

1 ejemplar
(120)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CONTROL PROFILACTICO DE PARODONTOPATIAS
Y CONTROL PERSONAL DE PLACA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
GIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

María Judith Benítez Oropeza

María Asunción Soto Romero



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION AL PROBLEMA

El cuidado y control de enfermedades parodontales, son facetas importantes en un programa de prevención, en vista del interés del "Control de placa en casos clínicos de parodontopatías" y en general de eliminación de caries y otros trastornos patológicos en la cavidad oral.

El papel relativo de varios factores etiológicos de la parodontopatías, ha sido investigado profundamente por medio de estudios clínicos y estudios epidemiológicos. De aquí tenemos como resultado este tipo de reportes, "existe una fuerte de asociación entre la prevalencia y severidad de (enfermedad parodontal) parodontopatías y la acumulación de placa, tártaro (cálculos orgánicos) gingivitis, pérdida de adherencia entre el tejido papilar y el diente, estos factores indiscutiblemente pueden ser contratados por medio de la higiene oral, bien sea por el profesional y en caso de primera instancia por el mismo paciente. Otros factores etiológicos como: deficiencia nutricionales, enfermedades sistémicas, diabetes, oclusión traumática, stress (tensión), disturbios mentales, herencia e hipersensibilidad bacteriológica, (alergias); es--

tos estudios en el organismo de un individuo predisponen al mismo a que presente enfermedades del parodonto, que podrán ir desde una simple gingivitis, hasta una atrofia difusa del hueso alveolar, haciendo notar que en cada caso evidente tendremos presencia de placa bacteriana y -- por lo tanto tártaro, cálculos orgánicos ó (materia alba) y que bien podría el profesionalista con una intervención oportuna evitar la inflamación gingival y disminuir el grado de pérdida de soporte de los dientes.

Cual es el factor principal de las parodontopátias?

Muchos investigadores han insistido en que el factor principal que conduce a las enfermedades parodontales, es el componente bacteriano de la placa alrededor de los dientes ó sobre posición de cálculos en los dientes. Este grupo de investigadores mostró que la bacteria puede producir substancias tóxicas que pueden iniciar la inflamación gingival. La identificación de todos los organismos inmiscuidos, la relación huesped-parásito, el papel del tejido y la bacteria, producen enzimas en la iniciación de la enfermedad parodontal, que continúa presente y tiende a desarrollarse. Sin embargo, hay suficientes evidencias clínicas comprobadas que sugieren que conservando los dientes limpios, es un medio efectivo de -- controlar la enfermedad parodontal, y la responsabilidad

de controlar la enfermedad parodontal recae sobre el paciente quien debe remover diariamente la placa acumulada en sus dientes, y el dentista que debe dar tratamiento de control profiláctico e instruir al paciente en los procedimientos del cuidado de su higiene oral y motivar al mismo, para que acuda oportunamente a sus citas de control, haciéndole ver las ventajas de la "Odontología Preventiva".

El dentista conoce perfectamente la flora bacteriana en la cavidad oral y sabe que los elementos del ligamento parodontal, son modificados por el medio que está compuesto principalmente por la saliva.

Si bien sabemos que la mucosa de la boca y de la faringe, son a menudo estériles en el momento del nacimiento, aunque es posible que se contaminen durante el paso a través del canal vaginal. De cuatro a doce horas después del nacimiento, se establecen estreptococos alfa hemolíticos (St Viridans) como miembros más prominentes de la flora residente, permaneciendo como tales durante toda la vida; probablemente provienen del tracto respiratorio de la madre y del personal encargado de madre e hijo. Durante los primeros meses de vida, se van añadiendo estafilococos aerobios y anaerobios (micrococcos), diplococos Gram Negativos (neiserias) difteroides y ocasio--

nalmente, lactobasilos. Cuando comienza la dentición, se establecen espiroquetas anaerobias y bacilos fusiformes, así como algunos lactobasilos. En los adultos se encuentran regularmente "actynomices" en el tejido de las amígdalas, así como en la encía.

La función bacteriostática de la saliva, mantiene la flora microbiana saprófita guardando un equilibrio de la salud bucal, conservando los diferentes grupos de microorganismos dentro de niveles más o menos constantes. Cuando el número y calidad de microorganismos, aumenta ó disminuye, se rompe el equilibrio funcional y la flora microbiana saprófita se convierte en patógena.

Sabemos también que la función bacteriostática de la saliva cumple con dos funciones más; una que elimina los restos alimenticios y la otra, por medio de las glándulas salivales, elimina algunos productos finales del metabolismo basal de diferentes grupos alimenticios, es por eso que la humedad que se mantiene en la boca por medio de la saliva mantienen a la mucosa bucal saludable y si ésta mucosa se seca, la encía se edematiza.

Algunos microorganismos, como las estreptococos, producen la enzima hialuronidasa que destruye el cemento de unión interfibrilar de los haces de fibras del-

ligamento parodontal, lo cual permite la penetración al epitelio y la formación de bolsas. El ácido hialurónico y el sulfato de condroitina forman parte del cemento intercelular del tejido gingival. Los cultivos bacterianos mixtos obtenidos de las bolsas parodontales producen --- siempre la enzima condrosulfatasa (condroitinsulfatasa, condroitinasa) que cataliza la hidrólisis del mucopolisacárido sulfato de condroitina.

La reacción a la infección es la inflamación inespecífica, la cual es una respuesta agresiva a la lesión celular en la que elementos celulares y humorales intentan destruir, neutralizar o reducir la acción del irritante y, a continuación, tratan de reparar los daños producidos. Por desgracia, el infiltrado inflamatorio -- contiene factores que a la vez que obstaculizan la acción de las bacterias lesionan el tejido originando con ello -- la extensión de la enfermedad parodontal. La inflamación va acompañada de proteólisis que pueden ser perjudicial para el tejido. Algunos de los polipéptidos formados, -- son antibacterianos y otros estimulan las funciones esencialmente defensivas como son el aumento de la permeabilidad hística, la formación de leucocitos, la quimiotaxis y la migración de fagocitos hacia el área afectada. -- También este mecanismo defensivo puede intervenir en la propagación de la enfermedad parodontal por que los fago

itos contienen enzimas proteolíticas potentes capaces de destruir la fijación epitelial y las fibras colágenas que sujetan los dientes. El ácido láctico, agente quelante débil, es otro producto secundario de la inflamación que puede influir sobre la extensión de la lesión parodontal. El descenso del pH puede producir a la degeneración del colágeno y la rarefacción del proceso alveolar adyacente.

La inflamación es un proceso, y cualquiera de sus aspectos puede sufrir una exageración y aceleración, o una disminución y un retraso, según la naturaleza del estímulo. Puede existir una gingivitis marginal crónica durante varios años sin invasión de las estructuras más profundas, pero un absceso parodontal agudo, es capaz de destruir extensas áreas de hueso en pocas horas.

Se ha observado atrotía del proceso alveolar en animales libres de gérmenes, pero presenta escasa semejanza con la enfermedad parodontal destructiva del hombre, que probablemente no puede desarrollarse en ausencia de bacterias. La infección es un factor indispensable en la parodontitis invasora, y en el surco gingival hay siempre parásitos habituales en forma de infección atenuada pero dispuestos a atacar en cuanto se debilitan las defensas del huésped. Casos clínicos han puesto de relieve

ve que en la parodontosis los síntomas principales observados por el clínico son causados por la infección, pero tal infección ha sido posible por la existencia de factores predisponentes e inevitablemente la presencia de placa bacteriana en mayor o menor grado.

La respuesta histica a un irritante varía enormemente en los distintos individuos, e incluso en la misma persona, la reacción puede modificarse de un día a otro. Tales variaciones pueden obedecer a trastornos metabólicos demasiado pequeños para que resulten perceptibles, a factores genéticos o a factores psicosomáticos.

Los nuevos conocimientos sobre patología se basan más en las modificaciones químicas que en las estructuras materiales susceptibles de descripción, y ésta patología bioquímica de los seres vivos irá aumentando de importancia. Se conoce la patogénesis de la enfermedad parodontal, pero como ocurre en otras enfermedades, se desconocen las razones de la inmunidad. La resistencia a la enfermedad parodontal constituye un problema inmunológico independiente.

C A P I T U L O I
CAUSAS DE ENFERMEDAD PARÒDONTAL

1. Factores ambientales locales:

Higiene oral inadecuada.

Desarrollo excesivo de la flora bacteriana local.

Placa bacteriana.

Materia alba.

Restos alimenticios

Retención de alimento.

Impacción de alimento.

Irritación química, mecánica y térmica

Agresión repetida por medidas higiénicas orales.

Cepillado rudo.

Uso incorrecto de los estimuladores interproximales.

modadientes y seda dental.

El más importante de los factores locales es la Placa Dental. La saburra y el tártaro tiene una importancia secundaria. En conjunto estos tres factores se deben a mala higiene bucal. Su carácter irritativo en la consecuencia de su población bacteriana; más específicamente de los productos metabólicos que los microorganismos elaboran.

Otro factor local es el Trauma Oclusal que aun que no es capaz de originar por si solo la inflamación gingival, tiene la capacidad de aumentar los efectos destructivos de la inflamación iniciada por otras causas -- locales. Otros factores irritantes locales son el "acuñamiento" alimenticio, control dentales inadecuados, restauraciones dentales incorrectas y hábitos bucales perniciosos como el bruxismo, respiración bucal etc.

ACUÑAMIENTO DE ALIMENTOS Y OTROS IRRITANTES LOCALES.

El "acuñamiento" forzado del alimento sobre la gingiva interproximal, a causa de relaciones interdentarias inadecuadas, traumatiza físicamente los tejidos y provoca así su subsiguiente ulceración. Los alimentos es tancados constituyen así mismo un adecuado sustrato de los microorganismos, lo cual contribuye aún más a la -- creación de un ambiente favorable a la irritación e inflamación de los tejidos.

Entre las anormalidades dentarias que conducen al acuñamiento de alimentos se pueden citar los siguientes:

Ruptura de la integridad o posición anormal de los contactos proximales. Alteración del contorno de las

crestas marginales y surcos oclusales y cambios de contorno de las caras vestibulares y palatinolinguales de los dientes.

Otro factor que favorece el "acufiamiento" alimenticio es la presencia de restauraciones inadecuadas, en particular aquellas cuyos contornos traumatizan físicamente la encía. Las obturaciones con márgenes proximales excesivas y sobresalientes constituyen asimismo nidos para la retención de microorganismos y residuos y, por consiguiente, para la formación de la placa y la iniciación de la inflamación gingival.

La prevención de los problemas pueden ser traumatizados accidentalmente durante procedimientos odontológicos o por exposición a drogas u otros compuestos cáusticos, cepillado dental inadecuado y excesivo, etc. En general estos procesos cicatrizan rápidamente y no originan los síntomas clásicos de la enfermedad periodontal, a menos que sean acompañados por irritantes locales que cualquier otra circunstancia. La conducta a seguir en estos casos consiste en remoción de los factores locales de irritación y vigilar hasta que los tejidos cicatricen.

Ciertos hábitos han sido mencionados como factores etiológicos de enfermedades periodontales. Algunos - de ellos, como el bruxismo, oricofagia, deglución viciosa y proyección de la lengua, impone fuerzas anormales sobre los tejidos dentales de soporte, y serán considerados junto con otros factores causantes del trauma oclusal. La respiración bucal ha sido con frecuencia asociada con la producción de gingivitis por medio de la reducción de la resistencia textural de la deshidratación de los tejidos. Sin embargo, la mayoría de los autores modernos no creen que la respiración bucal puede producir por si sola el comienzo de la inflamación gingival.

2. Factores Iatrogénicos

Extensión excesiva de los bordes de las restauraciones dentales.

Extensión insuficiente de los bordes de las restauraciones dentales.

Retención de cemento dental debajo de la encía.

Penetración del borde cervical de las coronas debajo de la encía.

Restauración impropia de la anatomía de la corona.

Crestas marginales.

Espacios interproximales.

Contornos de las caras faciales.

3. Factores predisponentes:

Morfología del parodonto.

Forma del arco de los dientes.

Inclusión axial de los dientes.

Grosor de los bordes.

Áreas de contacto o interdientarias normales.

Relación incongruente de las crestas marginales.

Herencia.

4. Factores Modificantes:

Enfermedades Generales

Diabetes.

Stress.

Desnutrición.

Traumatismo Parodontal.

5. Factores Generales o Sistémicos:

Insuficiencias Vitaminicas.

Con respecto a los factores generales se ha expresado que la cavidad bucal refleja el estado de salud general más a menudo que en ningún otro órgano del cuerpo humano. Desde un punto de vista cualitativo, los cambios producidos por condiciones sistemáticas Periodontio no son específicas, es decir en términos generales son -

similares a los cambios originados en otros sistemas orgánicos por los mismos tipos de factores.

Entre las condiciones generales que influyen en el curso de la enfermedad periodontal pueden mencionarse anomalías hormonales y hematológicas, intoxicaciones, perturbaciones hereditarias y metabólicas, enfermedades debilitantes y trastornos emocionales.

La alteración de la nutrición ha sido también considerada factores etiológicos de la enfermedad periodontal. Información reciente sugiere sin embargo, que estas alteraciones sean generalizadas o que carecen de estructura definida, se adhieren solo débilmente, y son el resultado de la acumulación de masas microbianas, residuos alimenticios, células epiteliales descamadas y células sanguíneas. Contrariamente a la placa, la sabu-rral puede ser removida, al menos en grado considerable, mediante el enjuague de la boca y el uso de irrigadores dentales. Una tercera estructura, la denominada cutícula adquirida (o película), es un hallazgo frecuente entre la placa y la superficie dentaria. La película es una lámina muy delgada, amorfa, homogénea, no bacteriana, que se adhiere a la superficie dental, incluso aquellas sometidas a bastante fricción o absorción. El origen de la cutícula es incierto. Muchos autores creen que es el

resultado de la absorción o precipitación de proteínas-- o mucoproteínas salivales sobre la apotita adamantina,-- seguida por la desnaturalización de la superficie expuesta al medio bucal. La sagrificación patológica de la cutícula (si es que tiene alguna) no es clara hasta el presente, aunque se acepta por lo general que es la precursora inmediata de la placa.

La formación de la placa se realiza en dos etapas: La primera consiste en la formación de la cutícula cubriendo la superficie del esmalte, y la segunda implantación y subsecuente crecimiento y colonización de formas bacterianas en la superficie externa de la cutícula. Al mismo tiempo que los microorganismos crecen y se reproducen, constituyen por medio de su metabolismo una matriz extrabacteriana que les ayuda a colonizar.

Los efectos deletéreos de la placa, en lo que respecta a la iniciación y proyección de la enfermedad periodontal se debe a la acción de sus microorganismos y más particularmente, a la acción irritativa de ciertos productos metabólicos de estos microorganismos. Este no quiere decir que los microorganismos son indispensables para la iniciación de la enfermedad periodontal. En rigor los investigadores han encontrado migración apical de la adherencia epitelial y reabsorción ósea alveolar -

en ratones suizos creados libres de gérmenes. Sin embargo en estos animales las lesiones están circunscriptas a las superficies palatinas y linguales de los molares. Estas lesiones, que se han observado también en el mismo tipo de animales creados en condiciones convencionales, se caracterizan por tener poco carácter inflamatorio, lo cual sugiere que se originen en un trauma físico infligido a los tejidos periodontales debido al contorno de las superficies dentales adyacentes. Sea como fuere, el hecho es que mientras las lesiones periodontales en animales de organismos bucales o sus productos metabólicos, la mayoría de los investigadores creen que con respecto a los seres humanos el papel etiológico principal corresponde a los microorganismos de la placa o sus productos.

