



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ASIGNATURA: PATOLOGÍA BUCAL



MANUAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ALTERACIONES SISTÉMICAS EN EL ÁREA CLÍNICA DE PATOLOGÍA BUCAL

TUTOR: OD. MARIA GABRIELA CASTRO S.
SECCION 2
JULIO 2022



ESTUDIANTES

YARIZELYS CAMACHO

AURIBEL CAMPOS

FRANKLIN CASTILLO

ANA CASTRO

MARIA CASTRO

GABRIELA CASTRO

DUITNY CEDEÑO

CINDY CUADROS

ANA DAVILA

JAIMARY DEIBIS

ARIANNA FUENTES

CONTENIDO

ANGINA DE PECHO.....	01
HIPERTENSION ARTERIAL.....	02
FIEBRE REUMATICA.....	03
ENDOCARDITIS INFECCIOSA.....	04
INSUFICIENCIA CARDIACA.....	05
CARDIOPATIA ISQUEMICA.....	06
INFARTO DEL MOCARDIO.....	07
ARRITMIAS CARDIACAS.....	08
CARDIOPATIA CONGESTIVA.....	09
SINUSITIS.....	10
LARINGITIS.....	11
AMIGDALITIS.....	12
ASMA.....	13
BRONQUITIS.....	14
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.....	15
TUBERCULOSIS.....	16
INSUFICIENCIA RENAL.....	17
CIRROSIS HEPATICA.....	18
LEUCEMIA.....	19
HIPOTIROIDISMO.....	20
HIPERTIROIDISMO.....	21
ENFERMEDAD DE ADDISON.....	22
ANEMIA.....	23
DIABETES.....	24
OSTEOPOROSIS.....	25
OSTEOPENIA.....	26

CONTENIDO

ARTRITIS REUMATOIDEA.....	27
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.....	28
DENGUE.....	29
SINCOPE.....	30
ESCLEROSIS SISTEMICA.....	31
ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	32
CONVULSIONES RECURRENTE (EPILEPSIA).....	33
HERPES SIMPLE.....	34
HERPES ZOSTER.....	35
CITOMEGALOVIRUS.....	36
VIRUELA.....	37
PAROTIDITIS.....	38
VARICELA.....	39
RUBEOLA.....	40
SARAMPION.....	41
MIGRAÑA.....	42
ESQUIZOFRENIA.....	43
SIFILIS.....	44
GONORREA.....	45
LEPRA.....	46
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.....	47
VPH.....	48
HEPATITIS.....	49
PANCREATITIS.....	50
TETANOS.....	51
COLERA.....	52

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Síndrome de dolor torácico producido por una isquemia coronaria menor a 20 min. Provocado por el estrés o el ejercicio. Su etiología es la obstrucción y estenosis de una arteria coronaria, y con menor frecuencia la ruptura y embolización de un fragmento de la placa ateromatosa. La liberación de adrenalina endógena, elevan la presión arterial, el gasto cardiaco y la demanda de oxígeno por el miocardio</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor opresivo en el pecho que suele irradiarse hacia el hombro y brazo izquierdos, y en ocasiones hasta el cuarto dedo • La persona tiene la sensación de muerte inminente, se lleva el puño al pecho (Signo de Levine) y adopta una posición de autoprotección.
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No existen lesiones bucales propias de la angina de pecho, sin embargo podría manifestarse ese cuadro clínico como dolor súbito que se extiende hasta el ángulo izquierdo mandibular y que cede con el reposo. • Hiposalivación, desarrollo de caries, enfermedad periodontal, infecciones micóticas tanto independientes como asociadas a las prótesis, halitosis, erosión de la mucosa bucal, dificultad a la adaptación de los pacientes al empleo de prótesis removibles y totales,
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>Paciente con AP clase 1 y 2, puede ser tratado en la consulta pero evitar procedimientos dentales de estrés. Tomar los signos vitales. Si hay lecturas \geq 160/100 mm Hg, debe suspenderse la cita y referirlo con su médico. Debe pedirse al paciente el vasodilatador coronario prescrito por el médico para usarlo en caso de una crisis coronaria. Prescribir un ansiolítico como diacepam, 2 a 5 mg por vía oral, la noche previa a la cita y una hora antes. Es recomendable citar al paciente por la tarde. Se puede emplear un anestésico local con vasoconstrictor adrenérgico, de 0.2 mg de epinefrina y 1.0 mg de levonordefrina; no emplear más de tres cartuchos. Pacientes clase 3 y 4, pudieran recibir tratamiento pero deben recibir de manera profiláctica terapia antianginosa con nitroglicerina o algún vasodilatador coronario proporcionado por el médico. Deberán ser atendidos bajo sedación. Está contraindicado los anestésicos locales con vasoconstrictor adrenérgico. En caso de crisis en el consultorio se debe suspender el procedimiento dental, administrar un vasodilatador coronario, tomar signos vitales. Administrar oxígeno (6 litros por minutos). Si en 5 minutos no hay respuesta dar una segunda dosis. Si no cede en 10 min dar una tercera dosis y solicitar ayuda médica.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicio y dieta para bajar de peso así como eliminar el consumo de tabaco y mantener los niveles de colesterol y triglicéridos sanguíneos. • Empleo fármacos que produzcan vasodilatación coronaria prolongada y que además reduzcan la demanda de oxígeno del músculo cardiaco. • Los fármaco de selección son los β-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y los nitratos, que relajan la musculatura lisa. • La terapia definitiva para las obstrucciones coronarias es el tratamiento quirúrgico
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arteriografía • Cateterismo cardiaco • Hemostasia primaria (agregación plaquetaria) y tiempo de sangrado (Técnica de Ivy),

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Se define como el aumento sostenido de la presión arterial por arriba de 140mm/Hg en la presión sistólica y superior a 90mm/Hg para la diastólica. La HTA puede clasificarse en primaria o secundaria. En el primer caso, también conocido como idiopática o esencial, no existe etiología obvia identificable, pero es probable que sea originada por factores genéticos como defectos de excreción renal de sodio, o trastornos en el transporte de calcio o sodio en los músculos de los vasos sanguíneos; En la HTA secundaria se origina por trastornos renales que originen la secreción de renina, retención de sodio y agua; con menos frecuencia se debe a razones endocrinas como el hipertiroidismo, síndrome de Cushing, empleo de corticosteroides o de anticonceptivos orales, feocromocitoma; los trastornos vasculares tales como coartación de la aorta también son razón de esta alteración.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES

Si se presenta sintomatología como cefalea occipital, dificultad respiratoria, tinnitus, mareos, fosfenos, náuseas o vómitos, es porque ya tiene mucho tiempo establecida. La HTA no genera lesiones bucales específicas.

ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

- Tomar la PA en cada consulta
- La HTA está considerada bajo control cuando las cifras de PA sean menores a 140/90 y de manera ideal $\leq 130/90$ mm Hg.
- Se recomienda atender a estos pacientes por la tarde
- No deben emplearse anestésicos sin vasoconstrictor
- Dosis máxima de epinefrina a 0,2mg y 1.0 de Levonordefrina. La dosis antes señalada de epinefrina (0.2mg) corresponde a la cantidad contenida en 20ml de anestésico local, a una concentración de 1:100.000 equivalente a mas de 11 cartuchos (1 cartucho=1.8ml).
- En pacientes hasta con cifras de PA de 179/109 y que no tienen daño orgánico, se recomienda el empleo de 0,054 mg de epinefrina como dosis máxima, cantidad contenida en 3 cartuchos de anestésicos con vasoconstrictor a una concentración de 1:100.000.

TRATAMIENTO

Terapia medicamentosa: comienza con una sola droga, a baja dosis, y luego se aumenta progresivamente hasta alcanzar el nivel óptimo de presión arterial. La dosificación depende del paciente; edad, nivel de presión y respuesta a la droga. Los medicamentos antihipertensivos son los diuréticos que aumentan la producción de orina para eliminar el exceso de sal y agua, como Tiazidas,. Inhibidores adrenérgicos (Beta bloqueador) que se encargan de relentiza el ritmo cardíaco y reduce la presión arterial, como Prazosin. Vasodilatadores que provocan un ensanchamiento de los vasos sanguíneos, como Hidralazina. Antagonistas del calcio que relaja los vasos sanguíneos, como Nifedipina. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: Relaja los vasos sanguíneos, reduce la presión arterial y previene el daño renal relacionado a la diabétes, como Captopril. ANTAGONISTAS DE LA ANGIOTENSINA II: Losartán como Cozaar. Bloqueantes de la endotelina como rilmenidina

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Biometría hemática (BH)
- Urea y creatinina (de forma simultánea)
- Examen general de orina.

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Es una enfermedad inflamatoria sistémica y multiorgánica generada por la participación de la respuesta inmunitaria que puede llegar a producir un daño cardiaco irreversible. Participa una infección amigdalina, en la faringe o en las vías respiratorias altas, producida por el estreptococo β-hemolítico del grupo A. Entre 1 y 6 sem después de esta infección se presenta el ataque de la respuesta inmunitaria contra el microorganismo causal. Cuando el cuadro clínico cede todas las lesiones tisulares regeneran, con excepción de las cardiacas. En la patogenia de la FR participan anticuerpos y linfocitos T CD4+ específicos para péptidos estreptocócicos.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poliartritis migratoria, flogosis, dolor, edema • Pancarditis • Nódulos subcutáneos en muñecas y tobillos • Eritema marginado de la piel • Corea de Sydenham • Artralgia • Fiebre de 38 a 39°C. • Incremento en los niveles séricos de proteína C reactiva
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La FR se presenta entre 1 a 6 semana después de una infección estreptocócica en amígdalas o faringe. • Úlceras o aftas, pueden ser localizadas en el paladar blando, no dolorosas, de fondo blanquecino, con duración entre 10 y 15 días y pueden dejar secuelas al desaparecer. • Gingivitis, mucositis, glositis, queilitis
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la historia y evolución de la enfermedad, si existen complicaciones y su manejo • Conocer el tratamiento médico recibido: manejo farmacológico • Profilaxis antibiótica contra FR • Terapia anticoagulante • Régimen para ICC • Quirúrgico: prótesis valvular
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sin daño valvular pueden ser considerados como sanos • Vigilar que sigan esquema de profilaxis antibiótica contra FR • Prótesis valvular: deben recibir profilaxis antibiótica para endocarditis infecciosa antes de procedimientos que impliquen sangrado. • Emplear anestésicos locales con vasoconstrictor. No rebasar la dosis recomendada • Evitar interacciones medicamentosas nocivas • Evitar esquemas terapéuticos prolongados de AINE • Estricto control de PDB. Hacer uso de geles y soluciones fluoradas • Los pacientes que cursen con cuadros repetidos de amigdalitis o faringitis deben ser remitidos al médico
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>Antiestreptolisina O, que debe arrojar valores arriba de 200 unidades Todd</p>

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	La endocarditis infecciosa subaguda suele tener por agente causal el streptococcus viridans, que afectas a válvulas enfermas y tarda entre 6 meses a 1 año en causar la muerte, mientras que la endocarditis aguda se debe al Staphylococcus Aureus, que se puede asentar en una válvula normal, es rápidamente destructiva y si NO es tratada, puede causar la muerte en MENOS de seis (6) semanas
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Fiebre de baja intensidad• Malestar general• Cefalea• Debilidad• Sudoración nocturna• Escalofríos• Astenia, adinamia y pérdida de peso.• Pueden presentarse soplos y sonidos anormales en el corazón,• Émbolos sépticos que generan abscesos en tejidos a distancia• Isquemia e infarto cerebral• Neuropatías• Embolia intestinal, en el bazo, en las articulaciones o en la piel, así como petequias.
MANIFESTACIONES BUCALES	Pudieran observarse petequias en el paladar blando del paciente que sufre un episodio de EI y lesiones purpúricas en quien está bajo tratamiento anticoagulante o recibe fármacos antiplaquetarios
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Es similar al que ha presentado fiebre reumática. Es un hecho que la persona que ha presentado esa enfermedad está en alto riesgo de volver a presentarla, por lo que el odontólogo debe prescribirle profilaxis antibiótica antes de cualquier procedimiento que implique sangrado y debe haber un seguimiento después de llevar a cabo procedimientos
TRATAMIENTO	El tipo de medicamento que recibes depende de la causa de la endocarditis. Se utilizan altas dosis de antibióticos por vía intravenosa para tratar la endocarditis causada por bacterias. Una vez que la fiebre y cualquier signo y síntoma grave pase, podrás irte del hospital y continuar con antibióticos por vía intravenosa en las consultas con el médico o en el hogar con atención médica domiciliaria. Por lo general, tomarás antibióticos por varias semanas para que desaparezca la infección. Si la endocarditis está provocada por una infección por hongos, el médico recetará un medicamento antimicótico. Algunas personas necesitarán píldoras antimicóticas de por vida para evitar que la endocarditis vuelva a aparecer.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Hemocultivo• Hemograma completo• Ecocardiograma• Electrocardiograma• Radiografía de tórax• Tomografía computarizada o resonancia magnética

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Incapacidad del corazón para proporcionar sangre a los tejidos. Secundaria a cardiopatías congénitas, hipertensión arterial no controlada, arritmia, cardiopatías coronarias, infarto del miocardio, angina de pecho, valvulopatías congénitas y adquiridas, hemorragia y pérdida de volumen sanguíneo, miocarditis, pericarditis, endocarditis, hipertiroidismo, anemia, intoxicación por monóxido de carbono
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Disnea nocturna paroxística,• Debilidad,• Malestar en el pecho,• Palpitaciones,• Mareos• Sincope
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Cianosis, que se destaca sobre todo en los labios, piel y mucosas• Los bloqueadores de los canales de calcio pueden llegar a producir agrandamiento gingival. Otras lesiones secundarias de los antihipertensivos, son eritema multiforme, petequias, úlceras aftosas, pénfigo, edema angioneurótico o reacciones líquenoides.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Conocer el problema cardiovascular, el origen, evolución, manejo y pronóstico y el tratamiento médico farmacológico recibido• Pacientes con buen pronóstico (etapas I y II) pueden recibir cualquier tratamiento dental• Toma de signos vitales. En pacientes aprensivos prescribir ansiolíticos la noche anterior a la consulta y la mañana de la cita o 1 hora antes• Emplear anestésicos locales con el vasoconstrictor adecuado• Pacientes que requieren profilaxis antibiótica: portadores de prótesis valvulares, historia de endocarditis infecciosa, cardiopatías congénitas que produzcan cianosis, aquellos intervenidos en forma quirúrgica por cardiopatías congénitas• Evitar interacciones medicamentosas nocivas Evitar AINE en quienes reciben anticoagulantes orales• Estricto control de PDB. Hacer uso de geles y soluciones fluoradas
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• Fármacos digitálicos para mejorar la contracción muscular e incrementar el gasto cardiaco (efecto inotrópico positivo), lo cual conduce a un latido cardiaco más lento (efecto cronotrópico negativo)• Diuréticos, tales como furosemida, espironolactona, así como vasodilatadores (hidralacina, minoxidil y nitratos), Empleo de anticoagulantes orales para evitar complicaciones tromboembólicas, antihipertensores y suplementos de potasio, entre otros.• El sujeto debe mantenerse en un peso ideal y seguir un régimen dietético especial, bajo en sodio.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Biometría hemática• INR• Puede optarse por realizar el procedimiento quirúrgico sin eliminar el fármaco antiplaquetario

