



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**“EL CIRUJANO DENTISTA EN LA PREVENCION DE LAS
ENFERMEDADES PARODONTALES”.**

MAURA EMMA VAZQUEZ LEGARIA

SAN JUAN IZTACALA,

MEXICO 1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E.

INTRODUCCION

I.- BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DEL PARODONTO.

II.- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

III.- ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

A) CAUSAS LOCALES

B) CAUSAS GENERALES

C) FACTORES PSIQUICOS

IV.- PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N .

Las enfermedades parodontales son la causa principal de la perdida de dientes terminada la juventud; pero no obstante, en la mayoría de los casos puede prevenirse antes de que se produzca un daño mayor.

Siendo ésta la idea fundamental en el desarrollo de éste -- trabajo en el que se intenta establecer la evidencia de que todas las enfermedades parodontales pueden prevenirse y por medio del mismo, trataré de exponer las bases necesarias en lo que se refiere a prevención, para reconocer los primeros signos de la enfermedad parodontal y tratar de contrarrestarla cuando ya ha aparecido. Para lo cual es necesario el estudio anatómico, histológico y fisiológico del parodonto, para así orientar nuestros métodos de prevención.

Cuando la enfermedad parodontal esta en una etapa inicial, el cirujano dentista debe estar preparado para el diagnostico -- precoz y para el tratamiento apropiado, dar las recomendaciones adecuadas y tomar medidas de prevención y control para que la afección no se desarrolle, de no hacerlo dará como resultado en -- un tiempo mas o menos largo lesiones irreparables de los tejidos de soporte del diente y las consecuencias serán la perdida de los dientes.

Aún cuando se haya terminado por aceptar esta lamentable -- situación como algo que no puede evitarse, las investigaciones modernas, el perfeccionamiento de los métodos de prevención y -- tratamiento demuestran que esa actitud carece de fundamento, -- que si todas las personas atendieran las recomendaciones profilácticas y solicitaran a tiempo los cuidados del cirujano dentista se reduciría considerablemente la incidencia de la enfermedad y la gravedad de sus secuelas.

Debe tenerse en cuenta que la evolución de las parodontopatías pasan por lo general inadvertidas para el enfermo. Únicamente después de varios años de establecida la enfermedad, surge algún signo más expresivo, que por su grado avanzado llama la atención del paciente.

La prevención se basa en el conocimiento de la etiología y de la patogénesis.

Todas las medidas preventivas que mencionaré pueden contribuir a la prevención de las enfermedades parodontales; pero no son igualmente aplicables a todos los individuos.

Por desgracia, no hay ninguna medida sanitaria que pueda aplicarse a la profilaxis de las enfermedades parodontales.

El único procedimiento que esta al alcance de todos, es el mejoramiento de la higiene bucal. Así pues, cada individuo tiene en sus manos la clave de la salud de su parodonto y así los servicios de higiene dental, como los propios de nuestra profesión, deben inculcarse en los pacientes para su conveniencia y cumplimiento de nuestra responsabilidad.

El cirujano dentista debe conocer de antemano, las estructuras normales del parodonto sano, para conocer el significado de la salud y el cambio que se registra cuando aparece la enfermedad parodontal. Esta enfermedad afecta no solo a las encías que se tornan de un color azulado e inflamado; sino afecta también; a las que todavía no muestran estos síntomas y que no por ello están libres de la afección.

El propósito de mi trabajo es más bien, recalcar sobre la prevención de las enfermedades parodontales ya que considero que

cuando mas temprano sea conocido el padecimiento por el cirujano dentista y por el enfermo, mas sencillo será el tratamiento y mas factible el exito absoluto del tratamiento.

Si se logran estos propositos estaré conforme, pero además, estaré satisfecha si llego a despertar en el profesional y paciente una inquietud capaz de promover un cambio en la orientación de la salud bucal.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA ANATOMIA, HISTOLOGIA

Y FISIOLOGIA DEL PARODONTO.

Antes de iniciar este tema, haré un breve recordatorio de las partes que constituyen el parodonto y su aspecto normal, para comprender así las afecciones que en él se pueden presentar.

Las estructuras de soporte de los dientes comprenden el aparato de inserción (cemento radicular, ligamento parodontal, hueso alveolar) y la mucosa de revestimiento (encía). A estos tejidos se les denomina parodonto.