La tendencia que vincula los gérmenes con la iniciación de la enfermedad periodontal es principalmente clínica. Para poder comenzar su actividad patogénica los microorganismos, deben colonizar solo en este caso la vena de la Crevice gingival. En un estudio reciente por ejemplo, se demostró que la supresión de las prácticas signo alguno de la placa e inflamación gingival resultaba en la acumulación de placas y el desarrollo de gingivitis en todos los participantes. Estudios bacteriológicos concomitantes demostraron que inmediatamente antes que la inflamación gingival fuera clínicamente absor-

vible se había producido un aumento en el número de microorganismos gingivales, así como también cambios definidos en la composición de la flora de la placa. Los cambios de la flora consistían en la aparición de bastones y filamentos gramnegativos en sustitución de los cocos grampositivos que predominan al comienzo. La reinstauración de prácticas higiénicas adecuadas fue seguida en -- corto plazo por el retorno de la salud gingival y floramicrobiana a su estado inicial. Con respecto a los animales de laboratorio, estudios de ratas arroceras susceptibles a la enfermedad periodontal han demostrado una acentuada disminución del número y gravedad de las lesiones gingivales y en grado menor, de las reabsorciones alveolares cada vez que se añaden antibiótico a la dieta de los animales.

Las observaciones microscópicas de los tejidos gingivales durante los estudios iniciales de la inflamación gingival han probado sin lugar a duda la carencia de invasión microbiana en estos periodos de la enfermedad periodontal. De esto se desprende que la lesión inicial no es causada por los microorganismos sino por algunos de sus productos metabólicos. Las posibilidades siguientes son mencionadas por los investigadores: a) enzimas capaces de hidrolizar ciertos componentes intercelulares del epitelio gingival, y después del tejido conjun-

tivo; b) endotoxinas bacterianas con la capacidad de -- provocar inflamación en tejidos sensibilizados y c) inmunoproteínas que se origina como respuesta de los tejidos antígenos bacterianos y que tienen la capacidad de sensibilizar a los tejidos.

Diversos estudios han demostrado que la aplicación de determinadas enzimas hidrolíticas, como la hialuronidasa, en el surco gingival da lugar al ensanchamiento de los espacios intercelulares del epitelio. Debe recordarse que hay evidencia que sugiere que la sustancia cementante del epitelio gingival es un mucopolisacárido. En este sentido es sugestivo a la concentración de varias enzimas hidrolíticas es mayor en la saliva de pacientes con enfermedad periodontal que la de las personas sanas. Estas enzimas incluyen hialuronidasa, lipasa, glucuronidasa, condroitin sulfatasa, decarboxilasa, catalasa, peroxidasa, y colagenasa. Más aun, se debe también que la concentración de enzimas hidrolíticas aumenta en los tejidos gingivales de individuos con gingivitis, y que la flora bucal contiene formas bacterianas capaces de sintetizar estas enzimas.

Los esfuerzos realizados para identificar las especies microbianas causantes de la inflamación gingival han sido hasta ahora inconcluyentes y tienden a in-

dicar que la responsabilidad corresponde a la flora bucal total y no a ninguno de sus componentes en particular. Entre los microorganismos que han sido mencionados como los potencialmente más dañinos figuran el "Bacteroides melaninogenicus" y el "Actinomicès viscosus". El primero posee la capacidad de producir una colagenasa que hidroliza el colágeno nativo, mientras que el segundo es un pleomorfo grampositivo que se ha probado que es capaz de causar una enfermedad periodontal en Hámsters alimentados con una dieta rica en hidratos de carbono. La mayoría de los investigadores cree que es la asociación de éstos y otros microorganismos de la boca lo que desencadena el proceso periodontal.

Los intentos realizados para prevenir la formación de la placa y película mediante el uso de enzimas u otro compuesto químico no han dado hasta el presente resultados positivos debido a la falta de conocimientos adecuados sobre los mecanismos implicados. Los estudios más recientes destacan el papel que desempeñan los polisacáridos sintetizados por ciertos organismos bucales en la formación de la placa, y la posibilidad de prevenir la acumulación de la placa por medio de enzimas capaces de atracar dichos polisacáridos.

En uno de dichos estudios se comprobó que la administración de una preparación sobre la base de extranasa suministrada con el agua de bebida a Hamsters -- que habian sido previamente inoculados con estreptococos destranogénicos producía una acentuada reducción de placa en comparación con animales controlados a los que no se les administraba aquella. Sin embargo, estos resultados no han sido confirmados por estudios posteriores y, en consecuencia, es imposible por ahora predecir la significación clínica en términos de enfermedad periodontal humana, de esta preparación y otras similares.

La placa madura contiene 4×10^{11} células microbianas por mg. de placa seca. El 28% de estos microorganismos son cocos grampositivos y aerobios facultativos; el 24% son formas alargadas grampositivas y también facultativas; el 18% grampositivos anaerobios; el 13% grampositivos anaerobios; el 10% basilos gramnegativos anaerobios y el 6% cocos gramnegativos anaerobios.

VITAMINAS

La Vitamina A en un principio fue conocida como la vitamina contra la ceguera nocturna, la insuficiencia de este elemento en el parodonto, causa agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos de la encía.

Complejo Vitamínico B:

Con referencias a estas vitaminas, es preciso conocer fundamentalmente las funciones, requerimientos y fuentes, y reconocer la deficiencia de 3 de ellos:

Tiamina, Nicacina y Riboflavina. Esto no quiere decir que las demás no sean importantes, sino que con toda probabilidad ellas estarán presentes en cantidades adecuadas en toda dieta que provea suficientes cantidades de las 3 primeras.

La deficiencia de Riboflavina se caracteriza por la presencia de lesiones en o alrededor de la boca, incluyendo estomatitis y quelosis de los labios (grietas en la piel de las comisuras de los labios), ésta lesión puede extenderse a la mucosa bucal y, en ocasiones, a la lengua, la cual se inflama (glositis) y presenta parches de desnudación epitelial y atrofia papilar son signos de deficiencia riboflavínica.

Las deficiencias de vitaminas del complejo B. Se manifiestan con frecuencia en o alrededor de la cavidad bucal. Las estructuras más comúnmente implicadas son la mucosa bucal, incluyendo la de los labios, y la superficie de la lengua. Las alteraciones de los labios sue-

len incluir la inflamación de la mucosa y el agrietamiento de las comisuras. En cuanto a la lengua es habitual observar estados inflamatorios de la mucosa, con la papilas, unas veces hipertrofiadas y otras atrofiadas. La mucosa bucal suele presentar edema y adquiere un color rojo intenso. Estos signos suelen ser acompañados por una sensación de dolor y quemazón de los labios y lengua y, en ocasiones por disfagia (dificultad para tragar) y excesiva salivación.

VITAMINA C (Acido Ascorbico). Produce el escorbuto. Las manifestaciones bucales de esta enfermedad son probablemente las más dramáticas de todas las carencias vitamínicas, y suelen incluir gingivitis hemorrágicoedematosa, lo que nunca se presenta en áreas dentadas. Esto por supuesto indica que aun en este caso los factores locales son los más importantes en lo que respecta a la iniciación de la lesión. No es raro encontrar infecciones bacterianas secundarias, como la gingivitis ulcerativa-necrotizante aguda.

Las manifestaciones de Hipovitaminosis C. Son características: alteraciones de las encías, disminución de resistencia de los capilares y de la resistencia a infecciones, retrasos de cicatrización y de calcificación de fracturas, fatigabilidad y laxitud general, anemias,-

trastornos de osificación y dentición durante el crecimiento.

VITAMINA D. La vitamina D regula el metabolismo del calcio y del fosforo y se forma a nivel de los tegumentos, debido a la acción de los rayos solares.

TABLA 1. MANIFESTACIONES ORALES DE ENFERMEDADES DE DEFICIENCIA.

Enfermedades sistemicas.	Lesión oral	Ubicación de la lesión oral:	Edad	Sexo Predominante	Pronóstico
Deficiencia de vitamina A.	Hiperqueratosis.	Labios, mucosa oral, gingiva, lengua, paladar, glandulas salivales, y glandulas accesorias de la lengua.	Adultos e Infantes. (raramente)	No hay predilección en sexo.	Excelente si solo ha ocurrido disminución de la intensidad visual. Si se ha dado perforación o infección del ojo, puede tener como resultado la ceguera.

RASGOS CLÍNICOS

- . Hiperqueratosis de células epiteliales orales en adultos.
- . En infantes, la queratinización ocurre en la células epiteliales de las glándulas salivales.
- . Al desarrollar dientes de rata, el epitelio odonto génico puede diferenciarse y las células epiteliales invaden la pulpa dental
- . Se disturban los ameloblastos, el esmalte de la matrix se altera y resulta un esmalte de hipoplasia.
- . Ceguera nocturna, xeroftalmia y queratomalacia, son las anomalías oculares resultantes.

HISTOPATOLOGIA

- . Ocurren alteraciones en células orales epiteliales durante el proceso de diferenciación.
 - . El epitelio no queratinizado se ve principalmente afectado.
 - . Metaplasia de epitelio no queratinizado a epitelio queratinizado.
-

DEFICIENCIA DE COMPLEJO DE VITAMINA B

1-Tiamina	Vesícula y - Mucosa bucal,	Infantes y Mujeres Buena
(B1).	eritema gingiva y len	adultos (<u>mu</u> después
	gua.	jeres emba- de la -

razadas o en
lactancia

adminis-
tración
de ría-
mina.

RASGOS CLINICOS

- . El beriberi clínico no es muy común hoy en día.
- . Se reportan lesiones orales, i.e. vesículas en la mucosa oral, eritema y pérdidas de punteado en gingivas y papilares prominentes fungiformes.
- . La reproducción experimental de los últimos descubrimientos no ha sido posible.

HISTOPATOLOGIA

- . Ocurren cambios en el cerebro, cordón espinal y nervios periferales.
- . Vesículas y edema en la mucosa oral.

2. Deficiencia de riboflavina (B2)	Flaures, eritema y lengua magenta (glositis).	Labios mucosa bucal, gingiva y lengua.	Niños Mujeres	Buena después de la admon. de riboflavina.
------------------------------------	---	--	-----------------	--

RASGOS CLINICOS

- . Glositis filiforme atrófico y papilas prominentes ingurgitadas fungiformes.

- . Lengua y mucosa oral color magenta.
- . La punta de la lengua es suave.
- . Roturas y fisuras en la comisura de la boca y mejillas (quelosis angular)
- . Recesión gingival, eritema y pérdida de punteado que puede darse en caso selecto.

HISTOPATOLOGIA

Atrofia, inflamación, queilitis.

3. Deficiencia de ácido nicotínico (Niasina)	Ulceras, Hiperemia y fisuras en ángulos de la boca.	Hiperemia, eritema y mucosa cal-	Labios, lengua, gingiva 5 a 15 años.	Niños de 5 a 15 años.	No hay predilección en sexo.	Excelente con terapia de vitamina y levadura.
--	---	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------------------	---

RASGOS CLINICOS

- . Boca llagada, glositis y quemadura y descamación de lengua.
- . Muecas laterales en lengua hinchada.
- . Eritema, punta hiperémica y márgenes de la lengua, así como atrofia papilar.
- . Temblires bruscos de la lengua.
- . Salivación excesiva
- . Es común una infección oral secundaria con organismos fusospiroquetósicos.
- . Es frecuente la queilosis angular.

HISPATOLOGIA.

- .Atrofia, pérdida de epitelio, hiperemia e inflamacion
- .Dilatación de los vasos sanguíneos y proliferación de endotelio.

4. Deficiencia de piridoxina (B6)	Queilosis angular, edema y atrofia de la lengua.	Labios y lengua.	Infantes y Adultos.	No hay predilección en sexo.	Excelente con terapia de piridoxina.
-----------------------------------	--	------------------	---------------------	------------------------------	--------------------------------------

RASGOS CLINICOS

- .Queilosis angular
- .Atrofia de papilas, hiperemia y edema de lengua.
- .Escamadura eritematosa de área nasolabial, hiperestésis y anestesia.

HISTOPATOLOGIA

- .Atrofia, edema, fisuras, ulceraciones y vasos sanguíneos hiperémicos

Deficiencia de vitamina B12 (anemia perniciosa).	Atrofia, edema y edema-eritema.	Labios, lengua y mucosa oral.	Adultos (más de 30 años).	No hay predilección en sexos.	Excelente.
--	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------------	------------

con-
tera-
pia -
de vi-
tami-
na B12.

RASGOS CLINICOS

- .Atrofia de la mucosa oral
- .Lengua roja, llagada y suave (no hay papilas)
- .Entumecimiento, debilidad con hormigueo, anemia macrocítica y aclorhidria.
- .Los labios tienen un color icterico
- .La lengua es edematosa y eritematosa.

HISTOPATOLOGIA

- .Atrofia de mucosa oral y gástrica.
- .Cambios degenerativos que se dan en el sistema nervioso central y nervioso periféricos

Deficiencia de vitamina C (escorbuto) y escorbútica.	Hemorragia, edema, ulceración y gingivitis.	Mucosa bucal, gingiva, lengua-paladar y tejido periodontales.	Adultos, niños e infantes (ocasional).	Hombres	Excelente con-terapia de ácido ascórbico.
--	---	---	--	---------	---

- . Tejidos gingivales y periodontales principalmente afectados.
- . Gingivitis escorbútica
- . Gingivitis marginal e interdental hiperémica y -- edematosa.
- . Ulceración gingival y hemorragias en una deficiencia grave.
- . Las hemorragias ocurren en ligamentos periodontal, con resorción de hueso y movilidad dental o exfoliación en escorbuto crónico grave.
- . Hemorragia de la piel.

HISTOPATOLOGIA

- . Hemorragia generalizada en tejidos orales.
- . Gingivitis escorbútica.
- . Los fibroblastos no elaboran colágenos; los osteoblastos y odontoblastos no sintetizan el osteoide y la dentina.
- . Las hemorragias indican un defecto en la pared vascular.
- . Dilatación capilar y fragilidad capilar que ocurre en los tejidos orales.

Deficiencia de vitamina-D (raquitismo)	Dientes raquíuticos y defectos esqueléticos	Esqueleto, dientes de leche permanentes.	Infantiles (de 1 a 18 meses) y niños.	No hay predilección en sexos.	Excelente. Los defectos desaparecen con-
--	---	--	---------------------------------------	-------------------------------	--

la terapia.

RASGOS CLINICOS

- . Deformidades esqueléticas relacionadas con la edad en la que comienza la enfermedad.
- . Los dientes raquíticos tienen una zona extremadamente amplia de predentina y dentición interglóbular.
- . Retardo de erupción de dentición de leche y permanente maloclusión y crecimiento mandibular retardado.
- . Inclinación de piernas, áreas suaves en el cráneo (craneotabes), protuberancia de Huesos granulares e hinchazón (rosario raquítico) son signos de cardinales del raquitismo.

HISTOPATOLOGIA

- . Deposición defectuosa de sales de cal en la matriz.
- . Matriz libre de material inorgánicos.
- . La substancia intercelular no puede soportar la calcificación.
- . Los osteoblastos abaten a los osteoides, pero el osteoides no está mineralizado.
- . Actividad osteoblásticos generalmente acelerada.

Raquitismo resistente	Anormalidades en dientes.	Anormalidades en dientes y	Niños	Las mujeres	Regular. -- la ven afec la terapia
-----------------------	---------------------------	----------------------------	-------	-------------	--

a la vitamina D (diabetes por fosfato).

esqueletos.

tadas más con vitamina D no cura -- que los -- las deformidades del esqueleto ni -- eleva el nivel de fosfato de suero. (tratamiento individualizado).