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Trastorno producido por una obstrucción del flujo sanguíneo en estas arterias que aportan nutrición y oxígeno al músculo cardiaco. Depósito de lípidos debajo de la capa íntima de las arterias de gran y mediano calibre. No sólo los antecedentes familiares determinan su desarrollo, sino que intervienen otros elementos biológicos y sociales: como la edad (mayor riesgo a más edad), sexo (se da más en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia), antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia, aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (malo), disminución de los valores de colesterol HDL (bueno), tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, síndrome metabólico, sedentarismo</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Dolor de cuello o de mandíbula• Dolor de brazo o de hombro• Un latido del corazón rápido• Dificultad para respirar cuando estás físicamente activo• Náuseas y vómitos• Sudoración• Fatiga
MANIFESTACIONES BUCALES	<p>Es escasa, solo se refiere la higiene bucal deficiente. Recesión periodontal e inflamación gingival sobreañadida, gingivorragia al sondeo y molestias masticatorias. Encías hipercoloreadas, con aumento de volumen, contorno, consistencia y textura alterados, movilidad dentaria grado II en incisivos inferiores, bolsas periodontales de 4 y 5 mm.</p>
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>El primer aspecto que debe considerarse antes de iniciar el tratamiento odontológico de este tipo de pacientes es la realización de una historia clínica exhaustiva. En ella debe valorarse, entre otros muchos aspectos, el estado actual de riesgo cardíaco de cada paciente. En la mayoría de los casos es recomendable pedir un informe por escrito a su cardiólogo, ya que normalmente puede proporcionarnos una información más detallada de la condición sistémica de nuestro paciente.</p>
TRATAMIENTO	<p>El tratamiento médico se realiza de forma escalonada. El primer objetivo es prevenir la aparición de la angina, se utilizan. los beta-bloqueantes que disminuyen la frecuencia cardíaca, la contractibilidad y la presión sanguínea. Los calcio-antagonistas inhiben el tránsito del calcio a través de la membrana celular y dan lugar a una disminución de la contracción del miocardio y del músculo liso. Los nitratos de acción prolongada producen una relajación del músculo liso vascular y también pueden aliviar el espasmo coronario</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Electrocardiograma• Medicina Nuclear (SPECT)• Miocárdico de Perfusión• Ecocardiograma de ejercicio• Tomografía computarizada (TC) coronaria• Ecocardiograma con dobutamina• Resonancia Magnética Cardíaca con adenosina o con dobutamina

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Zona localizada de necrosis en el miocardio que es producto de una isquemia prolongada, mayor a 20 min, y que tiene como etiología una obstrucción del flujo sanguíneo en alguna rama de las arterias coronarias. Es común en las CC (angina de pecho, infarto del miocardio y muerte súbita) ya que en todos estos cuadros existe una placa ateromatosa obstructiva.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico paroxístico, subesternal, mayor a 20 minutos. • Dolor opresivo y descrito como en “garra”, que además se irradia al hombro y brazo izquierdos, sin ceder con el reposo; de manera eventual podría referirse el dolor al ángulo izquierdo de la mandíbula. • Sensación de muerte inminente, palidez y cianosis, sudación fría, náuseas o vómito, elevación de la PA inicial para después caer en hipotensión, pulso débil, a veces arrítmico, disnea y el signo de Levine, que consiste en la adopción de una postura de autoprotección donde la persona se lleva el puño al pecho. • Transcurridos de 2 a 7 días después del evento coronario, el paciente suele desarrollar fiebre y leucocitosis, además los neutrófilos se incrementan de 12 000 a 20 000/mm³.
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>Las enfermedades coronarias no producen manifestaciones bucales; las lesiones que se presentan en los pacientes derivan del uso de fármacos para el control de las enfermedades cardiovasculares.</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta médica es prioritaria • Todo paciente que ha sufrido IM, pero es estable y tiene signos vitales dentro de rangos normales, puede recibir tratamiento dental electivo sin abusar del tiempo empleado y evitar en lo posible la generación de estrés • Es importante esperar a que transcurran al menos seis meses después del evento isquémico coronario, para poder brindar atención odontológica electiva.
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angioplastia – Cateterismo Cardíaco: consiste en colocar un material en forma de malla (stent) en la pared de la arteria coronaria para hacer fluir la sangre correctamente. • A través de las arterias de las extremidades (la arteria femoral, en el muslo, o radial, en el antebrazo), se introduce un catéter (tubo, generalmente largo, delgado y flexible) que sirve como conducto para hacer llegar el stent a la arteria coronaria. El stent puede ser: <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Convencional</i>: Elaborado con metal. ◦ <i>Farmacoadactivo</i>: Liberadores de fármacos que evitan la obstrucción del stent a lo largo de los siguientes meses o años de su implantación. Los pacientes con stent deben tomar antiagregantes para evitar el riesgo de trombosis. Tu médico te recetará los que considere más adecuados.
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma • Resonancia magnética cardíaca en reposo

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Alteraciones presentes desde el nacimiento (primarias), o cambios en las estructuras cardiacas que alteran la conducción del impulso eléctrico. Se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bradiarritmia: se produce algún bloqueo en la difusión del impulso eléctrico y el ritmo cardiaco tiene una lentitud anormal• Taquiarritmia: el corazón genera contracciones de rapidez anormal producidas en las aurículas, en el nodo Auriculoventricular (AV) o en los ventrículos. Se observa una frecuencia cardiaca mayor a 100 latidos por minutos.
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Mareo• Síncope• Palidez• Dificultad para respirar• Ansiedad• Sudación• Dolor en el pecho de tipo anginoso.• El cuadro clínico crónico puede ser asintomático, pero en ocasiones puede observarse cardiomiopatía y edema pulmonar.
MANIFESTACIONES BUCALES	<p>La arritmia no es una enfermedad que produzca manifestaciones bucales</p>
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p><i>En un paciente con bradiarritmia</i> pierde el conocimiento y no se identifica el pulso, debe darse inicio al proceso de reanimación cardiopulmonar y trasladarlo al hospital para el tratamiento definitivo.</p> <p><i>En un paciente con taquiarritmia</i> se le pide que tosa con fuerza, inducirle el vómito o darle masaje en el seno carotídeo durante 10 a 20 segundos en un solo lado, con el fin de regularizar la frecuencia cardiaca.</p> <ul style="list-style-type: none">• Lo recomendable es reducir la ansiedad, ya que un incremento en la actividad simpática puede desencadenar arritmia. Se puede prescribir una benzodiacepina, 0.25 a 0.5 mg, la noche anterior y 1 h antes de la consulta.
TRATAMIENTO	<p>El tratamiento de las arritmias cardíacas depende de si tiene un ritmo cardíaco rápido (taquicardia) o lento (bradicardia). Algunas arritmias cardíacas no necesitan tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Es posible que se receten anticoagulantes para prevenir la formación de coágulos sanguíneos.• Las terapias para tratar las arritmias cardíacas incluyen maniobras vagales y cardioversión para detener los latidos irregulares.• Puede incluir procedimientos con catéter o cirugía para implantar un dispositivo cardíaco. Algunas arritmias pueden requerir una cirugía a corazón abierto.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Electrocardiograma• Monitor Holter.• Ecocardiograma• Prueba de tiempo de protrombina con INR

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Es desconocida aunque algunas enfermedades cardíacas congénitas se transmiten de padres a hijos (son hereditarias).</p> <ul style="list-style-type: none">• Cortocircuitos de izquierda a derecha: Son aquellos trastornos en los que los defectos cardíacos permiten el paso de sangre oxigenada desde el lado izquierdo hacia el derecho del corazón.• Cortocircuito de derecha a izquierda: permite el paso de sangre no oxigenada desde el lado derecho del corazón hacia el lado izquierdo. Desde el nacimiento el niño presenta cianosis.• Obstrucciones: limitan o impiden el flujo de la sangre por las cámaras cardíacas y generan congestión retrógrada, que si es del lado izquierdo dará lugar a Hipertensión pulmonar y edema en estos órganos.
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Ritmo cardíaco irregular (arritmias)• Piel, labios y uñas de color azul (cianosis)• Falta de aire• Cansancio muy poco después de iniciar una actividad• Hinchazón del tejido o los órganos del cuerpo (edema)
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• En pacientes cianóticos serán observables cambios faciales y labiales, caracterizados por palidez y cianosis de los labios.• Cuando hubiera policitemia compensadora acompañante, sobre todo en paladar blando y zonas faríngeas, puede observarse enrojecimiento del tejido.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Las malformaciones congénitas cardíacas no siempre tienen un impacto clínico de manejo odontológico homogéneo• Requerirán de cobertura antibiótica antes de procedimientos dentales que produzcan sangrado, para evitar el desarrollo de endocarditis infecciosa.• De cualquier manera, no deberán tratarse pacientes en el consultorio dental al presentarse manifestaciones de Cianosis, insuficiencia cardíaca o arritmiano controladas.
TRATAMIENTO	<p>El tratamiento que se emplea y la forma como el bebé responde a este dependen de la afección. Muchas anomalías necesitan un seguimiento cuidadoso. Algunas sanarán con el tiempo, mientras que otras necesitarán tratamiento.</p> <p>Algunas Cardiopatías Congénitas pueden tratarse solo con medicamentos. Otras necesitan tratamiento con uno o más procedimientos o cirugías del corazón.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<p>La mayor parte de las cardiopatías congénitas son diagnosticadas mediante ecografías antes de que se produzca el parto en los estudios rutinarios que se realizan a las embarazadas para controlar el progreso del embarazo y el estado de salud tanto de la madre como del feto. Existen cardiopatías que se detectan solamente en el momento del nacimiento o poco después.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Es la inflamación de los senos paranasales, a menudo causada por una infección vírica o bacteriana o por una alergia Se considera <i>aguda</i> si remite totalmente en menos de 30 días. En las personas con un sistema inmunitario que funciona normalmente, la sinusitis aguda está causada por lo general por una infección vírica. Se considera <i>crónica</i> si se ha mantenido durante más de 90 días. No se sabe con certeza cuál es la causa la sinusitis crónica, pero están implicados factores que producen inflamación crónica, Como alergias crónicas, pólipos nasales y exposición a irritantes ambientales (como la contaminación del aire y el humo del tabaco).</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción nasal de pus verde o amarillo • Dolor de cabeza (cefaleas) • Presión y dolor en la cara • Congestión y obstrucción nasal • Sensibilidad (dolor al tacto) e inflamación sobre el seno paranasal afectado • Disminución de la capacidad olfactiva (hiposmia) • Tos productiva (especialmente por la noche)
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La sinusitis maxilar causa dolor en las mejillas justo debajo de los ojos, dolor de muelas • La sinusitis frontal causa sobre la frente. • La sinusitis etmoidal causa dolor por detrás de los ojos y entre ellos, lagrimeo y dolor sobre la frente. • La sinusitis esfenoidal causa dolor en áreas no bien definidas y puede sentirse en la parte frontal o posterior de la cabeza. • Mal aliento (halitosis)
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>El manejo de la sinusitis, debe enfocarse en los microorganismos de la cavidad oral, prefiriendo el uso de antibióticos betalactámicos, acompañados de un inhibidor de las betalactamasa. En caso de la existencia de una comunicación o fístula oroantral, se debe cerrar quirúrgicamente, ya sea con un colgajo mucoperióstico vestibular o con el uso de bola adiposa de Bichat. Finalmente, el equipo de otorrinolaringología debe realizar la cirugía</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>El tratamiento de la sinusitis aguda está dirigido a mejorar el drenaje de los senos paranasales y curar la infección. Se administran antibióticos como la amoxicilina/ácido clavulánico o la doxiciclina. La inhalación de vapor; los paños húmedos calientes sobre el seno paranasal afectado y las bebidas calientes pueden servir para aliviar la inflamación de las membranas facilitar el drenaje. Lavar el interior de la nariz con una solución salina o utilizar un aerosol de agua salada también puede ayudar a reducir los síntomas. Las personas con sinusitis crónica toman los mismos antibióticos, pero durante un periodo más largo de tiempo, por lo general entre 4 y 6 semanas. Cuando los antibióticos no son eficaces puede llevarse a cabo una intervención quirúrgica con la finalidad de lavar el seno paranasal</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médica • A veces una tomografía computarizada

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Es la inflamación de la laringe, en general debida a un virus o al uso excesivo de la voz. El resultado es el cambio inmediato de la voz, con disminución del volumen y ronquera. La causa más común de la laringitis aguda es la infección respiratoria viral alta.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio no natural de la voz • Algunos pacientes presentan afonía. • Ronquera • Sensación de cosquilleo o de aspereza • Fiebre • Malestar general • Disfagia • Dolor de garganta.
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un correcto interrogatorio siempre es importante y precisa, en primer lugar prestar atención a datos como: La evolución de los síntomas: fecha de aparición, intensidad, evolución, tratamientos propuestos y sus efectos. • Los signos locales o generales que se le asocian o que le han sido asociados. • Si el paciente acude a consulta odontología por disminución de saliva y nos cuenta que tiene dificultad para deglutir sin una causa conocida debemos derivarlo al especialista.
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Tratamiento sintomático p. ej., antitusivos, reposo de la voz, inhalaciones de vapor alivian los síntomas y favorecen la resolución de la laringitis aguda. La cesación del hábito de fumar y el tratamiento de la bronquitis aguda o crónica pueden aliviar la laringitis. Para la laringitis viral, no se cuenta con ningún tratamiento específico. Según la causa presunta, pueden resultar beneficiosos los tratamientos para controlar el reflujo gastroesofágico, la bulimia o la laringitis inducida por fármacos.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laringoscopia • Biopsia

