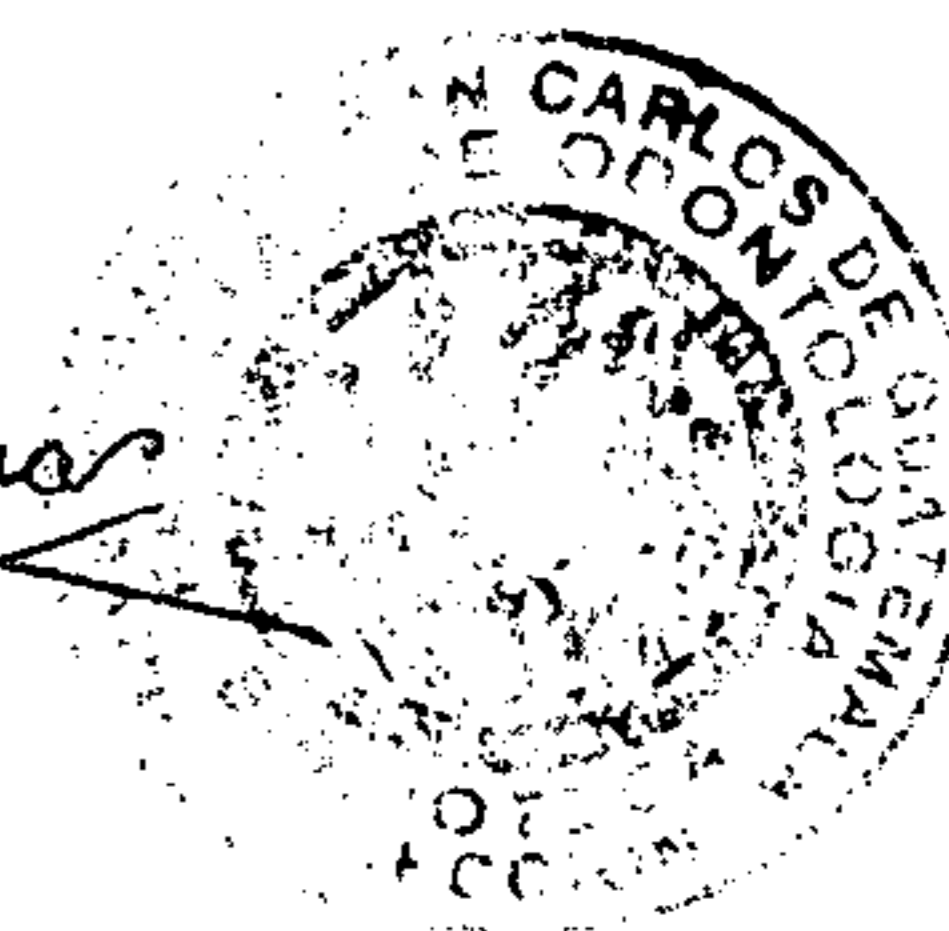
- Debido a que en el archivo no se exige que el practicante regrese la ficha clínica del paciente después de utilizarla, no se contó con la totalidad de las fichas clínicas, lo que dificultó la selección de la muestra.
- Las fichas clínicas estaban archivadas por el nombre del practicante encargado, no por el número de registro o por el año de ingreso, por lo que también dificultó la selección de la muestra.
- En algunos casos la información anotada en las fichas clínicas estaba incompleta, la enfermedad o trastorno no estaba clasificada de acuerdo a las divisiones o subclasificaciones en las que se puede presentar, por lo que el practicante tendía a generalizar el trastorno.
- Falta de bibliografía y de estudios similares, tanto extranjeros como nacionales, para comparar los resultados de este estudio.