RASGOS CLINICOS

- . Rasgos Clínicos idénticos, alteraciones bioquímicas y cambios anatómicos en el esqueleto como raquitismo.
- . Deformidades óseas y retardo del crecimiento.
- . Muy amplios canales de raíz, cámaras de pulpa -- agrandadas, pequeñas exposiciones de pulpa, dentina interglobular y una conexión entre los cuernos pulpares y la superficie oclusal de las cúspides.

TRASTORNOS HORMONALES

Se considera que el desequilibrio de estrógenos es factor etiológico en los trastornos gingivales con ciclo menstrual y puertad y menopausia.

Por lo regular, el ciclo menstrual no se acompaña de modificaciones notables en la mucosa bucal.

sin embargo, hay pacientes que presentan trastornos menores, como "encías sangrantes" periódicas a las manifestaciones dolorosas más molestas de aftas, vesículas hipépticas o úlceras en la cara interna de los labios, la lengua o la mucosa bucal; suelen presentarse dos o tres días antes de la menstruación. Se informa que estas lesiones han desaparecido durante la gestación, para reaparecer en el puerperio. En algunos casos las lesiones bucales se acompañaban vulvitis ulcerosa.

Se desconoce la causa de los trastornos bucales que acompañan al ciclo menstrual. La tendencia a la hemorragia gingival podría explicarse fundándose en el aumento periódico de la fragilidad capilar. La higiene bucal estricta, y la eliminación de irritantes locales que causan inflamación de las encías, suelen bastar para dominar la tendencia a la hemorragia, para impedir que aparezca las vesicular y las úlceras, se ha empleado estrogenerapia general.

"La Gingibostomatitis menopaucica" es una enfermedad poco frecuente que ocurre duante la menopaucia o después de ella. Depende de que aumenta la atrofia la mucosa bucal, probablemente con los cambios vaginales -- que normalmente consiste, en la disminución de la secreción ovarica. La paciente se queja de sensación seca y

urente en toda la cavidad bucal, con gran sensibilidad a los condimentos. Se aprecia eritema y brillantes difusas de la mucosa bucal y en casos graves grietas residivantes del pliegue mucobucal. "Microscópicamente el epitelio está adelgazado y se aprecia atrofia de las capas germinativas y de células espinosas; El tejido conectivo está inflamado". En pacientes desdentadas las dentaduras artificiales, incluso las bien ajustadas causan molestias y dolor persistentes. El epitelio atrofico brinda poca protección y no experimenta el engrosamiento adaptativo que suele, permitir tolerar la prótesis. Los estrógenos administrados por vía general o en pomada tópica suelen ser métodos paliativos eficaces.

La puertad a menudo se acompañan de alteraciones gingivales notables como reacción a restos alimenticios u otros irritantes locales que de ordinario causan solo cambios no deseados. La inflamación crónica con exudación y edema extensos y aumento de vascularización originan los cambios clínicos que consisten en color rojo azulado y aumento de volumen de las encías; que presentan signos de la "Fobaa". La gravedad del padecimiento disminuye espontáneamente de acercarse a la madurez - aun solo el tratamiento logra la normalidad completa.

HIPERPARATIROIDISMO. El hiperfuncionamiento de la glándula paratiroides, ocasiona cavidades quísticas multiloculadas en el hueso, y es frecuente encontrar este tipo de cavidades relacionadas con las raíces dentarias, lo que produce movilidad de la pieza por destrucción del hueso de soporte.

GONADAS. Probablemente son las glándulas de mayor relación con respecto a la mucosa bucal y el tejido de soporte. A la mucosa bucal, algunos autores la comparan con el endometrio uterino, ya que la falta de hormonas femeninas, progesterona y foliculina, provocan trastornos bucales, que se pueden describir como una estomatitis descamativa crónica.

La carencia de testosterona produce los mismos efectos en el hombre. Se han llevado a cabo múltiples experimentos en animales de laboratorio, castrados y se ha logrado producir una falta de queratinización del epitelio, así mismo se ha visto que la capa espinosa del tejido epitelial es profundamente afectada por la insuficiencia de estas hormonas.

Durante el embarazo, se puede observar una gingivitis clásica en el 30 al 40% de las mujeres embarazadas, que se denomina gingivitis del embarazo, dicha gin-

givitis aparece duante el segundo trimestre de la gestación. En algunos casos, se hace más grave y produce una proyección de encía de tipo ovoide, pediculada, que se ha denominado tumor del embarazo, ésta gingivitis también puede producirse por un mal cepillado durante la gestación, al terminar este (embarazo), la gingivitis puede persistir o desaparecer estpontáneamente.

MENSTRUACION. Es un hecho conocido clínicamente, que el tejido gingival puede presentar un agrandamiento temporal durante estos días, por lo que se recomienda, no intervenir en una operación cruenta.

PUBERTAD. Es una etapa en la que aparecen en el torrente circulatorio las hormonas estrogénicas, lo que determina un cuadro clínico de alteraciones tisulares temporales que afectan a los tejidos gingivales -- principalmente.

MENOPAUSIA. Es la cesación en la sangre de las hormonas estrogénicas, puede ser causa de una gingivitis deacamativa y sensaciones de sequedad y quemaduras en toda la mucosa bucal.

DIABETES. Entre las modificaciones bucales-- causadas por la diabetes o concomitantes con ella se ha-

descrito éstas; boca seca, eritema de la mucosa bucal, lengua saburral, enrojecimiento de la lengua, tendencia de la formación de absesos parodontales, polipos gingivales pediculados, tumefacción de las papilas gingivales y enfermedad parodontal destructiva crónica con el aflojamiento de las piezas dentales. El nombre de Estomatitis-Diabetica derivó de las impresiones clínicas por las cuales se relacionó el estado patológico de la mucosa bucal con la diabetes. Sin embargo, no se ha declarado si los cambios bucales atribuidos a la diabetes son en realidad causadas por la enfermedad en sí misma, o si dependen de trastornos metabólicos o de factores locales pre-existentes o concomitantes.

En la diabetes está aumentada la susceptibilidad a infecciones más graves y hay retardo de la curación de tejidos bucales; sin embargo la inflamación de la cavidad bucal en la diabetes depende de factores locales. Se ha descrito degeneración arteriolar de las encías en los diabéticos, y la enfermedad parodontal es más grave que en no diabéticos. Si se eliminan los irritantes y la higiene bucal es adecuada, en la diabetes pueden evitarse las enfermedades de las encías. El eritema de la mucosa bucal y las alteraciones linguales observadas en algunos diabéticos resultan de deficiencia nutritivas secundarias y no de la diabetes en sí misma.

DISCRACIAS SANGUINEAS

Las manifestaciones bucales están presentes en todas las formas severas de discracias sanguíneas. Como regla general estas alteraciones son más evidentes en los tejidos blandos de la boca y consisten en agrandamientos, ulceraciones y hemorragia. En algunas leucemias (especialmente monocíticas y anemias, las manifestaciones bucales aparecen tempranamente y conducen al diagnóstico final. Sin embargo en la mayoría de las otras discracias generalmente de la enfermedad o posteriormente.

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS GLOBULOS BLANCOS.

LEUCEMIA. Puede ser factor importante en la etiología de las enfermedades de la mucosa bucal. Las manifestaciones en la boca ocurren con mayor frecuencia en la leucemia Monocítica Aguda y Sub-aguda, menos a menudo en la Leucemia Linfática y mielógena aguda y sub-aguda, y excepcionalmente en la Leucemia Crónica.

Es importante percatarse de que los cambios que pueden atribuirse a la leucemia resultan de reacción deformada a la irritación local y no de la leucemia exclusivamente. Los pacientes de leucemia aguda o sub-aguda pue--

den no presentar enfermedad bucal si no hay factores -- irritantes locales, como cálculos dentales, restos alimenticios, impacción de alimentos, prótesis mal ajustadas o lesiones por mordeduras. En la Leucemia la reacción a la irritación en la cavidad bucal se modifica de manera que el componente celular del exudado inflamatorio difiere del que se presenta en sujetos no leucémicos.

Hay infiltración de células leucémicas inmaduras y algunas imágenes mitóticas que indican Hemopoyesis Ectópica, con degeneración consiguiente de los tejidos gingivales. El tipo de las células depende de la forma de leucemia. En algunos casos hay inflamación aguda añadida con necrosis marginal y formación de pseudo membranas. También pueden ocurrir infiltración leucémica del hueso alveolar subyacente y sustitución de la médula ósea normal.

Aunque la leucemia no modifica la frecuencia de la gingivitis, si influye en la gravedad de la misma. Las encías inflamadas difieren de la gingivitis en el paciente no leucémico por que presenta color rojo azuloscianótico, aumento difuso de volumen, son muy esponjosas y friables y sangran por traumatismos mínimos e incluso espontáneamente y persistentemente, si hay disminución notable de las plaquetas. En los leucémicos es probable-

que las infecciones progresen y originen necrosis dolorosa de las encías. Cuando la mucosa bucal experimenta traumatismos ocurren equimosis.

En la leucemia crónica, incluso cuando hay irritación, la cavidad bucal no suele presentar manifestaciones que indiquen el trastorno hematológico.

A veces se descubre que hay leucemia al efectuar biopsia de encías; los datos gingivales son sugestivos y deben comprobarse por estudio hematológico. La falta de lesión leucémica en la biopsia gingival no descarta la leucemia.

AGRANULOCITOSIS. Se caracteriza por disminución acentuada de los leucocitos granulos. Por lo general afecta a los adultos, a las mujeres con más frecuencia que a los hombres. En la mayoría de los casos la causa radica en los efectos tóxicos de ciertas drogas (antihistamínicos, sulfonamidas, cloranfenicol, estreptomycin y algunas tetraciclinas), mientras que otros son consecuencia de una hipersensibilidad a las drogas (aminopirina).

Las lesiones bucales que casi siempre están presentes, consisten en ulceración gangrenosa de las en-

cias, amígdalas paladar blando, labios, faringe y mucosa bucal. Las úlceras poseen una membrana amarilla o gris - pero carecen de halo rojo. La falta del mismo se debe a la ausencia de la respuesta inflamatoria.

ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS GLOBULOS ROJOS.

POLICITEMIA PRIMARIA Y SECUNDARIA. La policitemia primaria también llamada Eritemia, Policitemia - Vera o Policitemia Rubra, es una enfermedad en la cual - se presenta un aumento de los globulos rojos (de hasta - 10 millones por milímetro cubico), cuya causa es descono - cida.

La policitemia secundaria o eritrocitos se - vincula con un incremento de globulos rojos, debido a -- una causa conocida por ejemplo; las grandes alturas o -- afecciones cardiacas congénicas. Tanto en la forma prima - ria como secundaria, la mucosa bucal puede presentar un - color frambuesa o púrpura acentuado, y pueden producirse hemorragias gingivales espontaneas.

ANEMIA. En 75 por 100 de los casos de "ane - mia perniciososa" (macrocitica hipercrónica) hay trastor - nos bucales concomitantes. La mucosa y los labios, están - pálidos y amarillentos y presentan ulceración por trauma - tismos insignificantes. La lengua es lisa y roja, por --

atrofia de las papilas fungiformes y filiformes; además, es muy sensible a los alimentos calientes o condimentados y el paciente se queja de ardor y adormecimiento.

En la Anemia Secundaria (microcítica hipocrómica) la mucosa bucal tiene aspecto gris ceniciento notable. en los casos graves hay cambios atróficos en la lengua. La combinación de anemia, grietas en las comisuras labiales, enrojecimiento de la lengua y disfagia se conoce como "Síndrome de Plummer-Vinson". Ocurre principalmente en mujeres, y depende de la carencia de hierro y de complejo vitamínico B.

En la Anemia de Cooley (eritoblástica, mediterránea), las manifestaciones bucales incluyen palidez y cianosis de la mucosa, maloclusión por crecimiento excesivo de la apófisis alveolar del maxilar superior, y separación de los dientes, que produce grandes espacios interproximales.

En la agranulocitosis a causa de la susceptibilidad de los pacientes en las infecciones graves, pueden ocurrir úlceras de la mucosa bucal con zonas necróticas irregulares, aisladas, de color gris obscuro netamente separado de la mucosa adyacente. Un carácter notable es falta de reacción inflamatoria periférica intensa. Son da

tos adicionales las hemorragias gingivales y la infección aguda añadida de las encías, con halitosis y aumento de la salivación. "Los cambios microscópicos en la agranulocitosis incluye hemorragia de la membrana parodontal y - la médula ósea, necrosis gingival, osteoporosis alveolar y zona de necrosis ósea.

6. FACTORES PSICOSOMATICOS.

La presencia de este factor ocupa un lugar - muy importante dentro de la patología como un agente causal de enfermedades que no tienen origen en causas eminentemente somáticas, por ejemplo la úlcera gástrica, se sabe que tiene su origen psicossomático, y que no es más que el resultado de las tensiones emocionales que sufre el individuo en su relación con el medio ambiente.

Dentro del terreno de la parodoncia, se cita como una enfermedad psicossomática, la estomatitis y Vincent y los malos hábitos, como morderse las uñas, bruxomanía (rechinar los dientes durante el sueño o cuando el individuo está despierto), tensiones musculares producidas por la contractura de los músculos masticadores, principalmente del temporal, masetero y pterigoideos, lo que trae por consecuencia, zonas de destrucción de fibras, - zonas de necrosis y hemorragias en el ligamento parodon-

tal por disminución del espacio vital.

Al existir presiones exageradas, el diente es proyectado hacia el fondo del alveolo, disminuyendo el espacio vital del ligamento parodontal, con los consiguientes fenomenos destructivos en el hueso y cemento.

Desde el punto de vista clínico, tanto la --bricomania, como las contacciones musculares parodontales, dan por resultado ingurgitación vascular, que se hace no tar por la presencia de vasos en la encía insertada.

ALERGIAS

Estas son una alteración producida por exposición previa a un agente que se manifiesta por una respuesta inmediata o tardía. En la clínica diaria se puede tener todos los tipos de alergia.

La etiología de las alergias es muy variada, la pueden producir algunos alimentos (pescado, huevo, --carne de cerdo, etc.), algunas frutas (fresa, plátano, --piña, etc.). hongos, productos químicos, medicamentos --animales domésticos, cierto tipo de ropa, metales, tabaco, etc.

Las reacciones alérgicas más importantes son: queilitis venenata, glositis venenata y estomatitis venenata, sus manifestaciones clínicas bucales son el tipo de quemadura, vesícula en los labios y lengua, dolor, prurito en la inflamación.

C A P I T U L O II

ENFERMEDADES QUE AFECTAN LAS ESTRUCTURAS MAS PROFUNDAS

DE LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD ORAL

Debemos establecer una nomenclatura y una -- clasificación de las parodontopatías antes de discutir -- el diagnóstico.

Clinicamente. La clasificación de las enfermedades parodontales pueden dividirse entre procesos morbosos que afectan a la superficie o encía, y procesos -- que penetran en las estructuras más profundas, muy próxi-- mas a las raíces de los dientes.

CLASIFICACION CLINICA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

1. Enfermedades que afectan a la superficie de la encía.
 - A) Inflamación sin destrucción de la superficie:
 1. Gingivitis marginal
 2. Gingivitis difusa generalizada
 3. Hiperplasia gingival

B) Inflamación con destrucción de la superficie:

1. Gingivitis ulcerosa necrótica
2. gingivo estomatitis herpética
3. Gingivitis descamativa
4. Ulceras orales

II. Enfermedades que afectan a las estructuras profundas.

1. Enfermedad paradontal destructiva crónica ó paradontal destructiva crónica ó paradontitis.
2. Absceso paradontal
3. Traumatismo paradontal (primario y secundario).