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Es la inflamación de las amígdalas. La causa de la mayoría de los casos de amigdalitis es la infección con un virus frecuente, pero las infecciones bacterianas (<i>Streptococcus pyogenes</i>) también pueden provocar amigdalitis.
MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Amígdalas rojas e inflamadas• Parches o recubrimientos blancos o amarillos en las amígdalas• Dolor de garganta• Dificultad o dolor al tragar• Fiebre• Glándulas sensibles y dilatadas (ganglios linfáticos) en el cuello• Voz rasposa, apagada o ronca• Dolor de estómago, cabeza• Mal aliento
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	En la mayoría de los casos suele ir acompañada de fiebre y malestar general que puede llegar a ser severo cuando la enfermedad evoluciona. En este caso es recomendable remitir al paciente a un médico previamente para que realice un diagnóstico e indique el tratamiento más adecuado, para programar una nueva cita cuando no haya rastro de infección. La amigdalitis vírica es contagiosa, y esta dolencia en general tiende a agravarse fácilmente si no se recibe el tratamiento adecuado y no se reposa lo necesario, razón por la cual no se debe atender al paciente hasta que no haya superado la enfermedad.
TRATAMIENTO	Cuidados en casa si se sospecha que la amigdalitis está provocada por un virus: <ul style="list-style-type: none">• Fomentar el descanso• Proporcionar líquidos adecuados, alimentos y bebidas reconfortantes• Preparar gárgaras con agua salada, una mezcla de 1/2 cucharadita (2,5 ml) de sal de mesa en 8 onzas (237 ml) de agua tibia puede ayudarlo a aliviar el dolor de garganta• Humidificar el aire• Ofrecer pastillas para la garganta• Tratar el dolor y la fiebre. -Si la amigdalitis es causada por una infección bacteriana, el médico te recetará una serie de antibióticos. -Cirugía
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Exudado faríngeo• Hemograma completo

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>No se conoce con exactitud, se sabe que existe una relación mutua entre factores de riesgo y elementos desencadenantes. El principal factor de riesgo es la atopía que proviene de la producción del anticuerpo IgE específico, regida por mecanismos genéticos, los factores de riesgo para desarrollar asma son una combinación de predisposición genética con la exposición ambiental a sustancias inhaladas y partículas que pueden provocar reacciones alérgicas o irritar las vías respiratorias</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea inspiratoria • Sibilancias y tos poco productiva que genera moco espeso • En casos graves se acompaña de taquicardia, sudoración y cianosis • Antes de un ataque asmático, el paciente puede manifestar síntomas prodromicos como prurito debajo de la mandíbula y ansiedad inexplicable
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none"> • No existen manifestaciones orales específicas en los pacientes con asma, en general las que se presentan responden a los fármacos empleados para su tratamiento. • Puede presentarse resequeadad de las mucosas por respiración oral, xerostomía, ronquera, candidiasis oral, úlceras bucales.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>En la historia clínica es importante conocer los factores desencadenantes, así como la gravedad y frecuencia de los episodios y el tratamiento farmacológico que se reciba. El paciente asmático controlado se puede tratar de manera rutinaria en el consultorio dental, En el caso de atención a individuos con asma moderada o grave se recomienda la inhalación del broncodilatador de manera profiláctica. Se sugiere programar las citas al finalizar la mañana o por la tarde. Se deben utilizar técnicas de reducción de estrés físico y psicológico, al tomar en cuenta el riesgo de crisis adrenal en aquellos casos que toman corticoesteroides por largos periodos. Durante un ataque asmático agudo se debe suspender el tratamiento dental, retirar todos los dispositivos intraorales, colocar al paciente en una posición cómoda, asegurarse de que la vía aérea esté abierta y administrar un agonista β_2 y oxígeno. De no observarse pronta mejoría, administrar epinefrina por vía subcutánea o intramuscular, 0.3 ml 1:100. Además, la asistencia de alerta médica de emergencia deberá activarse.</p>
TRATAMIENTO	<p>El tratamiento suele consistir en aprender a reconocer los factores desencadenantes, tomar medidas para evitarlos y hacer un seguimiento de la respiración para asegurarte de que los medicamentos mantienen los síntomas bajo control. En caso de un ataque de asma, es posible que tengas que utilizar un inhalador de alivio rápido. Entre los medicamentos preventivos de control a largo plazo reducen la hinchazón (inflamación) de las vías respiratorias que produce los síntomas están: corticosteroides inhalados, modificadores de leucotrienos, inhaladores combinados, teofilin y de corto plazo están los agonistas beta de acción rápida y agentes anticolinérgicos.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de alergias • Gasometría arterial • Radiografía de tórax • Pruebas de la función pulmonar

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>inflamación de los conductos bronquiales. Puede ser de corta duración (aguda) o crónica, es decir, que dura por mucho tiempo y a menudo reaparece. La <i>bronquitis aguda</i> es causada por los mismos agentes que circulan estacionalmente causando infecciones respiratorias de la vía aérea alta: rinovirus, coronavirus, adenovirus. La <i>bronquitis crónica</i> es un tipo de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Es causada por humo de tabaco, hiperreactividad de las vías respiratorias, contaminación del aire en interiores, exposición ocupacional a polvos y productos químicos, infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia, factores genéticos.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<p>Pacientes con bronquitis aguda presenta: tos aguda, definida como tos que persiste menos de 3 semanas, en algunos pacientes puede estar o no acompañado de fiebre de menos de 3 días, ausencia de semiología de condensación pulmonar y en algunos pacientes pueden auscultarse sibilancias y roncus</p> <p>En pacientes con <i>Bronquitis Crónica</i> se presenta: disnea, expectoración excesiva, tos crónica, signos de hiperinflación como tórax en tonel, disminución de la excursión del diafragma y paciente en postura de trípode</p>
MANIFESTACIONES BUCALES	<p><i>Bronquitis aguda</i> puede presentarse: placa dental, gingivitis o periodontitis, xerostomía y mayor riesgo de caries dental.</p> <p><i>Bronquitis crónica</i> puede presentar: inflar carrillos, gingivitis o periodontitis, ianosis en labios y en lechos ungueales y puede observarse resequedad en las mucosas</p>
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>En caso de <i>bronquitis agudo</i> se debe evitar el uso de aislamiento absoluto o técnicas que den sensación de ahogo. Evitar trabajar con el paciente en posición supina. Acortar la duración de las citas.</p> <p>En caso de <i>bronquitis crónica</i> se debe suspender la cita si presenta disnea en reposo. Realizar citas cortas y no extenuantes. Evitar acostar al paciente y el uso de aislamiento absoluto y de anestesia general. Puede indicarse Diacepam vía oral media hora antes de la consulta en pacientes con EPOC leve a moderada. Ante emergencias o crisis respiratorias, se requiere administrar oxígeno a una velocidad de 3L/minuto. Interconsulta con el neumonólogo previamente ante cualquier procedimiento.</p>
TRATAMIENTO	<p>La mayoría de los casos de bronquitis aguda mejoran sin tratamiento, generalmente después de un par de semanas. En algunos casos, el médico puede recomendarte medicamento para la tos. Si tienes alergias, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el médico puede recomendarte un inhalador y otros medicamentos para disminuir la inflamación y abrir las vías estrechadas de tus pulmones.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de inmunofluorescencia (detección de virus en secreciones respiratorias) • Radiografía de tórax • Examen de esputo • Espirometría • Estudios radiográficos para clasificar la EPOC • Tomografía computarizada en algunos casos

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Afectan los músculos, nervios, huesos o tejidos que tienen que ver con la respiración o directamente a los pulmones. Estas afecciones incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedades que afectan los pulmones, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística, neumonía, embolia pulmonar y el COVID-19.• Afecciones de los nervios y músculos que controlan la respiración, como esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular, lesiones de la médula espinal y accidente cerebrovascular.• Problemas con la columna vertebral, como la escoliosis (una curvatura de la columna vertebral)
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para respirar y falta de aire• Piel, labios y uñas pueden tener un color azulado.• Un nivel alto de dióxido de carbono puede causar respiración rápida y confusión.• Algunas personas que tienen insuficiencia respiratoria pueden tener mucho sueño o perder el conocimiento.• También pueden tener arritmia (latidos cardíacos irregulares).
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Xerostomía• Halitosis, aumento de la placa dentobacteriana (biofilm)• Presencia de problemas periodontales• Susceptibilidad a las infecciones producidas por hongos
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Evitar depresión respiratoria del paciente.• Evitar la ataques de ansiedad.• No recostar en exceso al paciente en el sillón.• No realizar técnicas o procedimientos que puedan causar sensación de ahogo• No utilizar sedación con óxido nitroso en enfisema ni barbitúricos (preferible Benzodiacepina de acción rápida a dosis bajas).• No usar antibióticos indiscriminadamente.• Evitar anestesia general ambulatoria.
TRATAMIENTO	<p>El tratamiento va a depender de si la insuficiencia es aguda (de corto plazo) o crónica (en curso), qué tan grave sea y cual viene siendo su causa. Pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terapia con oxígeno: Se realiza a través de una cánula nasal (dos pequeños tubos de plástico que se introducen en las fosas nasales) o mediante una máscara que se coloca sobre la nariz y la boca.• Traqueotomía• Ventilador• Ventilación con presión positiva no invasiva, que utiliza una presión de aire moderada para mantener abiertas las vías respiratorias mientras duerme.• Fluidos por vía intravenosa• Medicamentos para el malestar.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Espirometría• Prueba de volumen pulmonar• Prueba de difusión de gases• Prueba de esfuerzo con ejercicio

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El principal agente causal es Mycobacterium tuberculosis y en un porcentaje menor M. bovis, el M. africanum o el M. microti. • El bacilo se transmite casi siempre desde un paciente con tuberculosis pulmonar activa, por medio de gotitas respiratorias que la tos, el estornudo o la fonación convierten en un aerosol. • Uno de los factores más importantes para la transmisión es el hacinamiento en espacios mal ventilados.
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<p>Esta sintomatología puede ser leve y durar por muchos meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Fiebre • Sudores nocturnos • Pérdida de peso
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>Se localizan frecuentemente en lengua, paladar y labios; se manifiestan como áreas de ulceración, de bordes indurados muy dolorosas, con tubérculos satélites en la periferia o nódulos, fisuras, placas o vesículas que crecen con lentitud. También pueden presentarse en carrillos comisuras, encía, amígdalas o áreas de tejido linfoide de la cavidad oral o nasofaringe.</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con tuberculosis activa deben permanecer el menor tiempo posible en el consultorio y deben portar cubrebocas mientras entran a la consulta. • El tratamiento dental de un paciente sólo se realizará en caso de urgencia mediante manejo farmacológico para control de dolor. • Los pacientes bajo algún régimen pueden ser tratados en la consulta siempre y cuando se les hayan administrado fármacos por lo menos durante 2 meses y ya no presenten sintomatología. • Los individuos que culminaron el programa farmacológico, pueden ser tratados como cualquier paciente sano, en lo posible deberá evitarse la administración de AINE, dado que son medicamentos inmunosupresores y pudieran reactivar la infección. • Pacientes con tuberculosis extrapulmonar que estén en programa farmacológico pueden someterse a un procedimiento dental, a excepción de los que padecen tuberculosis oral
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La forma activa que es sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro fármacos: isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, los cuales se absorben de manera eficaz por VO. • La tuberculosis multirresistente se puede tratar y curar con fármacos de segunda línea como aminoglucósidos, tal es el caso de estreptomina, kanamicina, amikacina, capreomicina, etionamida, ciloserina y fluoroquinolonas
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico definitivo depende del aislamiento de M. tuberculosis a partir de cultivos o identificación del bacilo por medio de técnicas de amplificación de DNA o RNA. • Entre las pruebas utilizadas para la diagnosis se encuentran: las técnicas radiográficas, el examen microscópico y la prueba cutánea de tuberculina.

<h2>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</h2>	<p>En la enfermedad renal, la tasa normal de filtración glomerular (TFG), puede declinar en horas o pocos días en su manifestación aguda, o tomar meses o años en la crónica. <i>Aguda</i>: se produce por lesión a los túbulos renales por pielonefritis o glomerulonefritis y puede ser el resultado de la acción de agentes tóxicos, enfermedad glomerular necrotizante grave o complicaciones quirúrgicas. <i>Crónica</i>: se debe a enfermedades sistémicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial, glomerulonefritis y las enfermedades quísticas, nefroesclerosis, enfermedad poliquística renal, malformaciones, enfermedades de la colágena como lupus eritematoso.</p>
<h2>MANIFESTACIONES CLINICAS</h2>	<ul style="list-style-type: none">• Cambios gastrointestinales: irritación gastrointestinal con esofagitis, gastritis y posible sangrado. El paciente presenta anorexia, náuseas y vómito• Cambios hematológicos e inmunológicos: anemia y sangrado• Cambios en piel y mucosas: blanquecina, reseca, y generar comezón• Cambios neurológicos y musculares: irritabilidad neurológica y alteraciones en la conducción eléctrica nerviosa• Cambios óseos: hiperfosfatemia, retención de fosfato e hipocalcemia.• Disfunción sexual: destrucción del parénquima renal
<h2>MANIFESTACIONES BUCALES</h2>	<ul style="list-style-type: none">• Halitosis y erosiones y aumento del volumen parotídeo,• Cambios óseos cualitativos en los maxilares• Palidez en las mucosas y xerostomía,• Estomatitis urémica y sangrado urémico (equimosis, púrpura o epistaxis),• Pérdida de la unión mucogingival,• Disgeusia (cambios en el sabor) y disestesias (táctiles y nociceptivas) .
<h2>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</h2>	<ul style="list-style-type: none">• Identificación del estatus presente de la enfermedad. Realizar actos que eviten la aparición de situaciones que puedan complicarla como estados infecciosos e inflamatorios crónicos.• Manejo médico. Entender los diferentes niveles de atención que van desde dieta, pasar por diálisis y por último, trasplante renal.• En aquellos que se encuentran en etapas más avanzadas de enfermedad, se debe conocer si su tratamiento es: Sólo farmacológico y dietético, si ya incluye algún tipo de diálisis, si está en preparación para ser trasplantado, si ya ha recibido trasplante renal.• Mantener registro por cita de la tensión arterial.
<h2>TRATAMIENTO</h2>	<ul style="list-style-type: none">• Las opciones de tratamiento varían ampliamente y dependen de la causa de la insuficiencia renal, pero la mayoría requiere una estadía en el hospital.• Los procedimientos de radiología de intervención como el stent ureteral y la nefrostomía• Tratamientos quirúrgicos tales como un stent urinario o la remoción de piedras de los riñones.• Diálisis, incluyendo hemodiálisis y diálisis peritoneal:
<h2>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</h2>	<ul style="list-style-type: none">• Química sanguínea• La biometría hemática• Técnica de Ivy (determinación del tiempo de sangrado• Tiempo de protrombina

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Es la sustitución del parénquima de un órgano por un estroma fibroso; en la cirrosis hepática las células hepáticas dañadas o destruidas se convierten en tejido cicatricial fibroso afuncional. Es causada por agresores inflamatorios, tóxicos, metabólicos, ingesta de medicamentos y fármacos hepatotóxicos, obesidad, sobrenutrición, presión congestiva de la sangre y órganos circunvecinos, hepatitis virales, en particular la de tipo c. Es la destrucción no regenerativa de etiología diversa de los hepatocitos, seguida de una reparación fibrosa que los sustituye. Las secuelas clínicas serán proporcionales al grado de disfunción hepatocelular e hipertensión portal observado.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Ascitis.• Síndrome hepatorenal.• Encefalopatía hepática.• Hipertensión portal.• Varices esofágicas y hemorragia digestiva.• Ictericia.• Obstrucción biliar.
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Las alteraciones hemostáticas de origen trombocítico, por deficiencia de factores de coagulación o por su combinación, se manifiestan en la boca por petequias bucales en el paladar blando, carrillo y en casos graves, en labios.• Puede haber sangrado gingival espontáneo en desproporción a la condición inflamatoria preexistente.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Para prevención o control hemorrágico, pudiera resultar conveniente el uso de sustancias antifibrinolíticas por vía oral o por aplicación local, donde la sustancia se mantiene de manera pasiva sobre la zona operada durante 2 a 3 minutos. Una de éstas es el ácido tranexámico.• La dosis habitual para uso oral en adultos es de 750 a 2 000 mg de ácido tranexámico al día, en 3 o 4 dosis divididas (es incompatible con bencilpenicilina, penicilina G bezantínica).• Los pacientes cirróticos también pueden ser utilizados diversos agentes hemostáticos locales como Gelfoam® (Pfizer o Baxter), esponja de gelatina absorbible; Hemostal® Gel (Prevest)
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• Dejar de beber.• Pérdida de peso.• Medicamentos para controlar la hepatitis.• Exceso de líquido en el cuerpo.• Puedes recibir antibióticos u otros tratamientos para las infecciones.• Es probable que el médico recomiende ecografías y análisis de sangre periódicos para detectar signos de cáncer de hígado.• Cirugía de trasplante de hígado
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• INR. (International Normalized Ratio) y tiempo de tromboplastina parcial (TTP).• Biometria hematica (BH), con cuentas diferenciales. El paciente cirrótico con historial hemorrágico puede presentar anemia.