Anexos

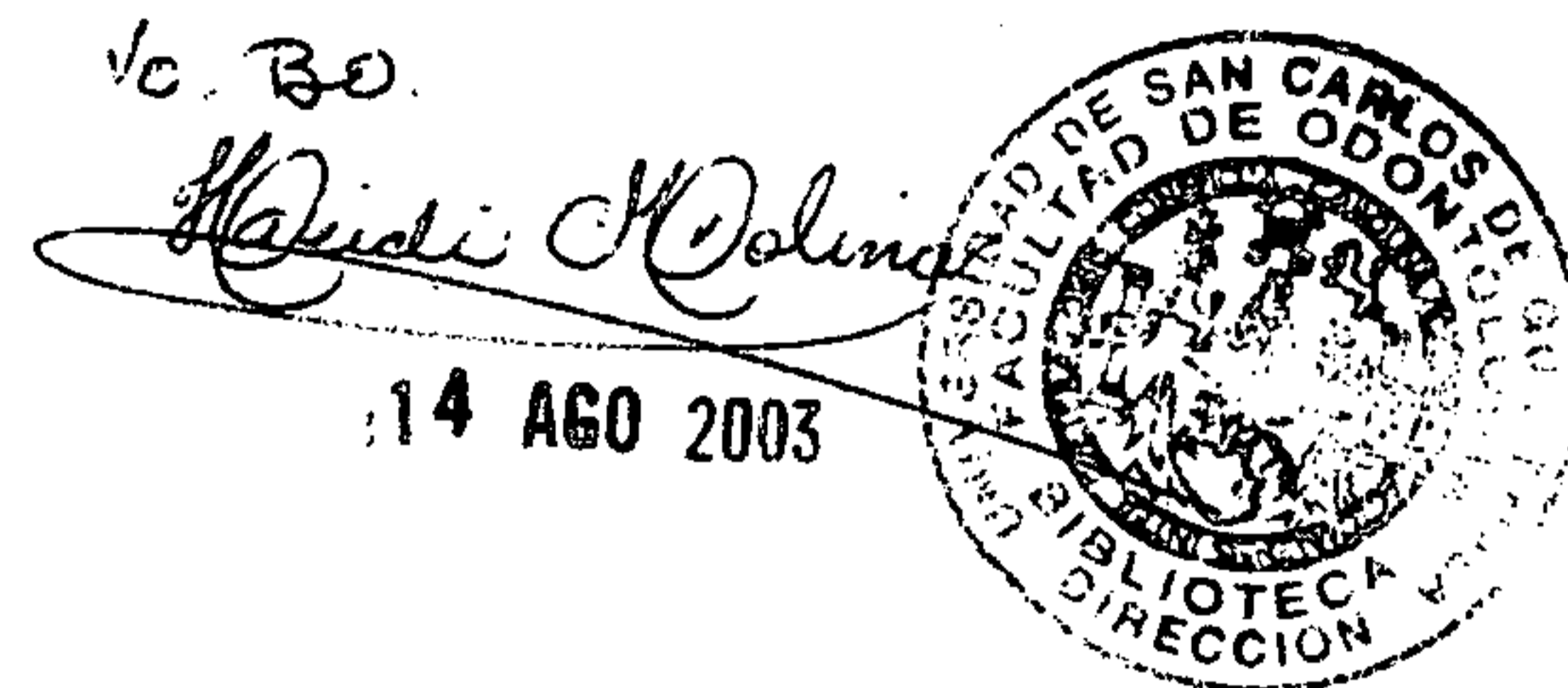
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bennett, Claude.-- Tratado de medicina interna de Cecil / Claude Bennett, Fred Plum. -- 20ª ed.-- México : McGraw Hill Interamericana, 1998.-- 2621 p.
2. Berkow, Robert.-- El manual merck de diagnóstico y terapéutica.-- Robert Berkow, Mark Beers; trad. por Ediciones Doyma.-- 10ª ed.-- España : 1999.-- 2944 p.
3. Cardiology Advisor 2003. En: Internet
http://www.deancare.com/crs/ca/ca_htmurmur_car.htm 12 de Agosto 2003.
4. Dental management of the medically compromised patient / James Little... [et al.].-- 6th ed.-- USA : Mosby, 2002.-- 617 p.
5. Enciclopedia médica. En: Internet.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/encyclopedia.htm>
10 de Agosto del 2003.
6. Guyton, Arthur.-- Fisiología humana.-- Arthur Guyton; trad. por Santiago Sapiña Renard.-- 6ª ed.-- México : Interamericana, 1987.-- pp. 270
7. Medicina Oral / José Bagán... [et al.].-- España : Masson, 1995.-- 736 p.
8. Microsoft.-- Enciclopedia Encarta (CD-Rom).-- Microsoft.-- Ed. Básica.-- EE.UU. 2001
9. Oral and maxillofacial pathology / Brad Neville... [et al.].-- 9th ed. Philadelphia : Saunders, 1995.-- 711 p.