GINGIVITIS MARGINAL

La reacción inflamatoria puede estar localizada en el tejido que rodea a uno o más dientes. La encía puede estar tumefacta, desviada o retraída, y uno de los primeros signos es la pérdida del aspecto graneado, debido a la inflamación de las fibras gingivales. La superficie se vuelve brillante y de color rojo. Las papilas interdentarias pueden tomar forma roma, plana o invertida y tienden a sangrar fácilmente si hace presión. Las causas de esta enfermedad pueden ser locales (falta de higiene, mal cepillado, respiración bucal y trabajos dentales incorrectos) o sistémicos (deficiencia vitamínica trastornos hormonales y endocrinas, enfermedades de

la nutrición, estados fébriles y tóxicas).

Tratamiento. Consiste en la extirpación de los destritus blados, aplicación de soluciones antisépticas, eliminación del sarro, supra e infragingival, restauración de los contactos interproximales y técnica de cepillado correcto.

GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA ..

Afecta a toda la encía y a la mucosa alveolar y sigue al tejido conjuntivo que sostiene a los vasos sanguíneos de la zona. Existe exudado de carácter seroso, purulento o hemorrágico. Se da en paciente con una enfermedad general que intensifica la reacción pero también se observa con extensión del proceso inflamatorio producido por irritantes superficiales en el área marginal.

Tratamiento. Eliminar las causas locales, y efectuar el tratamiento de las enfermedades sistémicas.

HIPERPLASIA GINGIVAL

Es un aumento de volumen de la encía por hipertofia y por hiperplasia. La primera consiste en el aumento del volumen del tejido, estimulado por exigencias funcionales. Los tejidos gingivales no aumentan por Hiper

trofia sino por hipoplasia que es un mayor número de células manteniéndose la disposición normal del tejido. -- Los aumentos de volumen por inflamación aguda se deben a edema y a formación de abscesos.

La hiperplasia gingival se observa con frecuencia en pacientes epilépticos tratados con Dilantin sódico y pueden acompañar también a los cambios hormonales que se producen durante la adolescencia y la gestación. Los enfermos de leucemia padecen del aumento de volumen gingival.

Tratamiento. Efectuar gingivectomías periódicas, debido a que el medicamento empleado por pacientes epilépticos, no puede ser suspendido.

GINGIVITIS ULCEROSA NECROTICA

Enfermedad de Vincent. Se caracteriza por necrosis de las papilas interdentes la cual despiden un olor necrótico típico. Está limitada en las encías. Antiguamente se pensaba que era contagiosa pero se ha comprobado lo contrario. Esta enfermedad se presenta en jóvenes, adultos, punca en niños, estando en relación directa en el stress. Sus úlceras son bastante profundas, por lo que hay hemorragias constantes. Clínicamente observamos un -

enrojecimiento en el margen gingival, sumamente doloroso, así como de las papilas interdentarias, las cuales sangran con suma facilidad, el borde gingival y las papilas se tornan grises, observándose también una zona blanca formada por fibrina, células escamadas y leucocitos.

Tratamiento. En primer lugar, eliminar el dolor, recetando chupar trozos de terramicina, uno tras otro, en un lapso no mayor de 40 horas, ya que de lo contrario se corre el peligro de romper el equilibrio bacteriano, produciendo moniliasis. Una vez hecho esto, se procede a efectuar la técnica quirúrgica, que consiste en un curetaje subgingival y supragingival. Podemos prescribir antibióticos y analgésicos.

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA

El herpes se caracteriza por la aparición de un grupo de vesículas sobre una base eritematosa. Es una enfermedad altamente contagiosa y ataca frecuentemente a los niños pequeños y las mujeres durante la menstruación. Se inicia por una zona eritematosa, y en el centro se forma una ampolla, la cual se rompe varias veces hasta formar una úlcera que puede ser infectada por el estreptococo hemolítico. Las zonas en donde aparecen con mayor

frecuencia las úlceras, son: labios, piso de la boca, -- borde la lengua, carrillos y paladar. El síntoma, más -- importante es el dolor. También hay sialorrea, fiebre -- adenitis regional, y no existe halitosis.

Tratamiento. La infección primaria no mejora con el antibiótico, ya que está fija al virus. La --- aplicación de anestésicos locales, como clorhidrato de eucliconina al 0.5%, bajo forma de enjuague antes de la comida, ayuda a la higiene bucal y al equilibrio de líquidos. Resulta útil enriquecer la alimentación con vitaminas y minerales. Están contraindicados los esteroides -- corticosuprarrenales, que pueden causar exacerbación de la infección general (meningoencefalitis) o invasión -- visceral general.

GINGIVITIS DESCAMATIVA

Es una inflamación difusa crónica, que se caracteriza por el desprendimiento o descamación del epitelio. El tejido conjuntivo expuesto es sensible al tacto y sangra con facilidad. Es una enfermedad propia de la edad media de la vida, que se observa con mucha frecuencia en las mujeres menopáusicas, aunque también se observa en los hombres pero en menor porcentaje. Muy rara vez ataca a los niños. Sus síntomas son: sangrado al hacer -

presión, dolor enrojecimiento de la zona y ardor. Se localiza, por lo general, papilas, encía insertada y marginal, mucosa lingual y carrillos. Hay periodos de remisión espontánea y de exacerbación.

Tratamiento. No existe un tratamiento eficaz en todos los casos. Puede ser útil el masaje de las encías, empezando con copas de caucho y continuando con cepillos blandos, para lograr una mejor queratinización de los tejidos afectados. Una combinación de pomada anestésica adicional de concentraciones elevadas de la vitamina A y D Ayuda a restablecer el estado del epitelio de las encías.

ULCERAS ORALES

Además de presentarse en las enfermedades antes mencionadas, pueden ser debidas a la aplicación de las drogas cáusticas, y el efectuarse algún tratamiento. Son frecuentes las úlceras producidas por la aplicación local de una tableta de aspirina para aliviar el dolor provocando en la zona una quemadura química. Las úlceras traumáticas estan rodeadas de tejido normal y las úlceras de tipo infeccioso, están rodeadas de tejido inflamado de color rojo cubiertas por una membrana serosanguínea amarillá. Para un correcto diagnóstico, debemos observar la topografía, el tamaño y la localización de las úlceras. El --

fondo de una úlcera puede estar al mismo nivel que la superficie, o más alto o más bajo. Sus bordes pueden ser prominentes, escalonados o escavados; el tejido contiguo puede estar sumamente inflamado o los bordes ser edematosos y turgentes. Los bordes y el tejido adyacentes de las úlceras malignas, suelen ser duras y la base de las úlceras están muy adheridas al tejido subyacente

GRIETAS GINGIVALES

La encía puede presentar abraciones, grietas y festones producidas por el uso de un cepillo de dientes de cerdas demaciado duras ó por el uso traumante de cualquier tipo de cepillo. Sin embargo, las grietas gingivales suelen ser signo de formación de bolsas. Las verdaderas grietas gingivales son excavaciones lineales de licadas que empiezan en el borde gingival y se extienden hacia apical en línea recta o curva, que a veces se bifurcan. Microscópicamente se observa que las protuberancias epiteliales papilares del corión, se alargan debido al proceso inflamatorio, hasta que se une entre sí aislando áreas de tejido conjuntivo, que se transforman en escamas y se desprenden por la falta de irrigación sanguínea. En el área marginal, en el cuál existe un tejido delgado, la lesión atraviesa la capa superficial y se produce una grieta.

ENFERMEDAD PARODONTAL DESTRUCTIVA CRONICA-PARODONTITIS.

El diagnóstico de enfermedad parodontal destructiva crónica ó parodontitis, se establece por inspección, palpación y sondeo. La bolsa parodontal es un carácter patognomónico de la "enfermedad" "parodontal"; no se observa en ninguna otra enfermedad.

Las investigaciones, y muchos terapeutas opinan que la enfermedad parodontal destructiva crónica es una enfermedad gingival. La parodontitis puede estar precedida por una gingivitis clínicamente apreciable, pero no es una enfermedad gingival. La gingivitis puede mantenerse en un estado crónico durante muchos años sin que invada las estructuras más profundas. El aspecto superficial de la encía puede ser prácticamente normal en casos de destrucción parodontal intensa. El aspecto defensivo o protector del proceso inflamatorio suele ser inadvertido. Glickman afirmó que ni la incidencia ni la gravedad de la pérdida de hueso alveolar se hayaban necesariamente en relación con las alteraciones gingivales. Un diente, puede estar muy flojo a consecuencia del traumatismo parodontal, es decir, de una enfermedad parodontal invasora o destructiva crónica. La movilidad del diente no constituye un buen módulo aplicable a ésta forma de enfermedad parodontal.

Desde el punto de vista ideal la profundidad del surco gingival, debería ser cero pero éste tipo de surco no se encuentra en el hombre y una profundidad de 1 ó 2 mm. se considera normal.

El epitelio que cubre el surco puede sangrar, debido al sondeo lo cual indica que hay exposición del corión. Al retirar la sonda de la bolsa, a veces se observa ciertas cantidades de exudado en la misma, ó en el punto de entrada a la bolsa por donde se ha hecho pasar.

Se ha de observar cuidadosamente, el borde de la encía mientras se ejerce presión sobre el tejido con la yema del índice. No siempre se forma exudado purulento en las bolsas parodontales pero a veces se encuentra en las zonas más inesperadas. El tipo de exudado depende de la bacteria que infecta la bolsa, las cuales pueden ser piógenas o no serlo, y del estado del epitelio, más bien que de la profundidad de aquellas. Como el exudado se forma en la pared interna de la bolsa, puede faltar los signos externos de su presencia.

Tratamiento. Se efectúa el raspado y curetaje, siendo este el tratamiento de eliminación de bolsas, si esto no da resultado completamente satisfactorio, se hará un colgajo.

Métodos utilizados en el diagnóstico:

Enfermedades que afectan a la superficie:

Observación

Inspección

Palpación

Interrogatorio (antecedentes)

Pruebas de laboratorio

Enfermedad parodontal destructiva crónica:

Sondeo del surco gingival

Palpación

Inspección

Traumatismo Parodontal:

Pruebas de movilidad

Percusión

tipo de desgaste oclusal

Rayos X

Historia de los Hábitos

ABSCESO PARODONTAL

Los abscesos parodontales pueden clasificarse en agudo, subagudo y crónicos. Esta designación se ba

sa en el cuadro histológico del proceso inflamatorio, no en su duración clínica. La inflamación aguda se caracteriza por comienzo súbito y modificaciones vasculares, tales como vasodilatación, edema e infiltración leucocitaria. El proceso puede persistir sin cambios durante varias semanas, sin signos de curación asociados con la inflamación crónica. El cuadro microscópico de la inflamación crónica es una mezcla de modificaciones vasculares y exudativas con proliferación de fibroblastos y formación de fibras de tejido conjuntivo. El irritante, que en el absceso paradontal es la infección, no posee la intensidad suficiente para destruir todos los tejidos; la característica del cuadro microscópico es la reparación.

El absceso paradontal agudo aparece súbitamente y es grave. El hueso es destruido rápidamente, pero también es capaz de curar más rápidamente, que un defecto similar asociado con una inflamación crónica, debido probablemente al ambiente local de la inflamación aguda en contraste con el de la inflamación crónica.

El absceso paradontal crónico es una acumulación de pus en una bolsa que carece de desagüe adecuado. Provoca la distinción sacciforme del tejido blando que forma una de las paredes de la bolsa. No trastorna la función y causa escasas molestias.

El término subagudo es una clasificación clínica arbitraria de los abscesos que no son graves, pero que presentan síntomas tanto del absceso agudo como del crónico.

Uno de los factores más importantes en la respuesta favorable al tratamiento del absceso paradontal agudo., es que el proceso inflamatorio agudo ataca a los haces de colágeno y destruye el tejido fibroso. El absceso paradontal agudo suele desarrollarse en una zona de inflamación crónica de larga duración. La fibrosis es característica de la inflamación crónica y el tejido fibroso se ha de extirpar quirúrgicamente.

Los abscesos paradontales agudos a menudo se caracterizan por remisiones y exacerbaciones. Durante las exacerbaciones se hallan presentes procesos inflamatorios agudos que proporcionan una base fisiológica para una respuesta favorable al tratamiento aplicado inmediatamente después de la reducción de los síntomas agudos. En general en la enfermedad, cuanto más aguda es la reacción inflamatoria, más impresionante es la respuesta al tratamiento racional, lo que también puede aplicarse a la patosis paradontal.

El éxito de tratamiento de los abscesos parodontales, no dependen enteramente de la agudeza o de la -- cronicidad de la lesión, sino en gran parte de su localización y de la forma del área de destrucción ósea. Si el absceso se halla en una bolsa intraósea, el pronóstico -- es claramente favorable, ya que en la mayor parte de los casos la terapéutica logra su objetividad, y el defecto -- óseo es eliminado por neoformación ósea y nueva fijación del diente.

En la formación de un absceso paradental, -- con frecuencia hay una base mecánica. La mayor parte de los abscesos crónicos y subagudos, sino todos, se originan porque se ocluye la boca de las bolsas e impide la -- evacuación libre del exudado. Evidentemente, las bolsas largas, profundas estrechas y tortuosas, se ocluyen más -- fácilmente que las anchas. Una bolsa amplia puede ocluirse -- parcialmente, especialmente la bifurcación de las molares pero, generalmente el orificio, de las bolsas es -- estrecho y puede tener forma de ampolla con una base amplia. El absceso agudo se inicia por la entrada de bacte -- rias desde la bolsa paradental en el tejido conjuntivo, -- invasión que con frecuencia debido a ligeros traumas en -- la encía suprayacente. La lesión puede producirse durante la menstruación o por el uso de algún instrumento em -- pleado en la higiene oral. Los abscesos agudos comienzan,

algunas veces, en las bolsas gingivales, pero usualmente tiene su origen en las bolsas más profundas. La función de la mucosa alveolar con una cerda de cepillo de dientes, puede ocasionar un absceso doloroso.

Los tejidos conjuntivos parodontales son ricos en vasos sanguíneos y linfáticos, que ofrecen resistencia a la propagación de las bacterias, y, de ordinario, el absceso agudo se convierte en foco muy bien localizado de reacción inflamatorio intensa. Si la infección es capaz de vencer esta barrera, puede llegar a tomar mucha extensión y adquirir caracteres de gravedad, originando abscesos migratorios profundos, osteomielitis y celulitis.

Tratamiento. Consiste en la prescripción de un antibiótico y la creación de un drenaje. Suele prescribirse eritromicina; la penicilina es eficaz pero se recetará con las precauciones debidas, tales como hacer pruebas de sensibilidad en el laboratorio.

"CUADRO DE DIFERENCIACION SINTEMATOLOGIA DE PULPITIS ---
AGUDA O ABSCESO PARODONTAL AGUDO"

Dolor por pulpitis aguda:

1. El dolor no siempre se haya localizado y, a -- veces, es difícil descubrir su causa. La -- fuente puede ser cualquier diente mandibular ó maxilar del lado --- afectado.
2. El dolor puede ser agudo, lancinante, intermitente y pulsátil.
3. El dolor es sensible a los cambios de temperatura; el calor ó el -- frío pueden aliviarlo o exacerbarlo, según -- el estado de degeneración de la pulpa.
4. El diente no parece -- alargado (puede parecerlo después de la destrucción completa de -- pulpa, pero no durante la pulpitis aguda).
5. El diente es doloroso a la percusión. Esta -- es la prueba más útil.