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Neoplasias malignas no sólidas que resultan de alteraciones que se presentan de manera temprana en las células hematopoyéticas que dan origen a los glóbulos blancos, los que en lugar de proliferar y diferenciarse fallan en la diferenciación y se reproducen de manera incontrolada. Se clasifican en leucemia mielógena aguda o crónica, y leucemia linfocítica aguda o crónica. Son causadas por factores ambientales como radiación ionizante, exposición a sustancias químicas y drogas, factores hereditarios y cromosómicos, malnutrición, malfuncionamiento de la tiroides, infecciones virales crónicas</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez de la piel y mucosas generada por la anemia, debilidad, astenia, disnea, cefalea, taquicardia, tinnitus, adinamia, epistaxis, tendencia a infecciones, hepatomegalia, esplenomegalia, artralgia, linfadenopatía
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia gingival • Ulceraciones • Hiperplasia gingival • Coágulos que se desprenden con facilidad • Petequias • Lesiones purpúricas en tejidos blandos bucales o piel
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta con el oncólogo y hematólogo para evaluar la necesidad de hospitalizar al paciente para su mejor manejo • Educar al paciente a tener una higiene bucal eficaz • Eliminar prótesis mal ajustadas • Tomar en cuenta los riesgos del paciente de presentar hemorragia y tendencia a las infecciones, en este caso se debe posponer el tratamiento dental hasta la mejoría de dichos factores • Ante urgencias, se deben diseñar medidas compensadoras para evitar estas complicaciones
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La quimioterapia es la principal forma de tratamiento para la leucemia. Este tratamiento con medicamentos usa sustancias químicas para matar las células de leucemia. • Los tratamientos con fármacos con diana específica se enfocan en anomalías específicas presentes dentro de las células cancerosas, los tratamientos con fármacos con diana específica pueden producir la muerte de las células cancerosas. • Radioterapia. • Trasplante de médula ósea. • Inmunoterapia.
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hematología completa • Hemograma • Biometría hemática completa • Plaquetas • Antibiograma en caso de lesiones supurativas

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>La carencia de todo es la causa más frecuente de hipotiroidismo. En las regiones geográficas en donde existen provisión de todo, la tiroiditis de Hashimoto y el hipotiroidismo secundario a tratamiento de hipertiroidismo le siguen en prevalencia. Etiologicamente se dividen en: <i>Cretinismo o hipotiroidismo infantil:</i> Falta de desarrollo y crecimiento facial, odontologicamente se observa macroglosia y maloclusion. <i>Mixedema o hipotiroidismo del adulto:</i> Los síntomas pueden ser no específicos en sus inicios, presentan aletargamiento, cambios menores gastrointestinales como estreñimiento o intolerancia al frío.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad y cansancio • Piel seca • Perdida del cabello y estreñimiento • Mala memoria • Dificultad para concentrarse • Poco apetito aunque aumentan de peso • Disnea • Menorragia y parestesia • Dificultades auditivas
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piel de la cara gruesa y abultada • Macroglosia y maloclusion • Erupcion retardada • Macroglosia • Caries • Enfermedad periodontal • Candidiasis bucal de control rebelde
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un paciente sin control no debe recibir atención en el consultorio dental, solo medidas paliativas, haciendo uso prudente de los antibióticos y analgésicos. • De ser necesaria la intervención por razones de extrema urgencia se deberá realizar en medios hospitalarios bajo la responsabilidad y vigilancia de un médico. • Al presentarse los menores signos de hipotiroidismo es mejor establecer interconsulta medica y suspender las actividades odontologicas hasta la estabilización del paciente.
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>El tratamiento habitual para el hipotiroidismo supone el uso diario de la hormona tiroidea sintética levotiroxina (Levothroid, Synthroid, entre otros). Este medicamento oral restaura los niveles adecuados de la hormona y revierte los signos y los síntomas del hipotiroidismo. El medicamento disminuye de manera gradual los niveles de colesterol elevados a causa de la enfermedad y puede revertir el aumento de peso. Por lo general, el tratamiento con levotiroxina es de por vida, pero como la dosis que necesitas cambia, es posible que el médico controle el nivel de TSH cada año.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biometria hematica • TSH (Hormona estimulante de la tiroides) • T3 total y T4 libre

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Desde un punto de vista etiopatogénico, podemos hablar de dos grandes causas de tirotoxicosis: aquellas que cursan con un aumento de síntesis hormonal y las que cursan con una destrucción glandular y liberación de hormona tiroidea preformada a la circulación. Las del primer grupo cursan con una captación gammagráfica de radioyodo normal o aumentada, reflejo de la síntesis hormonal “de novo” y son las que agrupamos bajo el término de “hipertiroidismo”. En las segundas la captación gammagráfica está disminuida o ausente.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Aumento de la sudoración y una intolerancia al calor.• Alopecia• Taquicardia• Perdida de peso• Dolor ocular• Disnea• Vomitos o dolor abdominal• Disfagia en bocios de gran volumen• Anemia normocromica• Resorcion ósea• Irritabilidad, estrés o depresión.
MANIFESTACIONES BUCALES	<p>Se observan: glositis, micrognatia, macroglosia, macroquelia, mordida abierta anterior, hipoplasia del esmalte, retardo en la erupción dental y apiñamiento.</p>
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>En pacientes con hipotiroidismo no controlado o no tratado, se debe evitar realizar procedimientos quirúrgicos, evitar depresores del sistema nervioso central, evitar ansiolíticos y procesos infecciosos agudos.</p>
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• Levotiroxina sódica (L-T4): tabletas de 100 µg.• Lileroxinina (T3: 25 µg, T4: 100 µg).• Levotiroxina sódica en viales de 500 µg (uso parenteral IM e IV).• T3 sintética (liotironina) 25 µg.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• El historial médico y un examen físico• Análisis de sangre• Prueba de captación de yodo radioactivo• Gammagrafía de tiroides• Ecografía de tiroides

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Trastorno en el que las glándulas suprarrenales no producen suficientes hormonas. Específicamente, las glándulas suprarrenales producen cantidades insuficientes de la hormona cortisol y, algunas veces, también de la hormona aldosterona. Cuando el cuerpo está bajo estrés, esta deficiencia de cortisol puede ocasionar una crisis addisoniana mortal, caracterizada por la baja presión arterial.</p> <p><i>Etiología primaria:</i> autoinmune (tiroiditis de Hashimoto y tiroiditis atrofica), iatrogénico (tiroidectomía, radiación en cuello), farmacológico (ingesta de yodo, litio, fármacos antitiroideos, ASA, interferón y otros), congénito (ausencia glándular, dishomogenesia, mutación de TSH-R)</p> <p><i>Etiología transitoria:</i> silenciosa (posparto) y su aguda (remoción de tratamiento con tiroxina, tiroidectomía subtotal)</p> <p><i>Etiología secundaria:</i> hipopituitarismo (tumores, radiación, cirugía, desórdenes infiltrativos, etc), deficiencia (TSH), hipotalámica (tumores, traumatismos, desórdenes infiltrativos)</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<p>Debilidad y cansancio, piel seca y pérdida de cabello (alopecia difusa), friolentas, estreñimiento, mala memoria y dificultad para concentrarse, poco apetito y tendencia a la obesidad, disnea, menorragia, parestesia, dificultad auditiva osteoporosis y cambios miscelaneos como acné, debilidad muscular, oligomenorrea, alteraciones emotivas y táctiles</p>
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>Pigmentaciones y petequias, candidiasis; dilación en el crecimiento óseo, erupción dentaria y malposición, facies típica de obesidad, signos de crecimientos gingivales y modificaciones en la sensibilidad del epitelio intraoral</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La interconsulta medica es obligada. • El esquema de suplementacion esteroidea y la dosis profiláctica son aspectos que deben ser tratados con el médico responsable. • En casos de urgencia donde el paciente tenga vómitos, mareo grave o un colapso, la hidrocortisona es el tratamiento de opción (inyección IM de 500mg). • Posteriormente transportar al paciente a un centro médico, donde el tratamiento es la determinación del cortisol sanguíneo y aplicación de solución salina intravenosa; glucosa para la hipoglucemia.
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de procesos infecciosos activos locales • Profilaxis • El grado de agresión quirúrgica indicara la necesidad de fármacos de apoyo, como Antibióticos y enjuagues Antisépticos. Sin embargo, los autores han sugerido excluir el uso de Antibióticos profilácticos.
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condición cardíaca, presión arterial y estado glucemico • Biometria hemática (BH), cultivos bacterianos con antibiograma. Electrolitos, cortisol sérico, hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en plasma • En ocasiones, prueba de estimulación con ACTH

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Falta de glóbulos rojos o la presencia de glóbulos rojos disfuncionales en el cuerpo, lo que provoca una reducción del flujo de oxígeno hacia los órganos. Es causada por insuficiencia de la médula ósea, enfermedades crónicas; en el caso de anemias hipocrómicas microcíticas se observa en la deficiencia de hierro, talasemia o hemorragias crónicas; en el caso de anemia macrocítica debido a falta de vitamina B12 y ácido fólico, hipotiroidismo, tabaquismo, alcoholismo o insuficiencia hepática; en el caso de anemia ferropénica (la más común) debido a deficiencia de hierro; en el caso de anemias hemolíticas debido a la destrucción incrementada de eritrocitos, entre otros.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Palidez• Astenia• Irritabilidad• Cambios en el estado de ánimo• Problemas de memoria• Insomnio• Cansancio y pérdida de libido• Disnea• Cefalea• Tinnitus• Vértigo• Intolerancia al frío.• En casos más graves, taquicardia, cianosis, insuficiencia cardíaca y angina de pecho.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Si el médico advierte deficiencia nutricionales prescribirá el elemento por vía de administración que considere conveniente.• Ante un cuadro de anemia agudo difícilmente el paciente acudirá a la consulta dental. Se emplearán actividades preventivas y de seguimiento con el fin de evitar enfermedades bucales que agraven la situación sistémica como la periodontitis, infecciones bucales y lesiones cariosas, entre otros. Sin embargo, es preferible realizar estas opciones terapéuticas cuando la condición anémica esté controlada o mejorada.
TRATAMIENTO	<p>Las anemias por déficit de hierro, vitamina B12 o ácido fólico se tratan mediante el aporte de estos principios. Las anemias secundarias a enfermedades inflamatorias crónicas mejoran con el tratamiento eficaz de la enfermedad causante. En los últimos años, la utilización de factores de crecimiento como la eritropoyetina permite tratar con gran eficacia muchas formas de anemia.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Biometría Hemática• Frotis sanguíneo• Determinación de hierro sérico, vitamina B y ácido fólico• Bilirrubina, anticuerpos contra el factor intrínseco para la absorción de vitamina B• Prueba de Schilling• Metabemoglobinemia.

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Han sido descubiertas asociaciones genéticas, inmunitarias y ambientales para que se presenten fallos en la producción, aprovechamiento o ambos de la insulina. Etiologicamente se divide en: Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes mellitus gestacional, intolerancia a la glucosa y a la glucosa en ayunas. Dentro de la patogenia existen células en el organismo que requieren la presencia de insulina para promover el ingreso de glucosa a su interior para las funciones energéticas, un exceso de glucosa circulante puede afectar las células insulino dependientes e insulino independientes produciendo muchos cambios clínicos que se observan como manifestación de la enfermedad.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perdida inexplicable de peso • Poliuria • Polidipsia • Polifagia • Lesiones que tardan en sanar
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hiposalivación • Aliento cetónico • Disestesias • Enfermedad periodontal magníficas • Caries e hipoplasia • Alteracion de la cicatrización • Riesgo de sangrado
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>En caso de un paciente diabético que no siga con el tratamiento o de quienes se sospeche que no está cumpliendo con una terapia adecuada se debe enviar al médico para revalorar el caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el ayuno para prevenir un cuadro hipoglucémico. • Dar citas matutinas ya que el paciente tendrá más capacidad adaptativa física y emocional. • Reducir las visitas y planear el mayor número de actividades. • Promover un ambiente tranquilo para evitar sobrecarga emocional y física, se pueden utilizar tranquilizantes como diazepam. • Las infecciones piógenas deben atacarse por medio de medidas locales y sistémicas. • Procedimientos de higiene eficientes.
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Mantener un peso saludable a través de una dieta saludable y del ejercicio diario es fundamental para el tratamiento de la diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación saludable • Actividad física • Control del nivel de glucosa en la sangre • Terapia con insulina • Trasplante de páncreas • Cirugía bariátrica
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Glucosa dos horas posprandial • Curva de tolerancia a la glucosa • Glucosa en sangre en ayunas • Glucosa en sangre de dos horas • Hemoglobina glucosilada