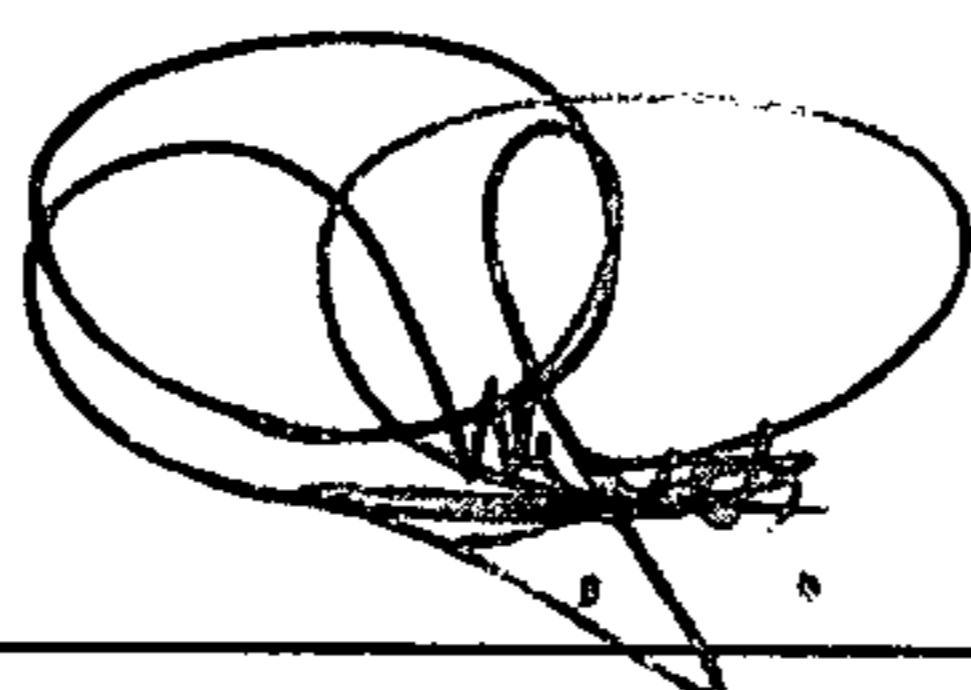
No. 730.