Previamente a su descripción, señalaré que se modifican por factores de edad, de relación en las diversas partes entre sí y aún por características raciales.

ENCIA:

Es la mucosa oral que cubre el proceso alveolar hasta el cuello de los dientes, tanto por el lado bucal como por el palatino y lingual, el tejido gingival es denso, blando y firmemente adherido al hueso por medio del periostio, en condiciones normales la encía es de color rosa pálido o rosa coral, fija, elástica, y firmemente unida al hueso alveolar subyacente; se extiende interproximalmente para terminar en un fino borde redondeado, inmediatamente por debajo del área de contacto entre los dientes.

Una línea claramente delimitada que marca la unión mucogingival, separa la encía de la mucosa oral por su cara bucal. La mucosa de revestimiento adyacente se llama mucosa alveolar, mientras que por su cara palatina la encía se continúa de manera imperceptible, con la mucosa.

División Anatómica:

- A) Encía libre o marginal
- B) Encía insertada o adherida
- C) Encía alveolar

A) Encía libre o marginal.- Es la parte de la encía libre que rodea a los dientes a modo de collar. En los espacios interproximales, las porciones vestibular y lingual, se unen formando la papila interdental, La encía marginal esta separada de la encía adherida en su cara interna por una suave depresión lineal, denominada surco o intersticio gingival que es el espacio entre esta encía libre no insertada y el diente. Esta encía es una pequeña banda de tejido gingival que sigue una línea parabólica en dirección mesiodistal para juntarse con el segmento vecino del otro diente en el punto donde se forma la papila. La papila interdental es de forma piramidal y debe su contorno a las superficies interproximales de los dientes. Así, las características anatómicas de la papila dependen de la morfología y posición de los dientes. Si estos estan separados, no existe papila, y si estan apiñados, la topografía corresponderá al espacio que haya entre ellos. La arquitectura de la encía marginal esta formada por la morfología de las superficies coronarias de los dientes.

B) Encía Insertada.- Es el tejido denso y punteado limitado por un lado, por el surco gingival, que lo separa de la encía marginal, y por el otro, por la unión mucogingival, que lo separa de la mucosa alveolar. La encía insertada esta queratinizada y es bastante mas gruesa que la mucosa alveolar y variable de una persona a otra.

C) Encía Alveolar.- Es la que principia en la unión de la encía insertada y termina en el surco vestibular; por la parte palatina se continúa insensiblemente con la mucosa palatina, llamada

también mucosa masticatoria y por la parte lingual, se une con la mucosa del piso de la boca.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENCIA NORMAL:

Las características clínicas normales de la encía son reflejo de la micro-morfología del tejido gingival. Estos tejidos estarán bajo la constante influencia de su medio ambiente inmediato y del estado sistémico del individuo. Para poder comprender las características clínicas normales de la encía es necesario interpretarlas en función de las estructuras microscópicas que representan.

COLOR.- La encía normal es rosa pálido y puede variar de acuerdo con los grados de vascularización, de queratinización epitelial, de pigmentación y según el grosor del epitelio. La encía alveolar es de color rojo, lisa, brillante. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es comparativamente más flojo y los vasos sanguíneos más numerosos.

CONTORNO PAPILAR.- Las papilas deben terminar en forma de punta y llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto. Con el avance de la edad, las papilas y otras partes de la encía pueden atrofiarse. Un contorno redondeado en los individuos adultos puede considerarse normal.

CONTORNO MARGINAL.- El margen gingival debe ser delgado y terminar como filo de cuchillo.

CONSISTENCIA.- La encía debe ser firme, y la parte adherida debe estarlo con firmeza a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

TEXTURA SUPERFICIAL.- El punteado debe estar donde normalmen-

te se encuentra. Por lo general se observa, en mayor o menor grado, en las superficies vestibulares de la encía insertada y se describe comunmente como aspecto de cáscara de naranja.

BOLSAS.- Si la encía es clínicamente normal, el espacio entre la encía libre y el diente se llama surco gingival. No debe haber bolsas.

EXUDADO.- No debe haber.