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Deficiencia de la matriz ósea y de las sales cálcicas, caracterizada por la disminución del volumen óseo y adelgazamiento del hueso cortical y trabecular. Se manifiesta por grados variables de afección reparativa, dolor, deformidad corporal y fracturas patológicas que son la principal complicación. <i>Primaria:</i> posmenopáusica, relacionada con la edad o idiopática. <i>Secundaria:</i> producida por motivos endocrinos, gastrointestinales, hematológicos, de tejido conectivo u otros trastornos. La genética también entra en juego dentro de la patología.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<p>Típicamente, las etapas iniciales de la disminución de la masa ósea no presentan síntomas. Pero una vez que la osteoporosis debilita los huesos, podría tener signos y síntomas que incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de espalda, provocado por una vértebra fracturada o aplastada • Pérdida de estatura con el tiempo • Una postura encorvada • Un hueso que se rompe mucho más fácilmente de lo esperado
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad periodontal • Perdida en inserción en mujeres con osteoporosis graves • Mujeres edentulas durante el periodo primenomenopausico suele observarse perdida dramática del hueso basal, que desarrolla atrofia alveolar mandibular, lo que dificulta el soporte de prótesis
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>El odontólogo debe recomendar a sus pacientes llevar a cabo de manera periódica un escaneo de su densidad ósea desintometria. Debe educarlos para que tengan una buena higiene bucal impecable por el riesgo a desarrollar osteonecrosis. se recomienda esperar al menos un año antes de realizar procedimientos que impliquen sangrado, en especial los que tienen que llevar largo tiempo de emplearlos, ya que no es suficiente la suspensión del fármaco, pues tiene efecto acumulativo.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Fármaco bifosfonatos. Se ha observado que existe un riesgo importante de que ante procedimientos quirúrgicos bucales, aun menores, se produzca osteonecrosis especialmente en la mandíbula.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de sangre • Examen de orina • Tomografía computarizada • Resonancia magnetica • El FRAX

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Afección que comienza a medida que pierde masa ósea y sus huesos se debilitan. Esto sucede cuando el interior de los huesos se vuelve quebradizo debido a la pérdida de calcio. Es muy común a medida que envejece. La masa ósea total alcanza su punto máximo alrededor de los 35 años.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<p>La mayoría de las personas que padecen osteopenia no presentan síntomas. La pérdida de masa ósea no es dolorosa. La osteopenia predispone a fracturas patológicas y de bajo impacto de vértebras, caderas, muñecas, metatarsianos y costillas.</p>
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>No presenta manifestaciones bucales relevantes</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un control odontológico de 3 a 6 meses • La limpieza dental de rutina debe realizarse con cuidado, evitando heridas en el tejido blando • Las dentaduras removibles deben ser chequeadas por su potencial de inducir trauma • El tratamiento endodóntico es preferido ante la extracción dental • Implantes dentales deben ser evitados
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>El tratamiento para la osteopenia tiene como objetivo prevenir la pérdida ósea excesiva y la progresión de la enfermedad para una osteoporosis, pudiendo ser recomendado por el médico el uso de medicamentos que aumenten la absorción de calcio y su depósito en los huesos, así como el uso de suplementos de calcio y vitamina D y cambios en los hábitos alimentarios, debiendo incluir en la dieta alimentos ricos en calcio y vitamina D.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Densitometría ósea • Radioabsorciometría de doble energía (DEXA o DXA).

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Enfermedad autoinmunitaria multisistémica crónica que produce dolor, inflamación, rigidez y pérdida de la función de las articulaciones. Se desconoce su etiología, aunque parece ser multifactorial, involucra a virus y bacterias, cierta predisposición genética, trastornos endocrino e inmunitarios
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Fatiga• Pérdida de apetito• Debilidad• Dolor musculoesquelético• Aumento de volumen
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Agrandamiento gingival• Petequias en paladar blando y faringe• Sangrado pre y posoperatorio• Enfermedad periodontal• Trastornos temporomandibulares
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Facilitar al paciente llevar una buena higiene oral adecuada, disminuir los efectos derivados de la hiposalivación y sus complicaciones. Pueden requerir profilaxis antibiótica debido a reemplazo de articulaciones y tratamiento inmunosupresor. Ante situaciones de estrés debe considerarse doblar la dosis de esteroides en quienes ha recibido.
TRATAMIENTO	Es muy variado, entre los fármacos más comunes están el ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos AINE, sales de oro, cloroquina, penicilamina, inmunorreguladores como corticosteroides.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo imagenológico• Biometría hemática• Sedimentación globular• Proteína C reactiva• Factor reumatoide• Anticuerpos antinucleares• Exámenes histopatológicos• Valoración del líquido sinovial

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>No es clara la etiología de esta enfermedad, ni los mecanismos exactos por los cuales se perturba el sistema inmunitario normal. Han sido identificados como agentes promotores aspectos genéticos, ambientales y hormonales; sin embargo, entre estos factores se encuentran: Deficiencia en el sistema complemento, radiaciones actínicas, penicilina, tetraciclina y estreptomycin.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Placas eritematosas con descamación queratósica, es común en la región malar• Fotosensibilidad• Pleuritis, pericarditis, artritis, proteinuria, convulsiones, psicosis y disminución de cualquiera de los elementos formes sanguíneos, además de la disfunción inmunitaria intrínseca.
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones bucales de tipo ulcerativas, eritematosas o discoides.• Erosión de la mucosa descamativa o fisuras con tendencia hemorrágica.• Maculas eritematosas extensas
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>Los pacientes con lupus eritematoso sistémico no ofrecen retos particulares, aunque siempre será recomendable el contacto médico para conocer el estado real de la enfermedad y los pormenores en el manejo farmacológico. Deben ser evitados tratamientos quirúrgicos en periodos activos de la enfermedad o sus agudizaciones, ya que la exposición quirúrgica de antígenos del tejido de sostén submucoso, pudiera complicar el manejo médico; el cirujano dental o el periodoncista pudieran obtener resultados cicatrizales deficientes con riesgo de infección secundaria por deficiencia reparativa. Se debe tomar en cuenta las reacciones a los fármacos prescritos por el conocido efecto que la penicilina y las tetraciclinas pueden tener sobre la activación lupoide; la misma conducta es sugerida para las intervenciones quirúrgicas bucales efectuadas.</p>
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo psicológico e información educativa en mujeres fértiles.• Uso de cualquier método físico o químico que sirva de protector solar.• En los casos más leves se emplea hidroxicloroquina. Al involucrarse las articulaciones se emplean AINE.• Los estrógenos pueden implementarse en casos donde el desbalance hormonal detectado lo requiera.• Cuando son observadas afectaciones pulmonares, gastrointestinales y renales, el empleo de citotóxicos como la ciclofosfamida y azatioprina o de corticosteroides del tipo de prednisolona o metilprednisolona pueden emplearse solos o en combinación.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<p>Para regular su tratamiento y establecer las bases para una interconsulta médica eficiente, el odontólogo debe solicitar biometría hemática, cuenta plaquetaria y tiempo de sangrado (técnica de Ivy)</p>

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>Es producido por mosquitos del género Aedes, principalmente por Aedes aegypti, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial a través de reservorios de agua contaminada. El virus es altamente inestable en el medio ambiente, inactivándose con el calor, desecación y desinfectantes que contengan detergentes o solventes lipídicos. El complejo dengue lo constituyen cuatro serotipos virales serológicamente diferenciables (Dengue 1, 2, 3 y 4) que comparten analogías estructurales y patogénicas, por lo que cualquiera puede producir las formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han estado asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Fiebre alta, posiblemente de hasta 40°C.• Dolor detrás de los ojos y en las articulaciones, los músculos y/o los huesos.• Fuerte dolor de cabeza.• Sarpullido en la mayor parte del cuerpo.
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Sangrado gingival.• Enrojecimiento de las mucosas y encías.• Petequias• Lengua saburral• Xerostomia• Sabor amargo
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>Indicarle al paciente que debe realizarse exámenes de laboratorio (hemograma completo) para la verificación del diagnóstico presuntivo. Despedir al paciente en caso de que el procedimiento a realizar no sea de emergencia. Advertirle al paciente que no ingiera antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ya que están contraindicados por los riesgos que podrían provocar. Recomendarle al paciente que se mantenga hidratado y que consuma alimentos ricos en proteínas. Si se debe intervenir en la consulta odontológica debido a que el paciente se presenta con una emergencia, valorar la verdadera necesidad de la ejecución del procedimiento respectivo.</p>
TRATAMIENTO	<p>Iniciar reposición de líquidos por vía intravenosa (IV) utilizando soluciones cristaloides, como solución salina isotónica al 0.9%. Comenzar por 5-7 ml x Kg x hora y posteriormente mantener la dosis o disminuirla de acuerdo a la respuesta clínica del paciente.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<p>Hematocrito y recuento leucocitario.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>El síncope puede deberse a un mecanismo reflejo o neuromediado, un origen cardiogénico que puede producirse por una arritmia o algún tipo de cardiopatía estructural, o hipotensión ortostática que puede deberse a una disfunción autonómica primaria, secundaria a una patología de base o desencadenada por fármacos hipotensores o hipovolemia.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia (situación en la consulta dental) • Postura erecta. • Anoxia • Emoción aguda y dolor.(situación en la consulta dental o maniobras invasivas) • Micción • Neuralgia glossofaríngea • Síndrome del seno carotídeo
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>En caso de un paciente padezca de un síncope durante la atención odontológica se debe colocar al paciente de manera horizontal con el fin de favorecer el retorno venoso y el flujo sanguíneo cerebral. Si el paciente se encuentra en el sillón dental ubicar la cabeza por debajo de la línea corporal, elevar las piernas. Esperar unos minutos para que el paciente recupere su estado de vigilia.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>En la mayoría de los casos el síncope no requiere tratamiento.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma • Ecocardiograma • Prueba de esfuerzo • Análisis de sangre • Prueba de la mesa inclinada.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Se caracteriza por tres características esenciales: vasculopatía de vasos pequeños, desregulación de la inmunidad innata y adaptativa, y fibrosis extensa de la piel y de las vísceras.
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Dolor en las articulaciones• Fatiga• Problemas digestivos, como dificultad para tragar• Acidez de estomago• Estreñimiento o diarrea,• Problemas cardiorrespiratorios como dificultad respiratoria• Hipertensión o dolor en el pecho.
MANIFESTACIONES BUCALES	Se presenta de forma sistémica o localizada. Las manifestaciones orales de la enfermedad resultan del depósito de colágeno en los tejidos o alrededor de vasos y nervios. La manifestación oral más común reconocida en esta entidad, es el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	El manejo odontológico de esta patología está dirigido principalmente, a la prevención de las caries dentales y enfermedad periodontal, mediante educación y enseñanza de la higiene oral, mantenimiento periodontal, uso de sustitutos salivales y ejercicios destinados a mantener la apertura y elasticidad de la boca
TRATAMIENTO	Del estadio inflamatorio de la lesión cutánea requiere habitualmente la administración de corticoides. La afectación intersticial pulmonar puede mejorar, en fases iniciales, con ciclofosfamida oral/micofenolato de mofetil y esteroides. No existe ningún tratamiento que pueda curar o detener la sobreproducción de colágeno característica de la esclerodermia.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	El reumatólogo, que incluirá el relato de los síntomas, un examen de la piel y una exploración general. Siempre se realizan exámenes complementarios como análisis y una radiografía del tórax, y sólo en algunos casos otras pruebas digestivas o cardiorrespiratorias.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Producida por degeneración idiopática del cuerpo estriado y la sustancia negra en el cerebro que concomitantemente reducen el número de grupos celulares dopaminérgicos con la subsecuente pérdida progresiva del neurotransmisor dopamina; el parkinsonismo secundario es debido a una pérdida o interferencia de la acción de dopamina en los ganglios basales debido a enfermedades degenerativas idiopáticas, fármacos (antipsicóticos o tranquilizantes mayores; p. ejem., reserpina, haloperidol) o productos tóxicos exógenos (heroína).
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Temblores, lentitud en los movimientos (bradicinesia), rigidez muscular, alteración de la postura y el equilibrio, pérdida de los movimientos automáticos, cambios en el habla, cambios en la escritura
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Mayor presencia de caries y de enfermedad periodontal, edentulismo, sialorrea, xerostomía, disfagia, ardor bucal
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>Los odontólogos deben estar atentos del desarrollo de las manifestaciones en la cavidad oral para implementar un buen tratamiento o control de las mismas, es primordial antes de instaurar alguna terapéutica consultar con el médico tratante para conocer en qué etapa de la patología se encuentra</p> <ul style="list-style-type: none">• Los temblores y la rigidez muscular pueden generar dificultad en el examen clínico intrabucal, es importante que las citas sean cortas y se programen en la mañana, noventa minutos después de la administración del fármaco antiparkinsoniano• La utilización de los bloques de mordida es esencial para mantener la boca abierta y un succionador de alta potencia para proteger las vías aéreas.• Administrar lidocaína 1:100.000 con epinefrina al dos por ciento a un número de tres carpules para evitar la taquicardia y la hipertensión.• La rasagilina debe suspenderse dos semanas antes de cualquier cirugía
TRATAMIENTO	<p>Se emplean fármacos como: Precursores de la dopamina como la levodopa, carbidopa, amantadina, deprenil y bromocriptina pergolida. Inhibidor de la monoaminoxidasa tipo B (IMAO-B) que inhiben las dos principales enzimas responsables de la degradación de dopamina en el cerebro, prolongando así las dosis individuales de levodopa como la selegilina. Anticolinérgicos como el trihexifenidilo, mesilato de benztropina, prociclidina, biperideno y etopropazina (resequedad oral). Antihistamínicos por su actividad anticolinérgica y de sedación leve como la difenhidramina y orfenadrina. Antidepresivos tricíclicos como sedantes nocturnos y coadyuvantes para la levodopa, así como para combatir los estados depresivos,</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<p>No existe ningún examen específico para diagnosticar la enfermedad de Parkinson. El médico capacitado en trastornos del sistema nervioso (neurólogo) diagnosticará la enfermedad de Parkinson según tus antecedentes médicos, un análisis de los signos y síntomas, y una exploración física y neurológica.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Trastorno del sistema nervioso central (neurológico) en el que la actividad cerebral normal se altera. Aparece como consecuencia de una lesión identificada en el cerebro: traumatismo, ictus y otras lesiones vasculares, tumor, infección, inflamación, malformaciones congénitas de la corteza cerebral, enfermedades neurodegenerativas, etc</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión temporal • Episodios de ausencias • Rigidez en los músculos • Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas • Pérdida del conocimiento o la consciencia • Síntomas psicológicos, como miedo, ansiedad o déjà vu
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Xerostomía por ingesta de medicamentos. • Aumento de caries secundaria a la xerostomía. • Agrandamiento gingival. • Alteraciones de la erupción y maloclusión secundarias a hiperplasia gingival. • Cicatrices en lengua y mucosa labial como secuela del trauma durante la crisis. • Atrición severa.
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>Realizar una adecuada historia clínica y conocer las características de la enfermedad. Realizar interconsultas para verificar que el paciente esté controlado. Disminuir la posibilidad de crisis por ansiedad o por estrés. Evitar estímulos sonoros ó luminosos fuertes. Remitir a especialista en Periodoncia. Disponer los instrumentos de tal manera que sea fácil retirarlos en una crisis convulsiva. En caso de requerir procedimientos bajo anestesia general, debe realizar las interconsultas pertinentes.</p> <p><i>En caso de presentar crisis en la consulta odontológica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Despejar el sitio, retire la mesa del instrumental, procurar no mover al paciente del sillón durante la crisis convulsiva • Colocar al paciente en posición decúbito lateral • Para evitar que se muerda la lengua, colocar una toalla o pañuelo entre los dientes antes de que se produzcan espasmos en los músculos
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Los médicos generalmente empiezan por tratar la epilepsia con medicamentos (anticonvulsivo). Si los medicamentos no curan la enfermedad, los médicos pueden proponer una cirugía u otro tipo de tratamiento. Cuando los medicamentos no proveen un control adecuado de las convulsiones, la cirugía podría ser una opción. En la cirugía, el cirujano extrae la parte del cerebro que provoca las convulsiones.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurológico • Análisis de sangre • Electroencefalograma (EEG) • Exploración por tomografía computarizada • Imágenes por resonancia magnética • Tomografía por emisión de positrones • Magnetoencefalografía