Dolor por absceso parodontal agudo:

1. El dolor está localizado.
2. El dolor suele ser -- sordo, uniforme y -- continuo.
3. El dolor no se modifica con los cambios de temperatura.
4. El diente puede haberse -- elevado en su alveólo y parece más largo.
5. El diente no suele -- ser doloroso a la -- percusión a no ser -- que se hayan muy ---

afectadas interfurcaciones ó la región apical.

6. El diente afectado puede responder normalmente, o no hacerlo, a las pruebas de vitalidad.

6. El diente afectado responde normalmente a las pruebas de vitalidad.

TRAUMATISMO PERIODONTAL

Entendemos por traumatismo periodontal, la herida o lesión del aparato de fijación parodontal y hueso alveolar, producida por la presión de contacto oclusal cuando es superior a la tolerancia fisiológica de dichos tejidos. El traumatismo se clasifica en primario y secundario. Se produce el primero cuando se ocluyen los dientes en actividad no funcionales, como cuando se sujeta, se roe o se muerde un objeto duro. El traumatismo secundario se produce durante la función cuando los dientes han perdido buena parte de su aparato de fijación, por lo tanto, no son capaces de resistir de manera adecuada las fuerzas de masticación.

El diagnóstico de traumatismo parodontal se establece mediante pruebas clínicas de movilidad, percusión, observación del tipo de desgaste oclusal de los dientes, historia de los hábitos del paciente y tamaño de espacio-

parodontal observado en el roentgenograma. La articulación o la alineación defectuosa de los dientes no implica la existencia de traumatismo parodontal y el trauma primario no se produce durante la función normal. Puede haber trauma por exceso de presión oclusal antes de que la lesión parodontal sea evidente clínica o radiológicamente.

MOVILIDAD.

Los dientes no presentan movilidad cuando se hayan individualmente, si sólo se hallan afectados de parodontitis. Hasta que el aparato de fijación ha sido destruido casi hasta el ápice de la raíz. Sin embargo, los dientes se moverán en exceso bajo la presión lateral de las fuerzas musculares aplicada durante el examen, si la parodontitis ha causado destrucción ósea avanzada. La no movilidad suele ser indicio de lesiones por trauma parodontal u oclusal. (*)

Se ha observado una movilidad anormal durante la gestación y en una amplia gama de alteraciones generales.

Se observa movilidad anormal, generalmente, en los adultos que han conservado sus cúspides dentales ad-

lescentes. Los dientes si no se desgastan fisiológicamente se aflojan. La dentadura natural de los pacientes de edad avanzada presenta siempre desgaste y la cara oclusal es relativamente plana. La oclusión se valora teniendo en cuenta la normalidad del aparato de fijación, no por la articulación.

PERCUSION

La integridad del aparato de fijación puede determinarse mediante la percusión en sentido oclusal y lateral con un instrumento metálico. El diente que dispone de un aparato de fijación sano da un sonido metálico; el ruido solo indica que el ligamento parodontal está lesionado. El nivel del hueso marginal puede ser normal pero el espacio parodontal es anormalmente amplio en algunas caras de la raíz. Este aumento, a veces no es visible en el roentgenograma por que el hueso alveolar y el espacio parodontal de las caras vestibular y lingual del diente no se registran en la placa.

CONSECUENCIAS DE LOS HABITOS OCLUSALES

Las facetas y muescas producidas para el uso pueden dar posiciones de oclusión que sobrepasan los límites funcionales del movimiento mandibular y que sugie-

ren la existencia de hábitos orales destructivas de jugueteo dental, que causa traumatismo parodontal. Estos cuadros de desgaste afuncionales, así como las facetas brillantes, revelan la existencia de hábitos. El movimiento anormal de los dientes bajo presión oclusal pueden ser percibidos por palpación. La tensión y el doloramiento de los músculos de la masticación indican una contracción inométrica que es una manifestación motora de tensión emocional. En la contracción isométrica se mantiene la longitud del músculo; no se acorta. La contracción isométrica se produce cuando se tiene hábitos oclusales. El espasmo muscular y el dolor en la región temporomandibular suelen obedecer a hábitos o compulsiones de cerrar los dientes ó rechinarlos al "jugueteo" con ellos.

Se ha dicho que el trauma oclusal causa muchos trastornos, pero las pruebas científicas han demostrado en repetidas ocasiones que solamente producen migración y aflojamiento de los dientes. No causa ningún afecto en la encía.

PARODONTOSIS

La parodontosis es enumerada en la clasificación del comité de Nomenclatura de la Academia América

na de Parodontología, pero está incluida en la clasificación clínica. De hecho existen pocos datos objetivos que permitan sostener que ésta enfermedad, que ha gozado de tanta publicidad, sea realmente entidad morbosa.

Se ha afirmado que la parodontosis es una enfermedad degenerativa que se inicia en las estructuras de sostén parodontales. Los síntomas clínicos, son el aflojamiento y la migración de los dientes, antes de que se formen bolsas. Los clínicos y las patologas orales que aceptan la parodontosis como una entidad clínica no presentan ninguna uniformidad en el diagnóstico y clasificación de los casos. Para algunos la parodontosis es cualquier forma de enfermedad parodontal sin cálculos. Otros clasifican la enfermedad parodontal como parodontosis si coincide con alguna enfermedad que complique el cuadro, como la diabetes, o un defecto del desarrollo en el cual algunas partes del organismo son evidentemente inferiores. La designación más amplia de la parodontosis es la que clasifica como tal, cualquier enfermedad parodontal que muestre signos de absorción vertical de el hueso. Un número reducido de autores clasifica todos los casos avanzados de enfermedad parodontal como parodontosis.

C A P I T U L O III

PARODONCIA PREVENTIVA POR HIGIENISTA

El higienista dental ha llegado a ser un especialista en dos afezas: en educar el paciente y en PREVENIR LA ENFERMEDAD PARODONTAL, la habilidad u el entrenamiento del higienista, deberán ser utilizados en su totalidad por la profesión dental, si se desea hacer frente a las necesidades presentes y futuras del público.

La presente necesidad e imperante demanda de servicios dentales se hacen patentes en los estudios estadísticos de casi toda publicación dental. Un uso nuevo de auxiliares ha sido estudiado, e equipo más eficiente ha sido desarrollado, y estudios han demostrado la forma en que puede ser aumentada la producción de servicios dentales. sin embargo, la operatoria dental no está llevando las necesidades dentales presentes, o respondiendo a las necesidades del futuro. La presión de una gran población constantemente en aumento, ocasionará más presión en un sistema, ya sobrecargado, de suministrar salud. Un dentista capacitado, aun con la ayuda de varios auxiliares podrá rea

lizar únicamente un limitado número de restauraciones. Por lo tanto, el mejor método para la profesión, es el cuidado dental preventivo para hacer frente a éstas necesidades.

La relación bien establecida entre higiene bucal efectiva y salud parodontal, da validez al concepto de cuidado dental preventivo. Sin embargo, en una reciente encuesta, únicamente el 5% de 2000 adultos participantes aceptaron o creyeron que el cepillarse los dientes protegía a las encías. En otra investigación solamente el 20% de los pacientes recibió instrucción sobre la higiene bucal de su dentista. Una encuesta que se realizó en 1965 mostró que sólo en 18% de los pacientes regulares de los dentistas recibe una profilaxis bucal completa.

La prevención requiere de una actitud correcta y de una filosofía de práctica. La responsabilidad principal con respecto a la prevención, pertenece a la profesión dental. Los dentistas pueden y deben ser catalizadores del mayor conocimiento del público sobre la salud parodontal. Es importante que en las escuelas dentales se motive y estimule en los estudiantes una filosofía acerca de la Odontología Preventiva, la cual será desarrollada por los estudiantes en su práctica. Parodontología Preventiva no debe considerarse como una especialidad en Odon-

tología, aunque debería de ser el centro de toda práctica dental. Ningún tratamiento dental puede ser planeado acertadamente sin tomar en consideración el parodonto.

Muchos estudios de investigación han indicado que el problema básico en la Odontología Preventiva es la motivación en el público para que tengan un cuidado constante y necesario de sus bocas. Un punto esencial con frecuencia olvidado, es el que el "maestro" debe comprender su propia conducta y debe estar motivado él mismo, antes de que pueda motivar y comunicar a otros todo lo relacionado con Odontología Preventiva. La educación dental ha cambiado desde la primera escuela que se organizó. Desafortunadamente, los cambios han sido apoyados por el deseo dominante de producir individuos técnicamente competentes, que sean capaces de restaurar funciones que se han perdido por causa de caries dental. Como resultado, estudiantes de Odontología se gradúan con el convencimiento de que la Odontología es básicamente restaurativa, practican bajo éste principio. Su entrenamiento se ha dirigido hacia un manual o destreza práctica, con muy poco énfasis en actitudes y principios. La educación dental ha fallado en proporcionar a los estudiantes la motivación apropiada para darles tanto a ellos como a sus pacientes el conocimiento y las capacidades con los cuales prevenir las enfermedades dentales.

ESTUDIO DE LA HIGIENE BUCAL

En un estudio realizado en la Universidad de Minnesota, la higiene bucal de los estudiantes de Odontología fue examinada a medida que avanzaban en sus estudios de cuatro años. Primero un examen clínico fue llevado a cabo para evaluar el grado de limpieza oral utilizando el método de Greene y Vermillion del Índice Simplificado de Higiene Bucal. Así mismo le fue dado a cada estudiante un cuestionario de 20 preguntas, el cual fue realizado para registrar actitudes existentes y patrones de conducta relacionados con los diferentes aspectos de la higiene oral. Tanto que para el conocimiento de los estudiantes sobre el cuidado preventivo parodontal pudiera ser comprobado, un examen escrito final fue practicado, teniendo como calificación máxima cien puntos.

Los cuestionarios fueron adaptados a cada grupo de estudiantes de clases dentales y aparentemente no hubo cambios en el nivel de higiene bucal durante los cuatro años.

Una evaluación similar fue realizada para estudiantes de higiene dental, para analizar la efectividad de su educación preventiva. La proporción de su califica

ción alcanzada en la prueba fue de 76.6 por los principiantes, y 85.2 por los avanzados.

La visualización de la práctica de higiene bucal de los estudiantes poco antes de graduarse y después de un año de práctica según los resultados de la investigación, el 90% de los estudiantes llevaron a cabo la práctica de la higiene bucal. Un estudio llevado a cabo un año después de su graduación, indicó que el 61% de los estudiantes "practica la prevención". El 39% restante reportó que su práctica era básicamente terapéutica o mecánica. Muchos de estos higienistas dentales indicaron que ellos aún visualizaban la práctica de higiene dental como un medio preventivo, pero que no estaban en posibilidades para trabajar de ésta manera debido al medio ambiente de su consultorio.

Es evidente en base a las substanciales diferencias entre las puntuaciones de ambas pruebas y las puntuaciones por limpieza bucal, que el programa de higiene bucal en Minnesota es efectivo para enseñar el cuidado preventivo de higiene parodontal. Los higienistas, sin embargo, no pueden aplicar completamente este conocimiento educacional y habilidad en programas preventivos parodontales, para el público. Antes de graduarse, la mayoría de los estudiantes de higiene dental hicieron énfasis en el cuidado dental preventivo y en la higiene bucal, pero en la práctica no están capacitados para

para llevarlo a cabo. Esto refleja posiblemente las actitudes prevalecientes en las prácticas dentales bajo -- las cuales trabaja el higienista.

En Minnesota nuevas normas y regularizaciones permitirán al higienista realizar profilaxis y programas de educación dental para el paciente. Ya que casi el -- 80% de la población adulta sufre de enfermedades parodontales, éste tratamiento terapéutico correctivo podría -- causar un impacto en la enfermedad dental, similar al -- que ocasionaría cualquier desarrollo técnico. Este auxiliar puede tratar las primeras etapas de la enfermedad -- del parodonto, las cuáles con frecuencia aparecen en pacientes infantiles y en jóvenes adultos, y por lo tanto -- previene o reduce la necesidad de un tratamiento en años posteriores. Pudiera ser que el entrenamiento del higienista dental exceda el entrenamiento del estudiante de -- Odontología en ésta área especializada y limitada. Asimismo, dentro del actual crecimiento de la práctica en -- grupo, el higienista puede asumir mayor responsabilidad -- como parte del equipo dental. Ha sobrepasado su posición anterior y se ha convertido en una especialidad dentro de esta área.

El higienista dental puede ser llamado acerta-

damente "Prevedontist". Que aplicado a nuestra clínica, sería, la de Parodontista Técnico o Preventivo.

EL TECNICO EN PREVENCION PARODONTAL O "PREVENTODONTIST".

El papel del higienista dental como "P" ha tenido más importancia por las recientes mejoras en los métodos de educación del paciente. La educación del paciente ha sido renovada desde que la propia imagen y los conceptos de modificación de conducta de Psicología han sido reconocidos, gracias a que aumentado la capacidad de entender los problemas del tipo cualquiera que presente el paciente, se puede contar con medios más eficientes para educar más efectivamente. El escuchar y entrevistar habilidades y antecedentes en Ecología Sanitaria, problemas de conducta humana y comunicación masiva, ha dado al higienista dental los medios con los cuales puede educar al paciente más eficazmente. Programas más largos de los cursos de estudios de la higiene dental, son relacionados directamente con las técnicas de educación sanitarias (dental). Como un Preventodontist, es el higienista dental el que debe asumir más responsabilidades en la práctica dental más particularmente. En otros países existen nuevas normas y reglamentos que permiten realizar muchos servicios sin la directa supervisión de un-

dentista. El Preventodontist, puede en ocasiones ser la primera y única persona que un paciente ve hasta que un tratamiento es designado. También el higienista puede tomar la historia clínica, realizar profilaxis, tomar series radiográficas, tomar impresiones y modelos de estudio, registrando los descubrimientos después de un examen de los tejidos orales. Para así dar pauta al tratamiento que el cirujano dentista determine con base a los datos que el higienista le haya podido dar, para ser diagnosticado por el propio dentista.

Los resúmenes de estudio de la higiene dental deben ser apoyados y reforzados por las ciencias biológicas para proporcionar a los estudiantes el conocimiento necesario del tratamiento terapéutico. El entrenamiento del higienista dental como un "P" no excluye necesariamente la posible expansión de sus deberes, aún dentro de los procedimientos restaurativos. Más aún, la educación del dentista pueda requerir que enfoque su atención sobre tratamientos relacionados con caries dentales.

Debido a la creciente demanda de servicios dentales cada miembro del equipo dental actuará en forma profesional y técnica, para hacer más funcionales los servicios disponibles. Estos esfuerzos de equipo deben-

permitir participación al higienista dental más que una muestra de participación, una mayor responsabilidad. El higienista dental debe de estar deseoso de ponerse al día y de entender sus funciones para poder contribuir adecuadamente.

Debido a que los higienistas dentales son más escasos que los dentistas, su uso de asistentes dentales y más de un operador pueden ser necesarios. La habilidad y entrenamiento de los higienistas dentales deben ser utilizados completamente por la profesión dental, si las necesidades presentes y futuras del público desean ser cubiertas satisfactoriamente.

El higienista dental puede tratar los estados (incipientes o tempranos) de enfermedades parodontales en niños y adultos jóvenes, asimismo, puede prevenir o reducir la necesidad de tratamiento en años posteriores.

C A P I T U L O I Y

"CONTROL PERSONAL DE PLACA". . .

QUE ES EL C. P. P.