CONSTITUCION HISTOLOGICA DE LA ENCIA:

Consta de un corión de tejido conjuntivo, cubierto por un epitelio escamoso estratificado. Mientras el epitelio de la encía insertada esta queratinizado, el correspondiente a la encía alveolar, carece de ésta condición; por lo cual, ésta resulta más delgada.

Fibras de tejido conjuntivo mantienen unidos el tejido al diente, estas fibras se disponen en forma de grupos y de una manera definida.

En los cortes bucolinguales, se observan tres grupos, el primero de los cuales va hasta el margen gingival; el segundo atraviesa la porcion superior de la encía insertada y el tercero, corre sobre la cresta alveolar hacia la mucosa del alveolo, donde terminan en las fibras musculares que se ven en el pliegue mucodental. En un corte mesiodistal, las fibras van hacia el margen gingival en la papila interdientaria y forman su red; subyacentes a estas, y sobre la cresta alveolar, están las fibras transeptales, que van de uno a otro diente. Desde una vista oclusal puede verse un grupo de fibras circulares que enlazan los dientes, de-

donde las fibras gingivales mantienen el tejido de la encía firmemente adherida al diente, sirviendo el epitelio de revestimiento. Entre la pared epitelial interna y el diente se forma un espacio pequeñísimo. Esta cubierta interna se llama epitelio del intersticio y su continuación, se denomina inserción epitelial.

FISIOLOGIA DE LA ENCIA:

Las diversas funciones que cumple la verdadera mucosa bucal - y el tejido gingival, diferencian su contextura cubierta la primera, en escasas zonas, por queratosis o paraqueratosis. En general presentan en sus superficies capas densas de células aplanadas -- y nucleadas, lo que la hace delicada y sensible a las presiones y al trauma. En cambio la encía presenta cornificación que es un estado denunciador de buena salud de ese tejido, haciendolo extraordinariamente resistente a la presión de dentaduras artificiales al cepillado, al trauma masticatorio.

LIGAMENTO PARODONTAL

CONSTITUCION Y FUNCION:

El ligamento parodontal es el tejido conjuntivo que rodea la raíz del diente, se une al alveolo óseo y se encuentra en continuidad con el tejido conjuntivo de la encía, comunicándose con los espacios medulares a través de los canales vasculares del hueso.

El ligamento parodontal complejísimo en su constitución, función y relación esta compuesto por haces de fibras y células del tejido conectivo; restos epiteliales, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Los elementos del ligamento parodontal son las fibras principales o colágenas, dispuestas en haces y de recorrido ondulado. Estas fibras principales que se insertan en el hueso y cemento, también reciben el nombre de fibras de shárpey.

Las fibras principales estan dispuestas en grupos, algunos ramificados hacia la encía y otros entre dos dientes vecinos. La mayoría de los haces fibrosos están entre el diente y el hueso. Ningún paquete individual de fibras se extiende directamente desde el cemento hasta el hueso alveolar. En el centro del espacio paradontal los haces de fibras se mezclan y forman un plexo intermedio.

LAS FIBRAS PRINCIPALES SE DIVIDEN EN 6 GRUPOS:

1.- Fibras gingivales libres; Por un extremo se insertan en el cemento a nivel del cuello dentario, y de ahí se dirigen hacia arriba y afuera para terminar entremezclandose con los elementos del tejido conjuntivo fibroso de la encía.

2.- Fibras crestal-alveolares: Irradian a partir de la cresta del proceso alveolar, y se unen por si mismos a la región cervical del cemento. Su función es resistir las fuerzas tensionales laterales.

3.- Fibras horizontales: Corren a ángulos rectos en relación al eje longitudinal del diente, desde el cemento hasta el hueso. Resisten las presiones laterales y verticales aplicadas sobre el diente.

4.- Fibras oblicuas: Los haces corren oblicuamente y están unidos en el cemento, en un sitio algo apical a partir de su adherencia en el hueso. Estos haces de fibras son las mas numerosas y constituyen la protección principal del diente contra las fuerzas masticatorias.

5.- Fibras transeptales: Estas fibras van del cemento de la parte mesial de un diente al cemento de la parte distal del otro

diente pasando por encima de la cresta alveolar. Su función consiste en ayudar a mantener la distancia entre un diente y otro sosteniendo los puntos de contacto.