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Su etiología deriva del virus del herpes simple (Herpes simplex) tipo 1 (VHS-1) o tipo 2 (VHS-2). El virus, después de penetrar a través de las mucosas o de la piel lesionada, se replica provisionalmente y causa viremia, luego se disemina a través de los nervios a las neuronas sensitivas</p>
<p>MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y BUCALES</p>	<p><i>GINGIVOESTOMATITISHERPERTICA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vesículas múltiples sobre base eritematosa de bordes circinados. • Las vesículas se instalan en mucosa, encía, lengua y pueden extenderse a la piel del labio. • Dolor • Hipertermia • Halitosis • Sialorrea <p><i>INFECCION HERPETICA RECURRENTE: HERPES RECURRENTE, HERPES RECIDIVANTE, HERPES LABIAL</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vesículas rodeadas con frecuencia por eritema inflamatorio • Lesión se ubica en unión mucocutánea de labios u otras áreas de la piel • Vesículas se cubren de costras o escaras • Sensación previa quemante o prurito, o dolor en el sitio de las vesículas • Instalación poco frecuente • Vesículas que respetan la encía
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ·Reposo y dieta liquida ·Mantenimiento hidrico ·Analgésicos ·Profilaxis bucal ·Aplicar anestésicos locales y demulcentes ·Buches alcalinos ·Normas de bioseguridad ·Indicar antivirales, no antibióticos ni corticoides.
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Se recomiendan buches alcalinos, uso local de geles o ungüentos con aciclovir en la queratitis por herpes virus simple. Se recomienda Aciclovir oral en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección de piel y mucosas por VHS: 200 mg/4 h o 400 mg/6 h (omitir dosis nocturna), 5 días. • Prevención de infección recurrente por VHS: 200 mg/6 h o 400 mg/12 h, interrumpiendo a intervalos de 6-12 meses. • Profilaxis de infección por VHS: 200 mg/6 h; tras trasplante de médula o con dificultad de absorción intestinal: 400 mg/6 h. • Tópico: Adultos y niños > 12 años: 5 aplic. /día, cada 4 h (omitiendo la noche), 5-10 días.
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>La prueba de VHS generalmente se hace con un hisopo o como análisis de sangre o punción lumbar. El tipo de prueba depende de sus síntomas y antecedentes de salud.El examen de anticuerpos séricos contra el herpes simple es un examen de sangre que buscaanticuerpos contra el virus del herpes simple (VHS), incluso el VHS-1 y el VHS-2.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Es un virus neurodermatotropo, cuyo modo de contacto inicial es por inhalación de gotitas que penetran en el organismo a través del aparato respiratorio, con un periodo de incubación de 1 a 3 semanas. El virus varicela-zóster es el causante de la varicela como infección primaria, afectando principalmente a niños, mientras que su reactivación en adultos da lugar al herpes zóster.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neuritis dolorosa y parestesia de dermatomas involucrados • Maculas rojas que evolucionan a rash vesiculopapular en relación con dermatomas • Costras y escaras • Vesículas gangrenosas • Complicaciones neurológicas
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión en encía y mucosa bucal, labio inferior y paladar • Compromiso de nervios maxilar superior, inferior y VII par craneal • Ocasionalmente severa y limitada a la boca • Ageusia parcial • Parálisis facial homolateral • Neuralgia posherpetica
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normas de bioseguridad • Profilaxis bucal • Indicar antivirales y corticoides • Contención psicológica
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>El uso de terapias antivirales para el herpes incluye: citosina arabinosido, vidarabina, interferón, idoxuridina y aciclovir (el más usado actualmente) se indican de forma oral o intravenosa. La dosis oral requiere de 800 mg/ 4h veces al día y si es intravenoso 500 mg 3 veces al día, por 7 días. Existen estudios que sugieren el uso de esteroides que pueden disminuir la incidencia de neuralgia posherpetica(prednisolona, 40mg/día entre 7 y 14 días). En caso de dolor, se recomienda analgésicos como Aine o paracetamol, y en dolor muy intenso opioide.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>Se sugieren muestra de sangre de una vena o del líquido de una ampolla. Las pruebas de sangre tratan de detectar anticuerpos al VVZ. Las pruebas con el líquido de la ampolla tratan de detectar el virus.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>CMV (virus herpes humano tipo 5) se transmite a través de la sangre, los líquidos corporales o los órganos trasplantados. La infección puede contagiarse por vía transplacentaria o durante el parto. La infección más común es a través de la saliva.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<p>La infección es usualmente asintomática. Sin embargo, a veces manifiesta síndrome parecido a la mononucleosis, una hepatitis nurolimitante o una neumonía febril en la temprana infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asintomatico o síndrome infeccioso • Hepatomegalias, esplenomegalia • Petequias <p><i>En niños:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> oAlteración del crecimiento oCoriorretinitis oHernia lingual oAtrofia óptica
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>En la cavidad oral se manifiesta como ulceraciones irregulares y profundas. Dichas úlceras podrían afectar a encías y periodonto dando lugar a destrucción ósea subyacente u osteomielitis.</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>El odontólogo debe tomar precauciones necesarias para protegerse y prevenir la posible contaminación del personal auxiliar y técnico, así como la de los pacientes que reciben tratamiento en el consultorio. El paciente con citomegalovirus debe guardar reposo. La profilaxis consiste en el aislamiento del paciente durante el periodo infeccioso</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>En la enfermedad grave, antivirales (p. ej., ganciclovir, valganciclovir, foscarnet, cidofovir). La retinitis por CMV, que aparece con mayor frecuencia en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), se trata con antivirales sistémicos.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico y palpará el área del abdomen. El hígado y el bazo pueden estar sensibles al presionarlos suavemente (palparlos). Es posible que tenga una erupción cutánea. Se pueden hacer exámenes de laboratorio especiales, como la prueba de RCP (reacción en cadena polimerasa) en suero para ADN de CMV, para buscar sustancias en la sangre que sean producidas por el citomegalovirus. Igualmente, se pueden hacer otros exámenes, como una prueba de anticuerpos para CMV, para verificar la respuesta del cuerpo a la infección por CMV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de sangre para plaquetas y glóbulos blancos • Análisis bioquímico • Pruebas de la función hepática • Prueba de anticuerpos heterófilos (para distinguir de la infección por mononucleosis)

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>La viruela es una enfermedad causada por el virus Poxivirus variolae. Se transmite por contacto entre personas: el virus se vehiculiza por las gotitas de fluggers, el aire, objetos y picaduras de insectos es transmisible a los animales. Esta enfermedad muestra dos formas de presentación: la virula mayor es inducida por cepas muy virulentas del virus; cursa con manifestaciones graves y elevada mortalidad. Y la viruela menor es provocada por cepas de menor virulencia, disminuyendo la mortalidad.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escalofrios bruscos e intensos • Fiebre alta • Exantema • Dolores de cabeza • Dolor de los miembros asociados al compromiso de la columna vertebral y la espalda • Una erupción en la piel con llagas rojas y planas
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>Mucosa bucal, muestra enantemas seguidos por ulceraciones</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>El odontólogo debe tomar precauciones necesarias para protegerse y prevenir la posible contaminación del personal auxiliar y técnico, así como la de los pacientes que reciben tratamiento en el consultorio. El paciente con viruela debe guardar reposo. La profilaxis consiste en el aislamiento del paciente durante el periodo infectivo</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de sostén • Aislamiento • Aciclovir 800 mg, 5 veces por día durante 7-10 días
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) • Microscopia electrónica <p>El diagnóstico de la viruela se confirma a través de la documentación del DNA del virus de la viruela con PCR en muestras de las vesículas o las pústulas. El virus también puede identificarse con microscopia electrónica o cultivo viral de material raspado de las lesiones cutáneas, y posterior confirmación por PCR.</p>

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Es una sialadenitis aguda, infecciosa y contagiosa que afectan fundamentalmente a la glándula parótida. Es originada por un virus Paramixovirus que muestra cierta predilección por niños varones entre los 14 y 15 años. La transmisión se realiza a través de las gotitas de Flugger de la saliva. El periodo de incubación promedio es de 18 días (de 2 a 4 semanas). El mayor riesgo de contagio se sitúa 3 días antes de observarse la hinchazón glandular y durante la siguiente semana.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES

- Tumefacción unilateral o bilateral
- Dolor preauricular
- Edema regional
- Xerostomía
- Conducto de Stensen rojizo
- Ausencia de supuración
- Fiebre fluctuante
- Anorexia, cefalea, disfagia

ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

El odontólogo debe tomar precauciones necesarias para protegerse y prevenir la posible contaminación del personal auxiliar y técnico, así como la de los pacientes que reciben tratamiento en el consultorio. El paciente con parotiditis debe guardar reposo. La profilaxis consiste en el aislamiento del paciente durante el periodo infeccioso.

TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos, esta enfermedad es autolimitada y su tratamiento solo consistirá en mejorar los síntomas que se vayan presentando, básicamente mediante antitérmicos y antiinflamatorios. El reposo en cama se deberá hacer según la necesidad del enfermo, con esta medida no hay datos estadísticos que demuestren una disminución en la tasa de complicaciones y por el contrario, puede resultar incómodo para el paciente. Por ello, lo mejor es hacer reposo cuando lo desee. La dieta es otro factor muy importante, debe ajustarse a la capacidad para comer y al apetito que se tenga. No hay contraindicación para limitar la alimentación. Se recomienda la vacunación en la infancia para poder prevenirlas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Evaluación clínica
- Detección del virus por cultivo tisular o transcripción inversa-PCR (polymerase chain reaction) (RT-PCR)

La RT-PCR es el método preferido de diagnóstico; sin embargo, se pueden hacer pruebas serológicas de los sueros agudos y convalescentes por fijación del complemento o ensayos de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y cultivo viral de la garganta, el líquido cefalorraquídeo, y de vez en cuando la orina. En las poblaciones previamente inmunizadas, las pruebas de IgM pueden dar falsos negativos; por lo tanto, los ensayos de RT-PCR se deben hacer en muestras de saliva o en lavados de fauces tan temprano en el curso de la enfermedad como sea posible. Por lo general, no son necesarios otros estudios de laboratorio.

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Causada por el virus varicela Zoster (herpesvirus ADN) y la vía de transmisión es directa por las gotitas de Flugger. El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas mostrando un periodo de invasión y otro de estado</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Taquicardia • Hipotension • Escalofríos • Diarrea y vomitos <p>Todos estos síntomas ceden con la aparición del exantema. Este comienza por brotes en el cuero cabelludo, cara y parte superior del tórax. En los brotes se observa la mezcla de distintas lesiones elementales en periodos evolutivos diferentes, como las vesículas junto a maculopapulas creando un polimorfismo regional y general. Las costras suelen desprenderse espontáneamente sin dejar cicatriz, a menos que el enfermo las desprenda</p>
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enantema en las fauces (enrojecimiento difuso de papilares, paladar blando y amígdalas) • Micropapulas • Prurito
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar reposo • Indicar lavarse la boca y las fauces con buches de agua tibia • La profilaxis consiste en el aislamiento del paciente durante el periodo infectivo
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>El tratamiento de la varicela es sintomático. Debe ir enfocado a aliviar el picor (prurito) para evitar el rascado de las lesiones y que no queden cicatrices. Para ello se utilizan agentes antipruriginosos locales y sistémicos, así como sedación si se requiere.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>Para detectar el virus se precisa una muestra del fluido de una ampolla (vesícula), sangre, líquido cefalorraquídeo o cualquier otro líquido o tejido biológico.</p>

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Enfermedad causada por el virus togavirus, de transmisión directa por vía respiratoria y que deja inmunidad. Su periodo de incubación es variable, situándose entre los 12 y 21 días
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none">• Aparición de adenopatías generalmente no dolorosas en las zonas mastoideas, occipital o cervical• Erupción maculopapular pequeña en la cara que rápidamente se extiende por el resto del cuerpo, respetando palmas y plantas• Comienza como un eritema suave, luego se intensifica• Desaparece al cuarto día sin descamación• Fiebre baja• No hay prurito• En adultos artralgia o artritis
MANIFESTACIONES BUCALES	<ul style="list-style-type: none">• Máculas rojas puntiformes• Manchas de Forchetmer en el paladar blando y sector posterior del duro• Exantema
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	No existe tratamiento específico para la rubéola se suele indicar <ul style="list-style-type: none">• Analgésicos para la artritis y artralgia• Escasos días en cama
TRATAMIENTO	No hay un tratamiento específico para la rubéola, aunque algunos médicos pueden recetar ganciclovir (Cytovene), un medicamento antiviral para tratar la infección en personas con inmunidad debilitada. Los antibióticos no son eficaces para tratar enfermedades virales como la rubéola.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Cultivo celular tipo Vero, RK-13 o AGMK• En la glucoproteína E2 (42.000-47.000 Da)• Inhibición de la hemaglutinación, hemaglutinación pasiva• Hemolisis radial• Inmunofluorescencia indirecta (IFI)• Aglutinación con látex (AL)

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>El agente causal es un virus del grupo paramixovirus (ARN) que penetra en el organismo por las vías respiratorias superiores, se multiplica localmente y pronto se extiende a los tejidos linfoides regionales Después de la viremia primitiva, el virus se disemina y multiplica en todo el sistema retículoendotelial. En último término, el virus se localiza en la piel u otros órganos. Dicho virus es de propagación aérea y se inactiva rápidamente fuera del cuerpo. La transmisión de la infección es directa por medio de sujetos enfermos, estos pueden contagiar 4 o 5 días antes de la aparición del exantema. Cuando se va desapareciendo deja de ser contagioso y deja inmunidad absoluta. El periodo de incubación es de 8 a 12 días</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erupción o exantema maculopapular rosa claro • Malestar y fiebre • Tos seca • Conjuntivitis • Inicia por detrás de las orejas e invade la cara y el cuero cabelludo • Se extiende por el cuello, tronco y extremidades respetando las palmas y plantas • Al quinto día el color se hace pardusco y las lesiones se hacen descamativas
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maculopapulas en las inmediaciones de la boca • Manchas de koplik: máculas rojas con un punto blanco central como granos de sémola en la mucosa del Carrillo a la altura de los molares y se extiende por toda la mucosa bucal con el transcurso del tiempo
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar enjuagues de clorhexidina al 0,12% • Indicar dieta blanda • Aislamiento del paciente
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>No hay ningún tratamiento para una infección establecida de sarampión, pero los antifebriles de venta libre y la vitamina A pueden ayudar con los síntomas.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre • Muestra con hisopo • Aspirado nasal