El C. P. P.; en sí deberá estar gravado en la mente del paciente, puesto que de esto dependerá la cooperación presente y futura para que él mismo goce de plena salud oral, teniendo éste como base su "CONTROL PERSONAL DE PLACA".

Sabemos por la experiencia clínica, las diferentes alteraciones parodontales que se presentan en nuestros pacientes y tendremos en cuenta el C. P. P., como terapia fisiológica en el mantenimiento de la salud parodontal que será tratada con una excepcional precisión.

Cuando el higienista ó el dentista en sí, han solucionado las diferentes alteraciones que presenta el paciente, desde caries incipiente, anomalías de oclusión parodontopatías etc., hasta la terminación de todo tratamiento en sí. El tratamiento preventivo y de tera-

plia casera será responsabilidad del paciente una vez que el higienista o el mismo dentista le han indicado al mismo, como llevar su "CONTROL PERSONAL DE PLACA".

El C. P. P., no será considerado como una medida coadyuvante, o preventiva unicamente, sino que representa un verdadero tratamiento basado en las exigencias técnicas de cepillado, que serán variadas en sí tomando en cuenta la habilidad técnica de cepillado, que será variadas en sí tomando en cuenta la habilidad técnica de el paciente sin caer en criterios extremos, ya que sería un error pensar que el método más indicado de cepillado, puede por sí mismo eliminar la enfermedad parodontal.

La valoración C. P. P., como fisioterapia en el tratamiento de la enfermedad parodontal en sí y como medida preventiva debe sustentarse basado en su contribución al establecimiento de la salud parodontal.

El C. P. P., llevado adecuadamente a la práctica del paciente, tendrá como consecuencia manifestaciones sutiles en aspecto y consistencia gingival. La encía se hará sonrosada, firme y resistente.

Para prevenir la enfermedad parodontal y la caries, el control personal de placa el cual podemos divi-

dir en tres fases;

- 1.- Enseñanza primaria del C. P. P.
- 2.- Revalorización del C. P. P. antes y después -- del tratamiento quirúrgico.
- 3.- Revisiones periódicas del C. P. P. cada tres - o cuatro meses.

Los elementos con que contamos para llevar a cabo el C. P. P. son;

- a.- Cepillo dental.
- b.- Punta de goma.
- c.- Seda dental.
- d.- Palillo redondo.

Antes de indicar una técnica de cepillado, se hará un diagnóstico de lesiones, molestias y una mala técnica de cepillado.

Esto sefa posible observando como el paciente lleva a cabo su higiene oral y éste presente lesiones en la encía, o bien cuando él mismo encuentre dificultad al estar efectuando su cepillado en el consultorio, al indicarselo nosotros.

Es muy importante que el paciente presente in-

terés para que coopere con nosotros, dándole incentivos a manera que vea la importancia que tiene al llevar a cabo una correcta y buena técnica de cepillado; algunas veces parece que nadie es capaz de aprender un sencillo método de higiene oral.

No, obstante, después de una instrucción cuidadosa. los interesados en ello, pueden realizar las maniobras de higiene oral casera de una manera eficaz. Usualmente son precisas varias lecciones, pues uno de los mayores obstáculos, es la creencia profunda y generalizada en la mayoría de los pacientes, de que no hay nada que aprender en lo que se refiere a cepillado de los dientes. --- Otros síntomas por llamarlo así, es el que constituye la idea de que es necesario un "masaje" epergético y son mucho los pacientes que al parecer, interpretan ese "masaje", como un tratamiento duro de los tejidos blandos.

La encía es un tejido masticatorio y le beneficiará el masaje suave, pero la mucosa alveolar no debe de ser sometida a ningún tipo de masaje,. Por lo tanto, a los pacientes se les ha de enseñar un método sencillo de higiene oral que siga una rutina bien definida, supervisando a cada paciente hasta que domine el método o hasta que su falta de interés haga inútil proseguir las instrucciones del profesional. Si después de informar al paciente y agotar nuestras motivaciones, y si el pacien---

te no coopera, es mejor no tratarlo a exponerlo al fracaso, puesto que el fracaso será considerado del dentista y no del paciente.

Cuando el operador examine la boca del paciente, para determinar la eficiencia de la higiene oral personal de éste, descubrirá inmediatamente residuos blancos y materia alba. Estas substancias se han de enseñar al paciente, haciéndole ver que éstas están formadas --- principalmente por bacterias y productos orgánicos en -- descomposición, y se le hará ver que probablemente éstos son factores etiológicos de la enfermedad parodontal.

También debe hacérsele ver que la relación entre salud parodontal y la limpieza de la región, debe -- ser uniforme y precisa. Y hacerle ver que los agentes -- causales irritan a los tejidos blandos, haciendo que se desarrollen bolsas parodontales lo cual puede complicar el estado del paciente,. Este es el momento oportuno pa -- ra enseñar en el consultorio, cómo se debe llevar a cabo la higiene oral casera.

OBJETIVOS.-

Los objetivos inmediatos de la higiene bucal -- casera son los siguientes:

- 1.- Reducir la cantidad de microorganismos sobre los dientes.

Se eliminará toda la placa dentaria y residuos accesibles del margen gingival, superficies dentarias proximales, del surco gingival. Al hacerlo el dentista elimina los factores etiológicos que producen irritación e inflamación, también una de las causas de la halitosis desaparece con estos procedimientos.

- 2.- Favorece la circulación.
- 3.- Favorece la cerificación del epitelio y hacer que los tejidos gingivales sean más resistentes a la irritación mecánica.

La misión del paciente es la participación activa en el tratamiento de la salud periodontal.

El éxito o fracaso del tratamiento puede radicar en la capacidad del paciente para comprender y cooperar en la realización de la higiene bucal.

Para destacar la importancia de la higiene bucal se aplicarán técnicas con propósitos claros y definidos de educación del paciente.

El operador tendrá en mente siempre otros factores que pueden intervenir en el estado de limpieza oral, como son el carácter de la dieta consumida, la saliva, la alineación de los dientes, las alteraciones hormonales, o bien, estados emocionales, así como los movimientos de lengua, carrillos y labios.

Una vez tomado en cuenta todo lo anterior y contando con el consultorio con los servicios de un higienista dental debidamente preparado, que nos auxilie tanto en los tratamientos de detartraje subgingival y el servicio de profilaxis periódica, será como se lleven a cabo los diferentes métodos de "CONTROL PERSONAL DE PLACA", que a continuación se tratan.

Es importante entregar al paciente el "folleto de instrucciones" en el cual se le hará ver la importancia de la higiene oral en esta forma.

USTED POSEE UN CEPILLO DE DIENTES?

(ejemplo de folletos).

LO USA USTED DE MANERA CORRECTA?

Casi todas las personas poseen "cepillo de dientes", pero son muy pocas las que lo saben usar. Por lo tanto esto puede ser perjudicial, pues la finalidad -

del cepillo es la eliminación completa de residuos de alimentos y de la "placa bacteriana" en el cuello de las -- piezas dentales, (ésto se logra en un tiempo razonable en el cual, usando el método correcto que su dentista le muestre, logrará usted su "C. P. P... Pero antes! necesita saber en donde están localizadas las pequeñas partículas de alimentos y la "placa bacteriana".

Lo que comunmente se conoce como encía, es una estrecha tira de tejido ligado al "cuello" de sus dientes. Es en éste tejido, en el "cuello" y entre los espacios de todas las piezas dentales, donde se alojan los restos alimenticios; la placa bacteriana que usted tiene en su boca se encuentra en el medio propicio para el desarrollo de gérmenes, ya que ese medio está caliente y húmedo.

Si se dejan los residuos alimenticios en la boca, la placa de mucina, los fija sobre los dientes y en el borde interno de la encía que los rodea, teniendo por tanto que eliminarlos día tras día.

La encía alrededor del diente presenta una pequeña depresión en el punto de inserción. Esta pequeña-depresión puede mantenerse limpia y sana evitando, así la enfermedad parodontal,

Será necesario darle a nuestro paciente no solo folletos como el anterior haciendole ver la importancia del cepillado, sino que se le ilustrará al respecto con modelos de estudio, esquemas o fotografías, () - para hacerlo más objetivo e interesante al mismo.

En la práctica clínica podemos enseñar a nuestro paciente como llevar su "control Personal de Placa" de la manera siguiente:

Se le indicará al paciente que nos muestre como hace su cepillado, para darnos cuenta de sus errores en su técnica habitual. Se le hará notar éstos, y se procederá a enseñarsele un método de cepillado efectivo como los que a continuación mencionamos y, que el dentista recomendará según su criterio y necesidades del paciente:

METODO CRICULAR O D'FONES.- Se coloca el cepillo en la arcada superior y se cepilla describiendo movimientos circulares. Este método no es muy recomendable, ya que el paciente lo transforma inconcientemente en movimientos horizontales.

METODO DE CHARTERS.- Se coloca el cepillo al-

borde de la encía y dirigiendo hacia las arcos masticato-
rias de los dientes, se hace presión contra la encía y e-
se efectúan movimientos rotatorios pequeños procurando -
que las cerdas no se desplacen.

METODO DE STILMAN.- Con este método se apo-
yan los extremos de las cerdas parcialmente en la encía-
y principalmente en la porción cervical de los dientes.-
Las cerdas deben estar oblicuas al eje mayor del diente-
y dirigidas apicalmente. Se presiona lateralmente con -
el margen gingival, a modo de producir una perceptible -
isquemia; se retira el cepillo para permitir que la san-
gre vuelva a la región; se presiona varias veces dándole
al cepillo un ligero movimiento rotatorio, pero sin que-
las puntas de las cerdas cambien de lugar. Se repite el
proceso en relación con todas las caras de los dientes,-
comenzando en la zona molar superior y cubriendo sistemá-
ticamente toda la boca.

Para llegar a las caras linguales de las zonas
anteriores, superiores e inferiores, se coloca el mango-
del cepillo paralelo al plano oclusal y trabajando sólo-
en dos o tres grupos de cerdas.

Las caras oclusales de molares y premolares se
cepillan con las cerdas perpendiculares al plano oclusal,

de modo que penetren en los surcos y nichos interproximales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.- La acción vibratoria de las cerdas se complementan con un movimiento de barrida. Es el método original toman el márgen gingival y la porción cervical del diente; en la modificación el movimiento empieza en la encía insertada cerca de la unión de la mucosa alveolar y abarca encía insertada, encía marginal y diente. Esta técnica, es efectiva y reduce la posibilidad de traumatizar la encía marginal.

METODO DE GONES.-

METODO DE BASS.-

Una de las razones por las que se consideran un error recomendar una técnica específica, es la de que algunos movimientos resultan difíciles de lograr para algunos pacientes; por tanto los primeros que debemos considerar es la coordinación neuromotora del paciente para saber cuales movimientos son efectivos para oliminar la placa. Esto significa que la técnica a emplear va a variar de paciente a paciente según su capacidad.

Otro aspecto en el éxito del empleo de una técnica en particular es la motivación que recibe el paciente por parte de su Odontólogo.

Como se ha visto en los puntos anteriores, no existe un único método para cepillar la boca. Hay varios métodos eficaces, pero su mayor parte requiere habilidad digital y paciencia.

Otro método que tiene la característica de -- "simple y muy eficaz", es el del Broxodent o el cepillo-automático Pycopay, así como el cepillo Gum Kare y la -- punta de goma para limpiar los espacios interdentes -- (ésto los usaremos sólo cuando no sea posible un método-manual).

El Broxodent Squibb es un instrumento movido -- electricamente, eficaz y suave en el cuidado oral si se domina la simple técnica de su uso. Según el Dr. J. F. -- Fritchard, es superior el cepillo manual y no es fácil -- que cause lesiones (foto A).

El cepillo automático Pycopay (1965) eliminó los defectos de otros instrumentos sin cordón y corrigió defectos mecánicos del Broxodent, pues posee la potencia adecuada y el motor no estaba en el vestibulo oral estrecho y su acción de cepillado es uniforme y suave.

Si el paciente ejerce una presión demasiado in

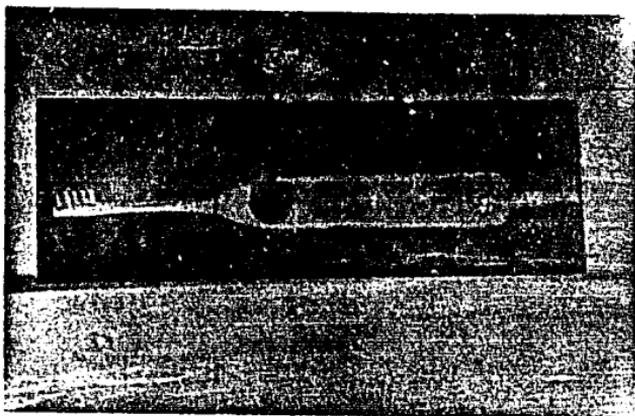
tensa, el mango del cepillo se dobla y la encía no corre el riesgo de ser lesionada como ocurre con los cepillos sin cordón. La acción no es enteramente automática, el paciente ejecuta el cepillado ayudado por el movimiento suministrado por el motor, son muchos los pacientes que aprenden a manejar este cepillo y que no pueden usar el Broxodont totalmente automático.

El cepillo de goma Gum Kare es eficaz, suave y económico y mantendrá una salud oral a los pacientes que sepan usarlo adecuadamente (foto B).

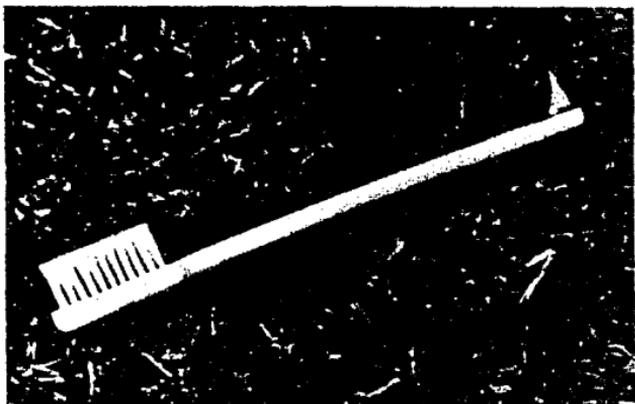
La combinación ideal es el cepillado con un cepillo automático y el uso del Gum Kare entre los dientes. Todos los procedimientos de técnicas de cepillado serán indicados por el Cirujano Dentista según si el paciente ha presentado o no, enfermedad parodontal; se determinará cual es el método más conveniente según las necesidades del mismo.

El modo de uso del cepillo Gum Kare (con punta de goma).

1.- Se tomará en cuenta las instrucciones dadas en la primera cita de enseñanza de cepillado; se le enseñará al paciente el modo de manejar las puntas de go



(A)



(B)

ma entre los dientes, según la técnica de cepillado de -
Garters) el folleto que acompaña al cepillo contiene --
ilustraciones al respecto de dicha técnica).

2.- Se le hará notar los espacios interdenta-
rios y otras zonas que requieren especial cuidado. Mue-
stre al paciente el modo de usar las cerdas del extremo
del cepillo en cada área especial e indiquese como repe-
tir las operaciones anotando en la ficha las áreas que -
precisan atención especial.

En una segunda cita, se le invitará al pacien-
te a que demuestre lo que ha aprendido en la primera lec-
ción, y se le hará notar sus errores mientras éste mira³
en el espejo, haciéndole practicar nuevamente. De ser -
necesario, se programará otra entrevista.

Para los pacientes que definitivamente no se -
adaptan a ninguna técnica de cepillado, bien sea manual-
con el cepillo standard o el Gum Kare, ni tampoco al ce-
pillo automático, existe en el comercio aparatos pulveni-
zadores de agua que trabajan a presión de la misma y son
del tipo del "Water Pik". (foto C).