Marcelo M. Delino

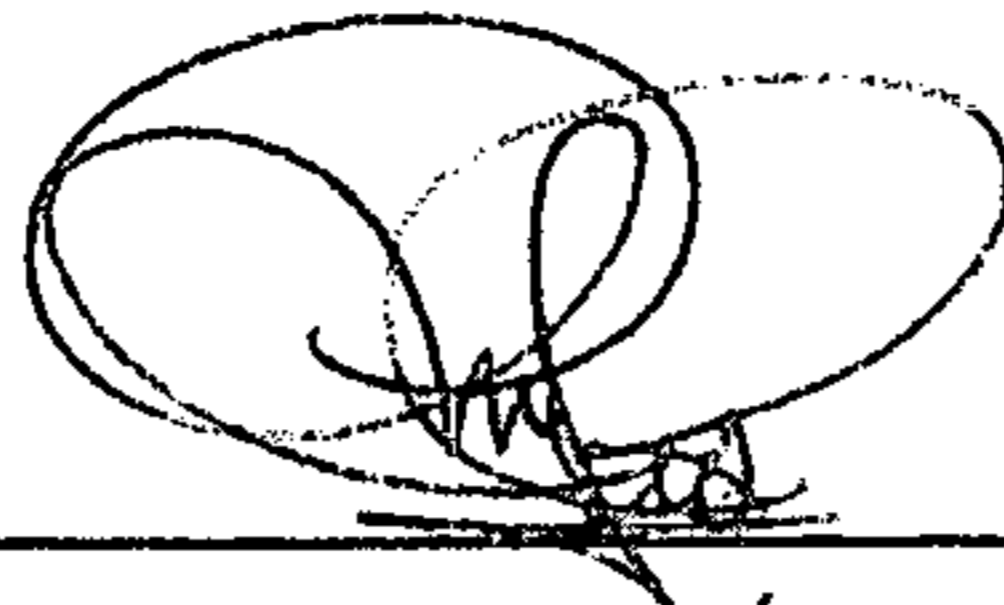
10. Regezi, Joseph.-- Patología bucal.-- Joseph Regezi, James Schiubba; trad. por Claudia Patricia Cervera Pineda.-- 2ª ed.-- México : Interamericana, 1995.-- 641 p.
11. Robbins, Stanley. -- Patología humana / Stanley Robbins, Vinay Kumar. -- 4ª ed. -- México : McGraw Hill Interamericana, 1990.-- 1533 p.