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Aún desconocida, aunque se han planteado diferentes hipótesis, como: vasodilatación intracraneal, vasoconstricción intracraneal, liberación de neurolépticos, extravasación de proteínas plasmáticas.
MANIFESTACIONES CLINICAS	Cefalea episódica, puede ser uní o Bilateral, pulsátil y de intensidad variable; se acentúa con la actividad física. Se acompaña de náuseas, vómito, fotofobia, fonofobia e inclusive, osmofobia.
MANIFESTACIONES BUCALES	Bruxismo céntrico (conocido como apretamiento dentales) o el de bruxismo excéntrico (rechinamiento dental) generan ambos la pérdida de la integridad estructural de las piezas dentales a nivel del esmalte y la dentina.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>Valorar el origen del dolor, Si el origen es Intraoral o Extraoral, valorar si hay sólo una causa o más de una causa, aplicar la terapia neural en los puntos adecuados, realizar los tratamientos dentales necesarios</p> <p><i>Enviar a Urgencias de centro hospitalario inmediatamente si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio del dolor súbito e intenso. • Fiebre y meningismo. • Papiledema (con/sin signos focales o reducción del nivel de conciencia). • Glaucoma agudo. • Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos. • Enfermedad sistémica relevante. • En edades avanzadas, dolor de cabeza de inicio reciente con afectación cognitiva.
TRATAMIENTO	Indicar Triptanos se usan mayormente para controlar las crisis dolorosas de intensidad moderada a intensa. Ejercen un doble efecto antimigrañoso, vasoconstrictor actuando selectivamente sobre los receptores vasculares 5-HT _{1B} y antiinflamatorio. Terapia profiláctica o preventiva de la migraña con el uso de Beta-bloqueadores, la familia comprende al propanolol, timolol, nadolol y atenolol, pero la mayoría de trabajos que han demostrado la eficacia de estos compuestos, han sido realizados con el propanolol y por tal motivo es el fármaco preferido, salvo que la persona tenga contraindicaciones para tomar beta-bloqueadores, es decir asma bronquial, hipotensión arterial y defectos en la conducción aurículoventricular del corazón. Se recomienda empezar con dosis baja de propanolol, 20mg/d y luego aumentar a 20mg cada 12 horas.
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	No existe una prueba que pueda determinar categóricamente que una persona padece migraña. Más bien el diagnóstico se basa en un proceso en el que tu médico deberá tener en cuenta tu historial médico y los síntomas que le hayas descrito en la consulta, así como la evolución de estos en el tiempo. Con esta información irá descartando posibles causas de tu dolor de cabeza y podrá concluir si se trata de migraña y de que tipo.

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>El origen de esta enfermedad es de tipo genético y el riesgo de padecerla se incrementa cuando existen defectos de desarrollo, trastornos perinatales, incompatibilidad Rh, hipoxia fetal, deficiencias nutricionales, influenza prenatal, haber nacido en el invierno, uso de marihuana en la adolescencia y ser hijo de padres mayores.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<p>Ocasiona una grave disfunción a nivel personal, social y laboral, convirtiendo al paciente en un ser dependiente incapaz de desempeñarse y realizarse por sí solo. Incluyen: distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).</p>
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>El uso de fármacos que suelen ser hiposalivatorios e incrementar el riesgo de caries, enfermedad periodontal, infecciones micóticas y lesiones en la mucosa bucal.</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>En la consulta dental típica sólo debieran aceptarse pacientes bien controlados y bajo la responsabilidad de un tercero; en un principio el tratamiento bucal deberá limitarse a procedimientos sencillos y conforme se avance en, el mismo podrían intentarse procedimientos más complejos. No siempre habrá respuesta del paciente para seguir las indicaciones de higiene bucal y cuidados caseros y será entonces cuando deba intervenir el compromiso de la persona responsable. Tampoco todos los individuos con esquizofrenia tienen buen pronóstico y su comportamiento, que puede poner en riesgo al personal odontológico como al propio paciente, podría no permitir su atención en un Consultorio clásico. Puede requerirse el manejo bajo sedación o anestesia general. Las citas de control en estos pacientes debieran ser más frecuentes, tanto por la falta de ubicación del enfermo en la realidad e incapacidad para hacerse responsable sobre su salud bucal.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Medicamentos antipsicóticos, como la clorpromazina, tioridazina, trifluoperazina, Perfenazina, loxapina, molindrona, haloperidol, flufenazina, tiotixeno, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>No existe una prueba para el diagnóstico definitivo de esquizofrenia. Éste se basa en la evaluación exhaustiva de los antecedentes, los signos y los síntomas. La información obtenida de fuentes colaterales, como la familia, los amigos, los profesores y los compañeros de trabajo, es importante.</p>

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	Enfermedad infectocontagiosa exclusiva del humano y causada por una espiroqueta filamentosa anaerobia llamada <i>Treponema pallidum</i> . El principal modo de transmisión es por contacto sexual al penetrar la mucosa genital o por soluciones de continuidad en la piel, después pasa al torrente linfático y sanguíneo donde se disemina a diferentes órganos incluido el SNC. El periodo de incubación puede variar de 3 a 90 días; en cerca del 10 a 20% de los casos la lesión primaria es intrarectal, perianal u oral.
MANIFESTACIONES CLINICAS	<p><i>Sífilis primaria</i>: aparición de un chancro en el sitio de inoculación. Inicia como una pápula que evoluciona a una úlcera indurada, indolora, no purulenta. Pueden ser únicos o múltiples y sin tratamiento desaparecen de 2 a 8 semanas.</p> <p><i>Sífilis secundaria</i>: aparece después de 2 a 12 semanas del primer contacto</p> <p><i>Sífilis terciaria o tardía</i>: presencia de "gomos" en el sistema nervioso central, hígado, bazo, huesos y otros, son lesiones parecidas a granulomas, indoloras.</p> <p><i>Sífilis congénita</i>. La OMS estima que la incidencia se ha incrementado cinco veces en los últimos 10 años; por lo general ocurre al inicio de la infección y puede presentarse vía placenta o al nacimiento.</p>
MANIFESTACIONES BUCALES	Los chancros orales se observan más comunes son la lengua, encías, paladar blando y labios. Las lesiones aparecen como úlceras induradas, por lo general únicas, no dolorosas, con crecimiento de ganglios cervicales y submandibulares. En la sífilis secundaria aparecen placas múltiples en las mucosas, realzadas de manera ligera y cubiertas con una pseudomembrana blanca-grisácea con halo eritematoso. La sífilis terciaria presencia de inician como pequeñas úlceras que al crecer pueden afectar estructuras adyacentes; incluso se ha reportado perforación del paladar por goma sifilítico. Se puede presentar glositis y atrofia mucosa que pueden evolucionar a lesiones malignas.
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	En los pacientes con historia positiva de sífilis que presenten lesiones bucales sospechosas como placas mucosas, será necesario solicitar un examen de laboratorio (VDRL); ante la presencia de resultados negativos o títulos normales o en disminución, podrá tratarse como un paciente sano. Por el contrario, cuando los títulos se encuentren aumentados, sólo se realizarán tratamientos de urgencia y se deberá remitir al médico.
TRATAMIENTO	<p>Para todas las formas de sífilis el método de elección es la penicilina G, ya sea benzatínica o procaínica por 7 a 10 días en sífilis temprana y por 14 a 21 días en sífilis tardía. Hasta el momento no se ha documentado resistencia del <i>T. pallidum</i> a este fármaco.</p> <p>a) <i>Sífilis primaria y secundaria</i>. Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM en una sola dosis.</p> <p>b) <i>Sífilis latente o terciaria</i>. Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana por tres semanas consecutivas.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	Se debe hacer una evaluación clínica y serológica a los 6 y 12 meses posteriores al tratamiento. Los pacientes en los que persisten los signos y síntomas o recurren, o tienen una prueba no treponémica, estos individuos deben ser tratados de nuevo, solicitarles su serología para VIH y evaluar un estudio de LCR.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Esta infección es provocada por *Neisseria gonorrhoeae*, un microorganismo gramnegativo no móvil, no formador de esporas, que crece aislado o en pares (monococo o diplococo). Las lesiones se presentan en genitales, canal anal u oral, en particular faringe o en una combinación de estos sitios.

MANIFESTACIONES CLINICAS

- *Infección gonocócica en varones.* La uretritis es la manifestación más frecuente, con un periodo de incubación de 2 a 7 días; los síntomas principales son secreción uretral, disuria sin polaquiuria o urgencia urinaria.
- *Infección gonocócica en mujeres.* Se caracteriza por cervicitis mucopurulenta que infecta de manera fundamental el epitelio cilíndrico del orificio cervical.

MANIFESTACIONES BUCALES

Las principales manifestaciones bucales son ulceración aguda, eritema difuso, necrosis de papilas interdentes, edema en lengua, mucosa edematosa que sangra con facilidad, lesiones vesiculares, así como pseudomembranas amarillentas no adherentes en encía, lengua o paladar blando que dejan una superficie sangrante al ser removidas.

ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Durante el interrogatorio, el odontólogo puede advertir si su paciente sufre alguna enfermedad de transmisión sexual. Es importante identificar el estado actual del paciente y definir si el clínico está tratando a una persona con sospecha de enfermedad activa. Vigilar su evolución. Un paciente que haya sido tratado en forma adecuada no requiere modificaciones al plan de atención odontológica, ni implica riesgo de contagio. En personas con infección activa debe proveerse atención a las condiciones bucodentales de urgencia, de preferencia a través del uso de fármacos. Los casos de sospecha de gonorrea activa por las manifestaciones bucales deben ser considerados como infecto-contagiosos y aun cuando un protocolo adecuado de control de infecciones en el consultorio minimiza los riesgos de contagio para el odontólogo o su personal auxiliar, sólo debe proporcionarse un manejo farmacológico de urgencias y será prioritario su remisión al médico para diagnóstico y tratamiento.

TRATAMIENTO

Para la infección gonocócica no complicada de uretra, cuello, uterino, recto o faringe, el procedimiento a seguir se realiza con base en antibióticos con tratamientos de una sola dosis, con cefalosporinas de tercera generación, como ceftriaxona (125 mg IM) y cefixima (400 mgVO).