No sustituye totalmente éste tipo de aparato,-
al cepillo de dientes, pero puede resultar sumamente ---

útil y no es fácil que cause lesiones usandolo correctamente. Es de mucha eficacia si se usa cuando el paciente tiene aparatos de ortodoncia o protésicos y al cambiarlo con el cepillo es lo ideal en lo que a "Control -- Personal de Placa" se refiere.

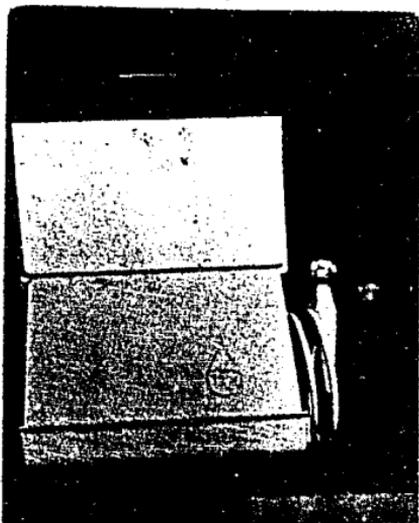
ENJUAGUE.-

Una vez hecho el cepillado es fundamental enjuagar la boca. Se hará pasar agua tibia con fuerza por los espacios interdentarios.

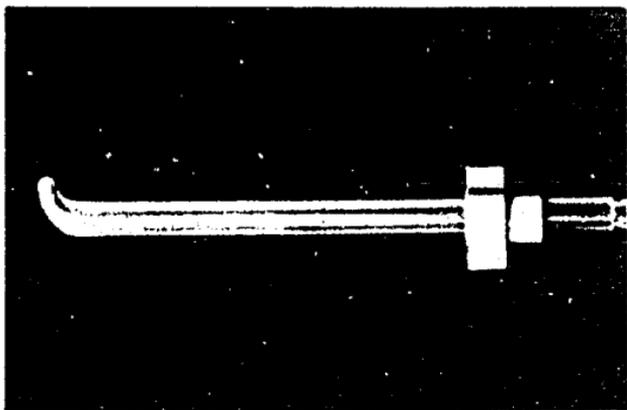
APARATOS DE IRRIGACION CON AGUA.- Se pueden utilizar aparatos de irrigación con agua. Los hay de varias clases. Unos utilizan el agua corriente para irrigar entre los dientes y en torno a ellos. La presión -- del agua se regula girando el grifo (). Otros actúan mediante un chorro de agua intermitente.

Se coloca agua en un recipiente y se le impulsa mediante una bomba; el agua sale con presión intermitente regulada.

Los puentes complicados y aparatos ortodónticos fijos acumulan residuos, los aparatos irrigadores ayudan a mantener limpia la boca y previenen la irritación.



(C)

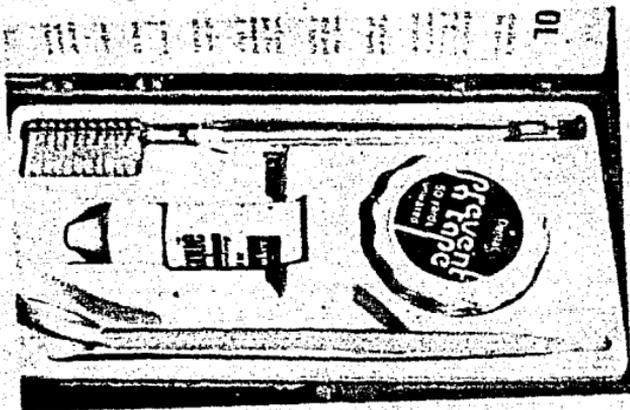


(D)

"Detalle de la pieza de mano del Water Pik",
donde con la presión de agua adecuada, ob-
tendremos buena higiene oral sin dejar de-
tener en mente una técnica de cepillado que
complemente nuestro C. P. P. "

A algunos pacientes les resulta conveniente agregar un aparato irrigador al régimen de higiene bucal para conseguir una mejor eliminación de los residuos. Prevalce la impresión de higiene bucal para conseguir una mejor -- eliminación de los residuos. Prevalce la impresión de que la presión del agua ayuda a quitar residuos de alimentos e incluso algo de materia alba, pero no elimina toda la película de placa dentaria.

Se han registrado lesiones y abscesos producidos por aparatos irrigadores pero no se presentó la relación de causa y efecto,. Por encima de todo, recuerde - que la irrigación, necesaria como es, solo elimina el material aflojado; complementa, pero no remplace, el uso del cepillo y la estimulación interdental, la técnica - de irrigación con agua se ha estado utilizando hace tiempo en Europa para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Se conocen generalmente como balneoterapia.



ESTUCHE DE "C. P. P."

- . Cepillo.
- . Solución descubridora
de placa.
- . Seda dental.
- . Espejo de revisión.

C A P I T U L O V
SUGESTIONES UTILES AL PACIENTE...

Cuantas veces la gente que frecuenta a su dentista, tanto en su práctica clínica como en su vida social se le pregunta;

Cual es el mejor dentrífico?

Cual tipo de cepillo usar?

Cuando cambiar de cepillo?

Es bueno usar mondadientes

Existe algún proyecto de dieta para disminuir la caries dental?

Todo esto, es una plática de lo más trivial,-- es lo que la gente se pregunta y creen encontrar la respuesta, pero el único capacitado para contestar éste tipo de preguntas tan simples es el profesional, y enseñarles algunos cuidados.

AUXILIARES DEL CUIDADO DENTAL CASERO.- Como se verá más adelante.

CUAL ES EL MEJOR DENTRIFICO?

Los dentríficos son elaborados en forma de jabones, pastas, polvos o líquidos. Su función es ayudar a la limpieza de los dientes y pulir la superficie accesibles; por cuyo motivo aquel que contenga una substancia pulidora suave y eficaz, tendrá mayor utilidad. También sirven para hacer más agradable el procedimiento de cepillado.

Se encuentra en el mercado un equis número de marcas diferentes con sus respectivas promesas de salud, limpieza mágica y éxito seguro si usted lo usa; por tanto para el paciente común es un dilema elegir lo que --- realmente necesita. Los polvos y pastas dentales son -- cosméticos, son útiles para suprimir las manchas; pero no influyen sobre la salud parodontal, sirve una lo mismo -- una marca que otra, si es que éstas no producen sensibilidad, alergia en los tejidos, o abrasión en las piezas dentarias. El polvo y las pastas tienen el mismo valor aproximadamente, desde el punto de vista de la limpieza, y la preferencia por uno y por otro es cuestión de gustos o comodidad, pero lo que será determinante es "la -- técnica y constancia de cepillado pues buen número de -- dentríficos y colutorios populares tienden a despertar -- la sensibilidad de los dientes y dar una falsa sensación

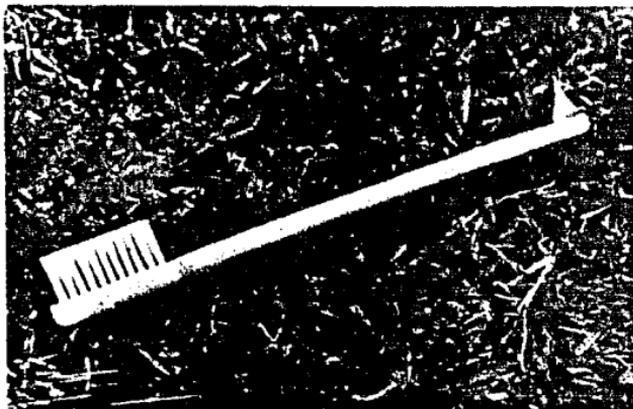
de limpieza, debido a sus sabores refrescantes.

Los niños no es probable que experimente este trastorno y pueden usar el dentrífico que prefieran, pero tomando en cuenta que las caries es una enfermedad de los dientes y que pueda prevenirse en los niños de tres a catorce años, será conveniente visiten a su dentista - periódicamente, para que él les aplique fluor tópicamente y con la técnica adecuada, pues así sabemos que el fluor es un elemento "lábil", no podemos confiar en el fluor que supuestamente tienen los dentríficos en el comercio.

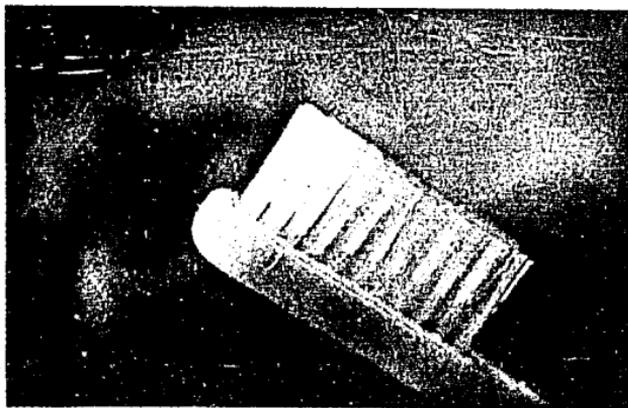
Se están haciendo estudios para incorporar a un dentrífico una enzima que inhibirá el depósito de cálculos de los dientes, y éstos será de gran ayuda evidente para el paciente con problemas parodontales.

QUE TIPO DE CEPILLO USAR?

En lo que se refiere a que tipo de cepillo usar, ha de recomendarse en condiciones normales del paciente, un cepillo de material plástico, de mango largo y recto, para facilitar su manejo (foto A). Al poderse sujetar fuertemente, la cabeza del cepillo debe estar -- constituida por varios manojos de cerdas (2X6), (foto B), las cuales no tendrán una altura mayor de 3 mm. (foto C).



(A)



(B)

Los manojos deben estar separados uno del otro, ya que al haber presión, habrá deslizamiento lateral de las cerdas que deberán ser siempre rectas y de la misma altura evitando los cepillos con penachos u ondulados. -- que están indicados a otro tipo de pacientes en condiciones especiales.

Los manojos pueden ser sintéticos o de cerdas naturales, éstos son más duros y resisten más la humedad que los sintéticos. Las cerdas naturales vistas al microscopio, está cubierto por una capa especial de queratina la que muchas veces tiene desgarraduras.

El cepillo al momento de usarlo deberá estar seco, con objeto de que no pierda su elasticidad.

CUANDO CAMBIAR DE CEPILLO?

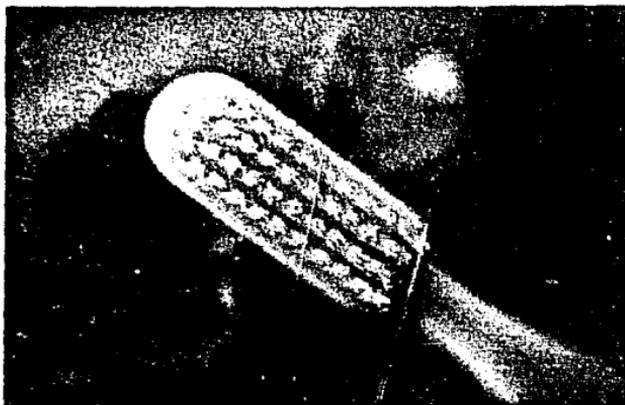
El tiempo de duración de un cepillo, no se ha de dar, tomando en cuenta desde su compra; sino el cuidado y uso que le demos. Los cepillos se han de deshechar con frecuencia, por que las cerdas que han perdido su elasticidad no son eficaces para la limpieza; por tanto deben reponerse los cepillos con cerdas dobladas o apiñadas (ésta característica indica que no han sido usados con la técnica correcta).

Con el fin de que las cerdas tengan oportunidad de secarse después del uso, el cepillo solamente debería usarse una vez al día, por tanto el número necesario de cepillos debe de ser el que corresponde al cepillado diario.

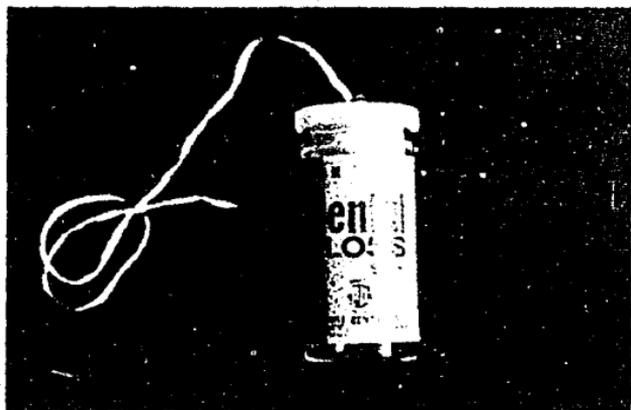
Es importante que el paciente conozca otros instrumentos de limpieza que son necesarios, como lo son la seda dental o Dental - Floss (foto D) o los mondadientes redondos, planos o las cuñas de madera llamadas Stim U - Dents; contando también con las puntas de goma, ya que los dientes tienen cuatro caras y únicamente dos de ellas, la labial y la lingual, pueden ser alcanzadas por el cepillo. Las superficies de contacto y los espacios interdentales, se deben limpiar con hilo o seda dental o bien con los otros instrumentos mencionados.

El hilo dental se pasa entre los dientes, a través de las superficies de contacto interproximales y borde cervical de las piezas (cuello de las piezas). Su modo de uso es bastante sencillo y de gran ayuda para eliminar la película de placa orgánica que constantemente está presente en todos los dientes.

El hilo se ha de tomar firmemente, enredándose



(C)



(D)

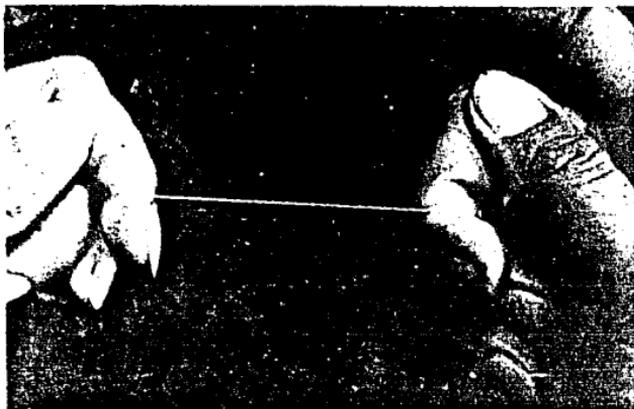
en el dedo cordial de ambas manos (fig. E), para así tener un control exacto y al llevarse a los espacios interdentales, se mantendrá en tensión con ayuda de los dedos índice y pulgar de cada mano que sirve de apoyo para efectuar la limpieza (fig F), pasando el hilo a través de los espacios interdentes y manteniendolo siempre presionado a la cara del diente que se está limpiando deslizándose de arriba hacia abajo de cada pieza dental, sin llegar a tocar la encía. Este movimiento se ha de llevar a cabo con cada pieza dental y cada lado del espacio interdental.

De no seguir cuidadosamente los pasos anteriores, el hilo podría aflojarse, no estando bien sujeto, con un mal movimiento, podría cortar o traumatizar innecesariamente la encía.

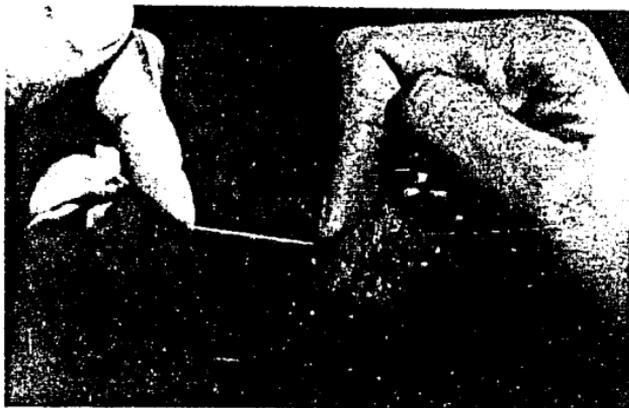
ES BUENO USAR MONDADIENTES?