12. Rose, Louis.-- Medicina interna en odontología.-- Louis Rose, Donald Kaye. -- 2ª ed. -- España : Salvat, 1992.-- 1460 p.
13. Tratado de patología bucal / William Shafer... [et al.]-- 4ª ed.-- México : Interamericana, 1988.-- 940 p.



El contenido de esta Tesis es única y exclusiva responsabilidad del Autor

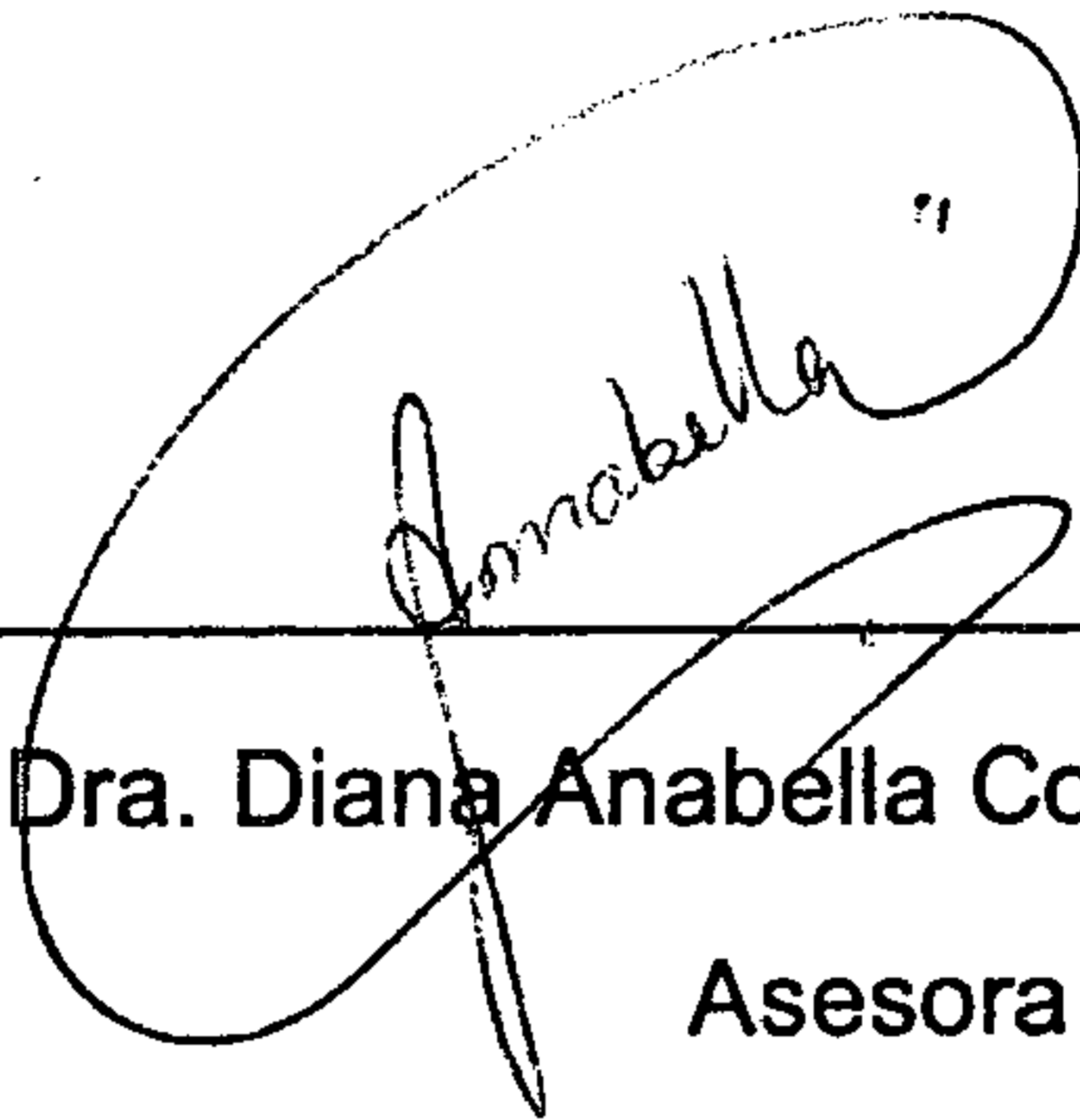
A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a final downward stroke, positioned above a horizontal line.