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Al igual que con la clamidia, las NAAT se usan con mayor frecuencia para diagnosticar la gonorrea. De hecho, suele hacerse la prueba para detectar las dos enfermedades al mismo tiempo. A veces, también se usan cultivos. Por lo general, se puede usar la orina para esta prueba. Si su hijo adolescente ha practicado sexo oral y/o anal, puede ser necesario hacer el hisopado en la garganta y/o el recto. A veces, se requiere una muestra del cuello del útero para las mujeres o de la uretra para los varones.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>La lepra es una infección crónica generalmente causada por el bacilo ácido alcohol resistente. <i>Mycobacterium leprae</i>, que presenta un tropismo específico hacia los nervios periféricos, la piel y las membranas mucosas de las vías aéreas superiores. Produce numerosos síntomas, como lesiones cutáneas polimorfas anestésicas y neuropatía periférica.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<p><i>Lepra precoz o indeterminada</i>: lesiones en la piel y se diagnostican durante la exploración física de los contactos de pacientes con lepra conocida. Es frecuente la existencia de lesiones maculosas o placas hipo o hiperpigmentadas, así como la existencia de zonas cutáneas de anestesia o parestesia.</p> <p><i>Lepra tuberculoide</i>: lesión inicial de este tipo de lepra suele ser una mácula hiperpigmentada muy bien delimitada e hipoestésica.</p> <p><i>Lepra lepromatosa</i>: lesiones cutáneas son extensas y simétricas. Suele tratarse de máculas, nódulos, placas o pápulas. Los bordes están mal definidos y la parte central de las lesiones está elevada e indurada y es convexa en lugar de cóncava. Las localizaciones más frecuentes son la cara (mejillas, nariz, cejas), pabellones auriculares, muñecas, codos, nalgas y rodillas.</p> <p><i>Lepra intermedia o limítrofe</i>: lesiones aumentan en número y en heterogeneidad, y su tamaño disminuye a medida que se aproxima a la forma lepromatosa. La afección de los troncos nerviosos periféricos múltiples es más frecuente que en la forma tuberculoide.</p>
MANIFESTACIONES BUCALES	<p>Las lesiones bucales asociadas a lepra ocurren con una frecuencia baja, manifestándose como lepromas y placas leprosas en el paladar duro y el labio superior.</p>
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar reposo • Indicar lavarse la boca y las fauces con buches de agua tibia • La profilaxis consiste en el aislamiento del paciente durante el periodo infectivo
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Regímenes polifarmacológicos a largo plazo compuestos por dapsona, rifampicina y, en ocasiones, clofazimina • A veces, antibióticos de mantenimiento durante toda la vida <p>Debido a la resistencia antibiótica, deben indicarse regímenes con varios fármacos. Los medicamentos seleccionados dependen del tipo de lepra, ya que la multibacilar necesita regímenes más intensivos de mayor duración que la lepra paucibacilar.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante un Examen de Laboratorio llamado BACILOSCOPIA: Este examen consiste en encontrar los microbios causantes de la enfermedad por medio del microscopio. • Mediante el Estudio de una Muestra de Piel o Nervio Afectado: Si la persona continua con signos y síntomas de la enfermedad y no es posible encontrar los microbios en la baciloscopia, el médico puede ordenar la toma de una muestra de la piel o nervios de la zona afectada.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA	<p>El virus de inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los retrovirus humanos (Retroviridae), subfamilia lentivirus. Se reconocen dos serotipos de este virus: el VIH-1 y el VIH-2, la mayoría de casos registrados a nivel mundial son producidos por el VIH-1. Una característica de la enfermedad provocada por el VIH es la inmunodeficiencia que se deriva sobre todo de un déficit progresivo, cuantitativo y cualitativo de los linfocitos T colaboradores.</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<p>Síndrome clínico agudo similar a mononucleosis infecciosa, agrandamiento de ganglios linfáticos, sudoración nocturna, pérdida de peso, candidiasis bucal, fiebre, malestar general y diarrea. Conforme disminuye la cifra de linfocitos CD4 aparecen de manera gradual los signos y síntomas, tales como linfadenopatía persistente, fiebre, pérdida de peso, diarrea, sudoración nocturna, erupciones cutáneas, mialgia, artralgia, cefalea y neuropatía, hasta llegar a la fase de SIDA (menos de 200 linfocitos T CD4+ por mm³)</p>
MANIFESTACIONES BUCALES	<p>-Candidiasis bucal, eritema marginal, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, herpes simple, herpes zóster, condilomas acuminados, xerostomía, sialoadenitis, púrpura trombocitopénica, hiperpigmentación melanótica, histoplasmosis, tuberculosis, eritema multiforme, reacciones líquenoides, caries dental, neuralgia del trigémino, parálisis facial, virus del papiloma humano, sífilis</p>
ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<p>Dado que el riesgo de transmisión del VIH durante el trabajo odontológico existe, pero es muy bajo, todos los pacientes deben considerarse en potencia infecciosos y tratarse con control total de infecciones como los individuos con hepatitis B o tuberculosis. Lo más adecuado es utilizar los métodos de barrera y demás precauciones universales en todas las actividades clínicas y de laboratorio, además de identificar en los pacientes prácticas de alto riesgo para enfermedades infectocontagiosas o evidentes signos de enfermedad. Se recomienda incrementar el nivel de seguridad y respetar las normas del lavado de manos, el uso de doble juego de guantes, cubrebocas, gorro y anteojos; trabajar con bata de mangas largas y cuello cerrado, usar siempre instrumental esterilizado y desinfectar el área de trabajo.</p>
TRATAMIENTO	<p>Se utilizan varias clases de medicamentos antirretrovirales combinados para tratar la infección por VIH. Estos fármacos bloquean la entrada del VIH a las células humanas o bloquean la actividad de una de las enzimas que el VIH necesita para replicarse en el interior de las células humanas y/o integrar su material genético en el ADN humano. Los médicos detectan este cambio mediante el recuento de linfocitos CD4, que empieza a volver a sus valores normales a lo largo de semanas o meses.</p>
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	<p>Antes del inicio de la atención odontológica, se recomienda realizar pruebas de laboratorio a los pacientes VIH positivos; para conocer la cuenta linfocitaria, biometría hemática completa con cuenta de plaquetas e idealmente conocer los niveles plasmáticos de RNA de VIH.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>Se transmiten por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales. Hay dos grupos de VPH de transmisión sexual: de riesgo bajo y de riesgo alto. Los genotipos se enumeran en orden de su descubrimiento. Los genotipos 16 y 18 son oncogénicos y se relacionan con cáncer cérvicouterino. Los genotipos 6 y 11 producen condilomatosis laríngeas y genitales. La infección ocurre pronto después del comienzo de la primera relación sexual y la más alta prevalencia se observa en mujeres de menos de 25 años de edad.</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<p>El VPH genera una serie de lesiones papilomatosas en piel, así como en las mucosas anal, genital y bucal. Este virus puede llegar a encontrar en lesiones tales como verrugas, queratosis actínica, cáncer de piel no melanoma, y en piel sana. Las diferentes alteraciones que se relacionan con la presencia de los diversos subtipos de VPH.</p>
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<p>Verrugas vulgares bien circunscritas, blanquecinas, de diferentes tamaños, casi siempre únicas y con mayor frecuencia en encías y paladar. Papiloma escamoso oral. Tumor benigno, casi siempre único y de tamaño variable, puede encontrarse con predilección en la parte ventral de la lengua, el área del frenillo, paladar y superficie de la mucosa de los labios. Condilomas acuminados. Por lo regular están asociados con VPH tipo 2, 6 y 11. Hiperplasia epitelial focal. Elevaciones nodulares múltiples, sésiles, blandas -Leucoplasia oral. mancha o placa blanquecina de bordes bien definidos. -Carcinoma verrucoso. Tumoración con crecimiento exofítico, bien circunscrito pero muy agresivo y se manifiesta sobre todo en la mucosa oral, encías y alveólos</p>
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>Durante el interrogatorio, el odontólogo puede advertir si su paciente sufre alguna enfermedad de transmisión sexual. Es importante identificar el estado actual del paciente y definir si el clínico está tratando a una persona con sospecha de enfermedad activa Vigilar su evolución. Un paciente que haya sido tratado en forma adecuada no requiere modificaciones al plan de atención odontológica, ni implica riesgo de contagio. Los casos de sospecha de vph activo por las manifestaciones bucales deben ser considerados como infecto-contagiosos y aun cuando un protocolo adecuado de control de infecciones en el consultorio minimiza los riesgos de contagio para el odontólogo o su personal auxiliar, sólo debe proporcionarse un manejo farmacológico de urgencias y será prioritario su remisión al médico para diagnóstico y tratamiento.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Se utilizan varias clases de medicamentos antirretrovirales combinados para tratar la infección por VPH. Estos fármacos bloquean la entrada del VPH a las células humanas. Los médicos detectan este cambio mediante el recuento de linfocitos CD4, que empieza a volver a sus valores normales a lo largo de semanas o meses.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>Se han diseñado varias pruebas que difieren en su sensibilidad, especificidad, valores predictivos, y complejidad técnica. Entre ellas: Inmunoperoxidasa, la Hibridación in situ con fluoresceína (FISH), la Reacción en cadena de polimerasa (PCR) y la prueba de captura híbrida.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p><i>Hepatitis primaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Virus (es la más común) • Alcohol • Sustancias tóxicas <p><i>Hepatitis secundaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bacterias • Espiroquetas
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Astenia • Anorexia • Acolia (materia fecal pálida-blanca) • Coluria (orina de color oscuro, del color de la coca) • Fiebre • Hepatoesplenomegalia • Etapa ictericia: se caracteriza por un aumento de la bilirrubina, por lo que el paciente se ve amarillo.
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Ictericia en piel y mucosas • Tendencia a las infecciones agregadas (candidiasis) y enfermedad periodontal
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>En los pacientes en fase aguda de la enfermedad, sólo se realizarán los tratamientos dentales en caso de urgencia y se debe tener en cuenta que se trata de una persona infectocontagiosa. Ante pacientes con antecedentes de hepatitis, sobre todo por VHB o VHC, el odontólogo debe indagar sobre la identificación del tipo de hepatitis, el compromiso orgánico (daño hepático acumulado), el estatus funcional hepático, metabólico y hemostático, y el posible potencial infectante. Aquellos con más de 4 a 6 meses de haber sufrido cualquier tipo de hepatitis viral que sean negativos a HBsAg, pueden ser tratados como sanos y cualquier etapa del tratamiento dental puede ser llevada a cabo.</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>La mayor parte de los pacientes con hepatitis viral no requieren régimen específico, el reposo estricto y prolongado en cama no es esencial para la recuperación total. Se recomienda dieta hipercalórica. En los casos de hepatitis B grave se recomienda tratamiento antiviral con lamivudina y en los que sufren hepatitis C aguda se sugiere administrar interferón a tres millones de unidades por vía subcutánea tres veces por semana, dado que parece ser benéfico al reducir la tasa de cronicidad.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>El diagnóstico de hepatitis se basa en un inmunoensayo enzimático que detecta anticuerpos contra VHC. También puede confirmarse mediante el uso de una valoración de inmunoblot recombinante complementario (RIBA) para anti-VHC. En potencia, la mayoría de los pacientes positivos a RIBA son infecciosos, lo cual se confirma por medio de pruebas basadas en la PCR (reacción en cadena de polimerasa), para detectar RNA de VHC.</p>

<p>ETIOLOGIA Y PATOGENIA</p>	<p>La mayoría de los casos se debe a colelitiasis y alcohol. Pero en su causas frecuentes tenemos: cálculos biliares (incluida microlitiasis), alcohol (alcoholismo agudo y crónico), hipertrigliceridemia, complicación por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP), sobre todo después de manometría biliarraumatismo (en especial traumatismo abdominal contuso), osoperatorio (intervenciones quirúrgicas abdominales y no abdominales), fármacos (azatioprina, 6-mercaptopurina, sulfonamidas, estrógenos, tetraciclina, ácido valproico, fármacos contra el VIH), disfunción del esfínter de Oddi</p>
<p>MANIFESTACIONES CLINICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en la parte media del epigastrio, constante y terebrante, que se irradia a la espalda, a menudo intensificado con la posición supina • Náusea y vómito. • Febrícula, taquicardia, hipotensión; • Nódulos cutáneos eritematosos debidos a necrosis de grasa subcutánea; • Estertores basales, derrame pleural (a menudo del lado izquierdo) • Sensibilidad y rigidez abdominales, disminución de ruidos intestinales, tumoración abdominal superior palpable; • Signo de Cullen: coloración azul en el área periumbilical por hemoperitoneo; • Signo de Turner: coloración azul-rojo púrpura o verde-parda en los flancos a causa del catabolismo hístico de la hemoglobina
<p>MANIFESTACIONES BUCALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aliento cetónico • Alteraciones reparativas y regenerativas • Atrofia mucosa • Riesgo infeccioso
<p>ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>Ante la presencia de un paciente con pancreatitis aguda o crónica, se debe de considerar su manejo debido a la afectación pancreática</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos, como meperidina • Líquidos y coloides intravenosos, y ayuno. <p>La recomendación actual es usar un antibiótico, como imipe- Pancreatitis, nemcilastatina, 500 mg cada ocho horas por dos semanas.</p> <p>No son eficaces: cimetidina (ni fármacos relacionados), antagonistas H2, inhibidores de la proteasa, glucocorticoides, aspiración nasogástrica, glucagon, lavado peritoneal y anticolinérgicos. Deben eliminarse los factores desencadenantes (alcohol, fármacos). En la pancreatitis leve o moderada, casi siempre puede iniciarse una dieta de líquidos claros después de tres a seis días.</p>
<p>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</p>	<p><i>Estudios de laboratorio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amilasa sérica • Relación entre amilasa urinaria y depuración de creatinina • Lipasa sérica • Otras pruebas hipocalcemia

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El *Clostridium tetani* es un bastón inmóvil, grampositivo, anaerobio y formador de esporas. La forma esporulada se encuentra en el suelo, en el intestino de animales domésticos, a veces en las heces de los humanos y en los metales oxidados. Las esporas son muy resistentes al calor y a los desinfectantes químicos. Este es un microorganismo oportunista no invasor que penetra en los tejidos lesionados en forma de spora. Tiene un elevado índice de mortalidad, aproximadamente el 60% y 70% de los casos. Se puede prevenir con una inmunización adecuada.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES

- Tétanos local: se caracteriza por rigidez y espasmos de los músculos próximos a la herida. Tétanos generalizado: es la forma más común, el cuadro inicial suele presentar espasmos local en la herida. Se inicia con inquietud, dolor y rigidez de espalda, cuello y abdomen por contractura muscular. El signo precoz más manifiesto es el trismus o dificultad aguda y dolorosa para abrir la boca. Está contractura da lugar a la facies tetánica (labios contracturados, comisuras hacia afuera y arriba mostrando los dientes en mueca de "sonrisa sardónica"). La mitad de la cara superior llora mientras que la mitad inferior sonríe.
- Tétanos cefálico: es poco frecuente, consecutiva a las heridas de la cabeza y cara, mucosa nasal y bucal o a través de otitis media. Casi siempre el trismus con intenso dolor en el masetero, unilateral o bilateral, es el sintoma inicial, agregándose en poco tiempo parálisis facial incompleta superior o inferior.

ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

El odontólogo debe siempre interrogar al paciente si su cobertura de vacunas se encuentra vigente, y ante la duda, principalmente cuando se deban realizar procedimientos invasivos, ha de solicitar la incorporación de una nueva dosis de vacuna. Ya que se han comprobado casos de tétanos ingresado a través de heridas traumáticas o quirúrgicas a través de la cavidad bucal.

TRATAMIENTO

El paciente debe ser hospitalizado e ingresado en una unidad de terapia intensiva (UTI) y aislado, en ambiente de tranquilidad y semipenumbra para evitar los estímulos que puedan desencadenar los espasmos.

Neutralización de la toxina circulante: con antitoxina específica (globulina humana hiperinmune en dosis de 3000-6000 U vía intramuscular en una sola inyección). La toxina no neutraliza la toxina ya fijada en el SNC y por lo tanto no modifica las manifestaciones tetánicas presentes, neutralizado solo la toxina circulante.

Limpieza quirúrgica de la herida: para suprimir el nicho ecológico de *C. tetani* y la producción de toxinas, se administran también antibióticos y el empleo de relajantes musculares también está indicado.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Los médicos diagnostican el tétanos basándose en un examen físico, los antecedentes médicos y de vacunación y los signos y síntomas de espasmos musculares, rigidez muscular y dolor. Es probable que se recurra a una prueba de laboratorio solo si el médico sospecha que hay otra afección que causa los signos y síntomas.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Es una enfermedad endémica-epidémica producida por *Vibrio cholerae*, que afecta el tracto intestinal. Los mecanismos de transmisión:

- Aguas contaminadas por heces.
- Peces y mariscos contaminados y con cocción deficiente o crudos.
- Alimentos contaminados, almacenados sin refrigeración (leche, arroz, lentejas, papas, pollos, etc).
- Verduras con hojas lavadas con aguas contaminadas.

Fue la primera de 7 pandemias que afectaron al mundo. Está enfermedad es de gran potencial epidémico.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y BUCALES

Se caracteriza por un comienzo brusco de diarrea acuosa profusa, vómitos ocasionales, deshidratación rápida, acidosis y colapso circulatorio. Después de un breve periodo de incubación que dura de 24-36 horas, aparecen los primeros síntomas de diarrea acuosa, con deposiciones de aspecto de agua de arroz, que puede estar precedida por vómitos o no. Durante las primera 24 horas la deposición de heces puede exceder de los 8 a 10ml/kg horas en niños pequeños y hasta de 1 litro por hora en adultos. Esta pérdida brusca de líquidos y electrolitos se manifiesta clínicamente se manifiesta como desordenes metabólicos, acompañados se signos y síntomas concurrentes con hipovolemia, acidosis, sed, calambres y dolores musculares, cianosis distal, disminución de la turgencia de la piel, voz débil, frecuencia cardíaca aumentada, pulso débil, abdomen blando, estupor, desmayo y coma en casos de extrema gravedad.

ACTITUD Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

k

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser inmediato ya que la enfermedad puede causar la muerte en pocas horas.

- Rehidratación: El objetivo es reemplazar los líquidos y los electrolitos perdidos con una solución de rehidratación simple: sales de rehidratación oral (ORS, por sus siglas en inglés).
- Líquidos intravenosos: La mayoría de las personas con cólera solo necesitan rehidratación oral, pero las personas gravemente deshidratadas también pueden necesitar líquidos intravenosos.
- Antibióticos
- Suplementos de zinc

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

La única manera de confirmar un diagnóstico es identificar la bacteria en una muestra de heces. Las pruebas rápidas de cólera permiten a los médicos de zonas remotas confirmar rápidamente un diagnóstico de cólera. La confirmación rápida ayuda a reducir las tasas de mortalidad al comienzo de los brotes de cólera y conduce a intervenciones de salud pública más tempranas para el control de los brotes.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Castellanos J, Diaz L, Lee E.(2015) *Medicina en Odontología*. México: El Manual Moderno
- Giglio M, Nicolosi L. (2000) *Semiología en la práctica de la Odontología*. Chile: McGraw Hill Interamericana