Respecto a los mondadientes, cuñas blandas o las puntas de goma, se usarán entre los espacios interdentes dependiendo del tamaño y forma del espacio, así como de la habilidad del individuo para usarlos correctamente.

En los pequeños espacios de la parte anterior-



(E)



(F)

de la boca, pueden usarse mondadientes redondos o cuñas de madera blanda del tipo Stim-U-Dents, pero en zonas de mayor amplitud interdental o en los espacios de los dientes posteriores, son necesarias las puntas de goma.

El tamaño del espacio entre los dientes, dependerá generalmente de las medidas de prevención que se tomarán para atender la enfermedad parodontal. Si ésta estaba en su fase avanzada, existirá un espacio entre los dientes, y para mantener sus superficies limpias, será necesario aplicar puntas de goma o las cerdas del cepillo Gum Kare.

El instrumento indicado a usar entre los dientes, según el caso, ha de tocar la superficie de éstos a cada lado del espacio interdental y ejercer una ligera presión sobre el tejido sin que llegue a ser excesiva -- porque causaría lesiones a los tejidos.

TIRAS DE GASA.- Los dientes que limitan con zonas desdentadas se pueden limpiar con un cepillo girado de modo que las cerdas trabajen sobre las superficies proximales. Se usará cordón de algodón de cuatro cabos o tiras de gasa cuando no es fácil llegar a las superficies dentarias con el cepillo. La gasa que se utilizará en esta técnica es gasa para vendas de 2.5 cm cortadas -

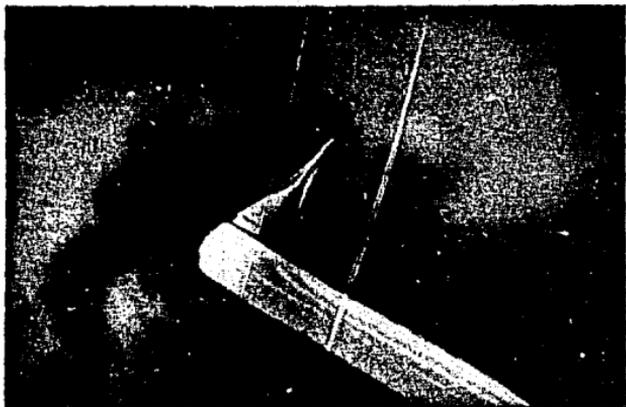
en tiras de 15cm de largo, dobladas en el centro. Coloque el doble sobre la zona gingival del diente, y lleve la gasa hacia gingival tanto como sea posible, incluso por debajo del margen gingival. Mueva la gasa a la manera del paño de lustrar zapatos, varias veces en cada lugar.

El hilo o la cinta pasan por los nichos y limpian pñnticos y dientes pilares.

LIMPIAPIPAS.- Los limpiapipas asean bien zonas interproximales inaccesibles y fiburcaciones expuestas. Se introducen con cuidado los limpiapipas entre las raices expuestas de las furcaciones y se tira de ellos.

Uso de la punta de goma o el STIM-U-DENT.- Se insertará el instrumento en el espacio interdental y en dirección a la superficie masticatoria o al borde cortante, es decir, hacia abajo entre los dientes superiores y hacia arriba entre los inferiores (fig G).

Las puntas de goma se usan por el lado bucal, así como en el lado lingual y con un movimiento hacia la parte de atrás de la cara de la pieza que se esté limpiando, sin hacer movimientos laterales o circulares y -



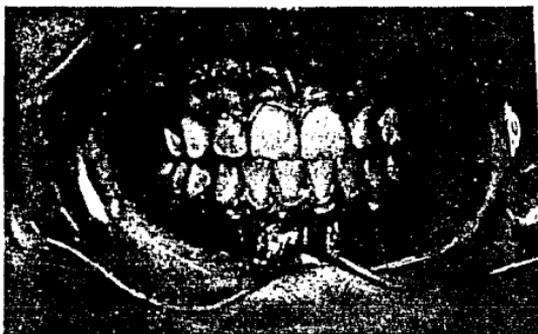
(G)

sin forzar su paso entre los dientes cuando no hay espacio. El contacto con los tejidos blandos debe de ser firme, pero suave; pues los tejidos blandos pudieran traumatizarse provocando una irritación local que es lo que produce la enfermedad parodontal. El uso inadecuado de los instrumentos de higiene oral puede provocar una irritación grave.

Las técnicas de cepillado correctas y el buen uso de los instrumentos auxiliares, se han de aprender siguiendo las instrucciones del Doctor o del higienista especializado.

Un método que puede usar el paciente por sí mismo, para saber si se ha cepillado correctamente y se haya libre de placa bacteriana, es el uso de tabletas para colorear "Disclosing - Stain", o bien alguna preparación o colorante vegetal que el paciente aplicará cuando tenga duda de su cepillado. (Figs. H).

Soluciones y tabletas reveladoras.- Las soluciones y tabletas reveladoras proporcionan una imagen objetiva de la higiene bucal adecuada que el paciente ve. Su uso casero fomentará el esfuerzo, porque las placas se ven y se pueden eliminar la coloración. Las soluciones reveladoras también tiñen la mucosa de los labios, -



(H)



lengua, carrillos, y encía. La mayor parte de la tintura se va con enjuagatorios. Asegure al paciente que la coloración de los tejidos se elimina mediante buches y cepillados. La coloración aparecer en pocas horas hágase usar al paciente una tableta reveladora en cada sesión sucesiva antes de que comience el tratamiento. Muéstrela las zonas pasadas por alto. Después, corrija los defectos de técnica.

El Doctor se lo indicará de la manera siguiente:

El interesado deberá de colocar una pastilla descubridora de placa en su boca, haciéndola circular sobre todas las superficies de todos sus dientes de un lado hacia otro, durante medio minuto cuando menos; acto seguido, se enjuagará con agua corriente y las zonas que queden coloreadas en los dientes indicarán la peligrosa placa bacteriana y por consiguiente, la zona que fue cepillada deficientemente.

Para eliminar totalmente la placa bacteriana, debe cepillar nuevamente la superficie de los dientes y usar cinta dental y la punta de goma. Es conveniente el uso de las pastillas descubridoras, si se quiere poner en evidencia el "Control Personal de Placa" que lleva --

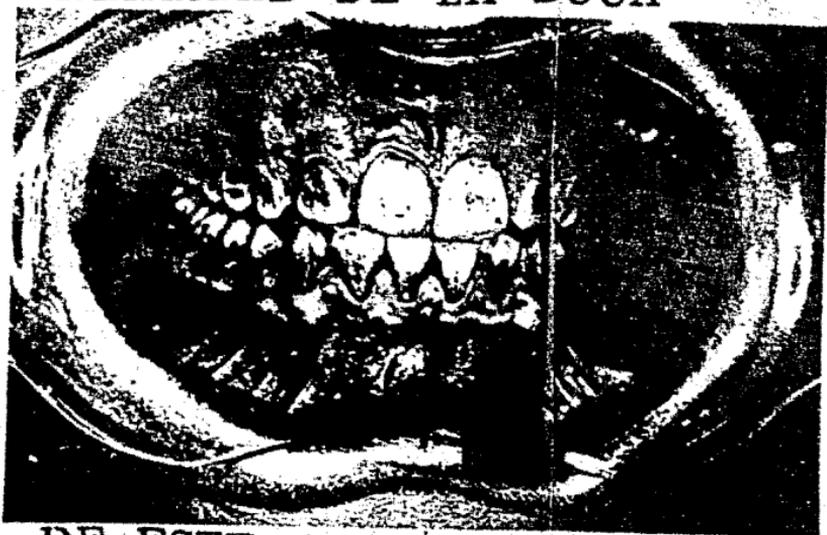
nuestro paciente, comprobando si éste es eficaz.

Recordemos lo que se dijo acerca del C. P. P. al principio del Capítulo V. Sería un error pensar que el método más indicado de cepillado puede por sí mismo - eliminar la enfermedad parodontal, pero podemos asegurar que las superficies dentarias se mantienen limpias y son menos propensas a la caries, y que la encía tratada de un modo eficaz a la acción del cepillo rara vez representará síntomas patológicos, dando como resultado una salud oral controlada.

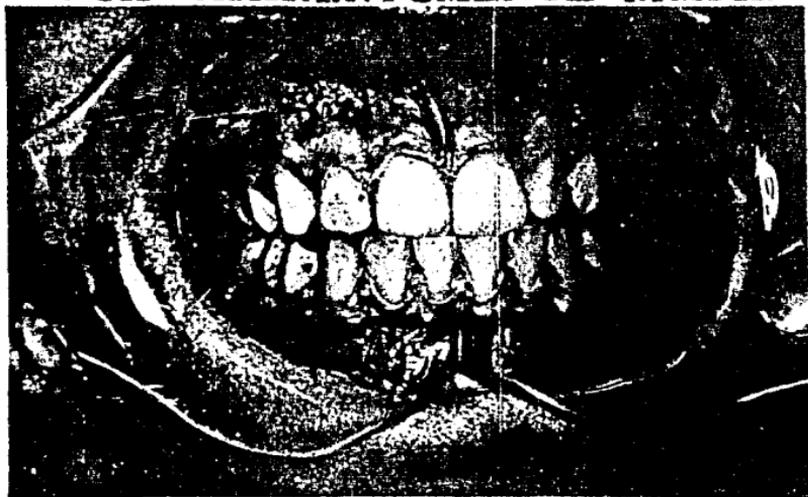
Higiene de la lengua.- Es muy importante -- puesto que es el reservorio número uno de microorganismos, por lo tanto, también debe de cepillarse.

Dieta.- Parece que la dieta no tiene un papel importante en la eliminación de la placa de los dientes. Investigaciones recientes hablan del poco efecto de los llamados alimentos detergentes en la eliminación de la placa de las superficies dentarias. Sin embargo, en algunos pacientes determinadas partes de los dientes no tienen placa, e incluso en ausencia de cepillado. Pueden ser que la función de labios y carrillos y lengua sobre las superficies dentarias elimine parte de la placa. El paso de los alimentos sobre los dientes puede ejercer

REALIDAD DE LA BOCA



DE ESTE PACIENTE

BOCA APARENTEMENTE LIMPIA

ciertos efectos de limpieza, ya que los astronautas alimentados por sondas formaron mayor cantidad de placa que sus compañeros que masticaban los alimentos, a pesar de las medidas de higiene bucal indicadas.

PROGRAMA DE DIETA PARA CONTROL DE LA CARIES

DENTAL...

Usted podrá sacar más provecho de éste plan -- que de cualquier otro servicio dental que se le administre a sus niños, ya que éstas indicaciones sirven para -- prevenir o cuando menos reducir a un mínimo daño que sufren los dientes por el deterioro causado por la caries -- y factores del tipo golosinas o comidas a deshoras que -- vienen a ser:

Enemigo de de los Dientes.

Dulces de todas clases	Chupar tabletas de Vitamina C.
Chicles de todas clases.	Chupar limón
Sodas, limonadas y bebidas azucaradas de todas clases.	Chocolates de todas clases incluyendo los que se toman disueltos en leche.
Acido en polvo	Galletas y pastelitos azucarados
Acido con-chile	Leche azucarada para biberón.
Frutas con ácido o con <u>chi</u>	Leche azucarada con huevo-
le.	

Tamarindo y pulpa de tamarindo.	en forma de ponche.
Ghamoys.	Atole de harina azucarados.
Gelatina en polvo.	

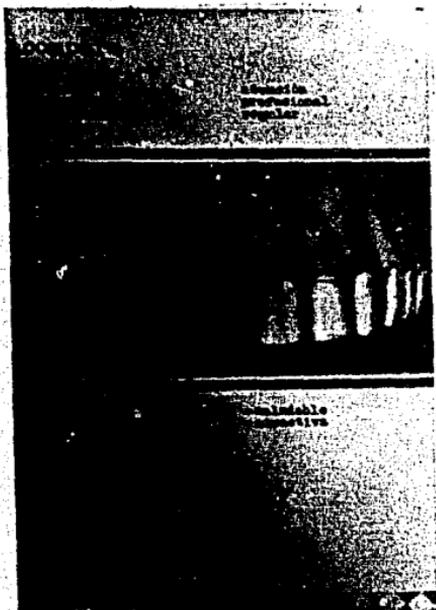
Amigos de los Dientes.

Carnes de todas clases incluyendo carnes frias.	Pan integral, de trigo, centeno, pan negro, tostado.
Leche sola (sin azúcar, huevo o chocolate).	Vegetales crudos y cocidos.
Crema, mantequilla, queso.	Fruta fresca.
Cereal de tipo trigo o arroz inflado.	Fritos, palomitas de maíz, cacahuates, nueces, almendras.
Huevos.	

INDICACIONES GENERALES.

Los enemigos de los dientes deberán ser eliminados a cero. Recomendamos que sigan la dieta durante dos meses seguidos, tomando estrictamente los amigos de los dientes y llevar a efecto ésta precaución por lo menos cada seis meses. Al final de los dos meses pueden comer todo pero restringiendo lo más posible el azúcar común, dulces y ácidos y debiendo tomar agua natural en lugar de los nocivos refrescos embotellados.

Es importantísimo que cuando menos una vez al día, toda la familia juntos, se cepillen la dentadura para que los niños vean como y traten de imitar a sus padres, al mismo tiempo la madre tiene la oportunidad de supervisar el cepillado de todos. Se aconseja instruir a sus niños a que cuando coman algo entre comidas y fuera de casa, cuando menos se enjuaguen la boca con agua simple, haciendo varios buches vigorosamente.



CONCLUSIONES

Consideramos que los métodos preventivos de las enfermedades parodontales es una condición ideal para evitar sus complicaciones, sin embargo, aún en nuestro medio los métodos de difusión, como la publicidad, la comunicación, y el material técnico con que contamos es todavía insuficiente para evitar que se presente la enfermedad.

En el presente trabajo se analizaron algunos métodos que evitan las enfermedades parodontales así como el C. P. P., en ellas se discuten las causas más frecuentes de la enfermedad parodontal sus complicaciones y tratamiento.

Partiendo desde el punto de vista del estudio de una población determinada, se observa que solamente un porcentaje mínimo es el que va a tener acceso a un higienista, y que generalmente, este pequeño porcentaje se encuentra en un nivel socio-económico medio o medio alto, obviamente podemos considerar a estas personas de que tienen algún conocimiento o educación odontológica; pero que sucede con aquellas zonas marginadas en la cual

los métodos higiénicos y preventivos no están al alcance de dicha población (que es la mayoría en el medio) ¿Cómo podemos solucionar estos problemas?

Concluimos que el Cirujano Dentista debe tener la obligación de impartir medidas preventivas, así como educación médica encaminados principalmente al personal infantil, y en aquellas zonas marginadas que realmente lo necesita, por este motivo el Odontólogo recién egresado de la Universidad debe de distribuirse en los lugares más necesitados de nuestra población.

BIBLIOGRAFIA

Odontología Preventiva en Acción.

Simon Katz (Mc. Donald).

Odontología Clínica de Norte América.

Periodontología Clínica.

Dr. Irving Glickman.

Prevención y Control de los padecimientos parodontales.

Ana María Naranjo Z.

Periodoncia.

Dr. Balint Orban.

Prevención de las parodontopatías.

Dra. Ma. Cristina Elizalde L.

Tratado de Patología.

Stanley L. Robbins.