Guillermo Rodrigo Matta Ríos
Autor



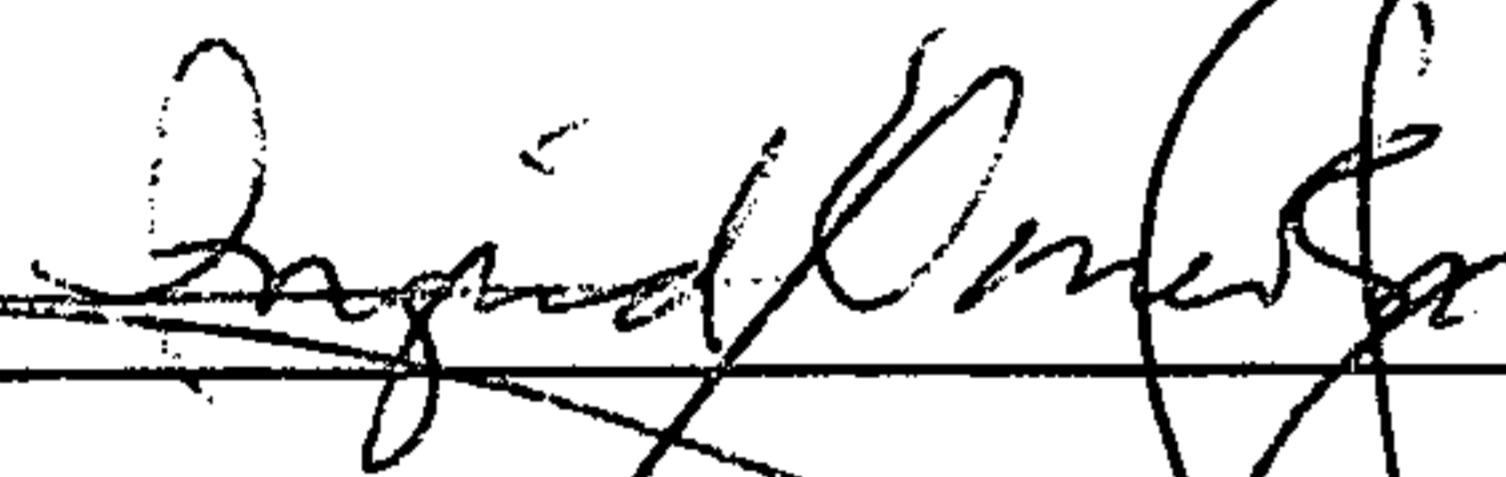
Guillermo Rodrigo Matta Ríos

Sustentante



Dra. Diana Anabella Corzo Marroquín

Asesora



Dra. Ingrid Maritza Arreola Smith

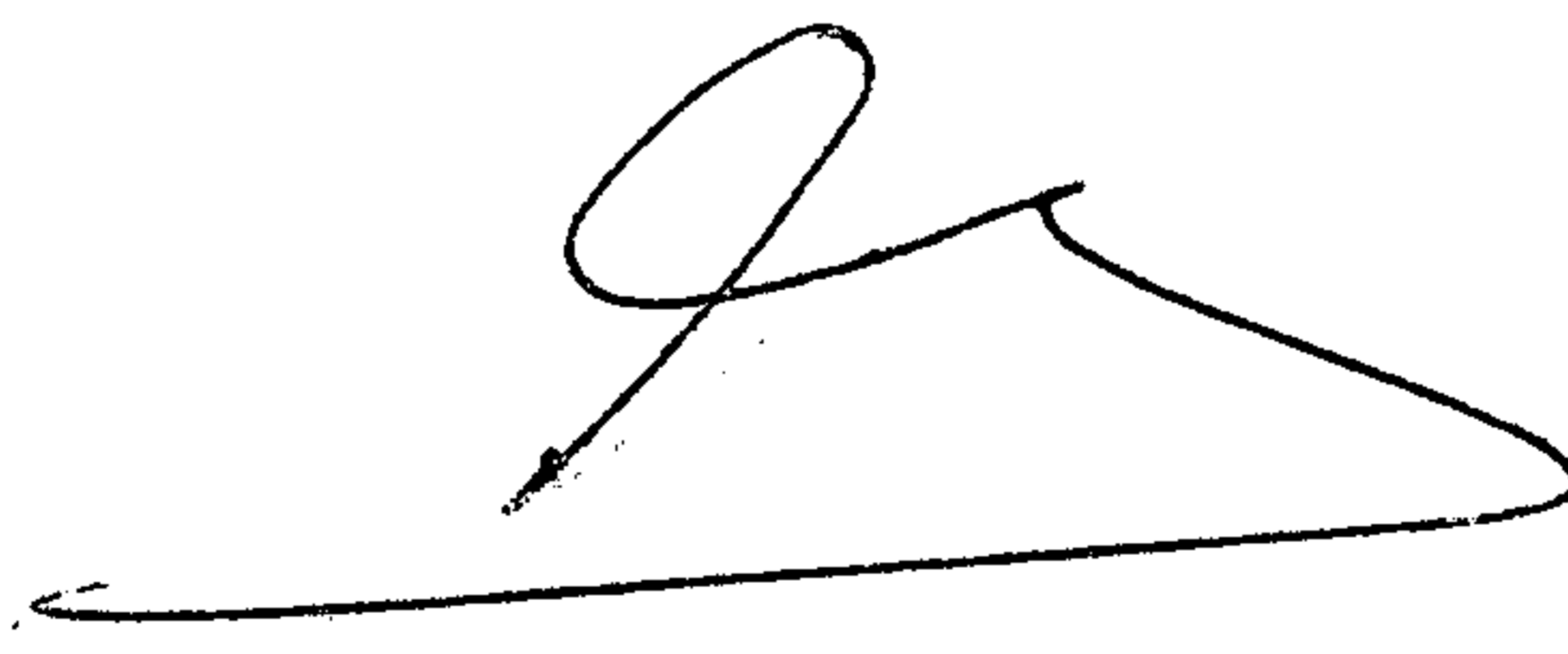
Comisión de Tesis



Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos

Comisión de Tesis

Imprímase



Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

Secretario General