6.- Fibras apicales: Los haces se encuentran irregularmente - dispuestos e irradian a partir de la región apical de la raíz hasta el hueso que la rodea; se dividen en dos sub-grupos: A) fibras apicales horizontales que son aquellas que se extienden en dirección horizontal desde el ápice dental hacia el hueso alveolar; refuerzan la función de las fibras horizontales dento-alveolares. - B) Fibras apicales verticales que se extienden verticalmente desde el extremo apical hasta el fondo del alveolo, previniendo así el desalojamiento lateral de la región apical del diente. Resisteen cualquier fuerza que tienda a levantar al diente de su alveolo. - Estas fibras se encuentran únicamente en dientes adultos con extremos radiculares completamente desarrollados.

Tanto las fibras apicales horizontales, como las verticales - presentan un desarrollo mas o menos rudimentario; en algunos casos falta por completo.

Es de 3 orígenes la irrigación de el ligamento parodontal:

A) Vasos apicales.- Atraviesan el ligamento parodontal desde el ápice hasta la encía, dando numerosas ramas para el cemento y el hueso. El drenaje venoso acompaña el aporte arterial.

B) Vasos provenientes del proceso óseo-alveolar.- Proviene de la arteria inter-alveolar, que llegan a el ligamento parodontal pasando a través de los canales de este hueso.

La arteria interdental nace de la alveolar y se extiende hasta la cresta a través del septum interdental; da numerosas ramas - que perforan el hueso alveolar, y entran a la membrana periodontal.

C) Vasos gingivales anastomosados.- El aporte proveniente de la encía deriva de vasos profundos de la lamina propia.

Linfáticos.- Tienen por función suplementar el sistema venoso de drenaje. Los linfáticos de la región inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial, pasan a el ligamento parodontal y acompañan a los vasos sanguíneos hacia la región periapical de donde atraviesan el hueso alveolar en dirección al conducto infraorbitario del maxilar, dirigiéndose finalmente a los nódulos linfáticos del grupo submaxilar.

Nervios.- Posee gran número de nervios, capaces de transmitir las sensaciones de tacto y de presión profundas, por la vía del trigemino. Penetran al ligamento procedentes de la zona periapical, de los canales que comunican con el hueso alveolar y de la encía. Siguen el curso de los vasos sanguíneos, dividiéndose en fibras nerviosas mielínicas simples perdiendo posteriormente sus fibras de mielina y terminando en fibras nerviosas terminales - simples.

Funciones de el ligamento parodontal.- Son principalmente - 4: física, formativa, nutritiva y sensorial.

Función Física.- Presenta 5 aspectos: 1) Transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso, 2) Unión del diente al hueso, 3) Mantenimiento de los tejidos gingivales en su correcta relación, 4) Disminución del impacto de las fuerzas externas o amortiguación, 5) Protección de los vasos y nervios con tejidos blandos , para evitar que sean lastimados con las fuerzas mecánicas.

Función formativa.- Es efectuada por los osteoblastos y cementoblastos, indispensables en los procesos de aposición de los tejidos óseo y cementoso. Por otro lado, los fibroblastos localizados entre los elementos celulares del ligamento parodontal, -- pueden dar origen a las fibras colágenas de la misma.

Función Nutritiva.- Comprende el aporte de substancias nutritivas a los otros tejidos del parodonto por los vasos sanguíneos y linfáticos.

Función Sensorial.- Se manifiesta por la habilidad que presenta un individuo al estimar cuanta presión se ejerce durante la masticación, y para identificar cual de varios dientes ha recibido un golpe al percutirse sobre ellos. En ambos casos, la sensación dolorosa es percibida por el individuo, siempre y cuando exista padecimiento parodontal.

ESPESOR DEL PARODONTO:

La anchura del espacio parodontal varía según la edad del individuo y las necesidades funcionales del diente. Varía de 0.01 a 0.35 mm. Generalmente tiene el contorno de un reloj de arena con el diámetro menor en la porción apical del tercio medio de la raíz, mas angosto del lado mesial que del distal, variación relacionada con la migración mesial de los dientes.

CEMENTO

CONSTITUCION Y FUNCION:

Es el tejido conjuntivo calcificado, especializado de origen mesenquimatoso, que cubre la superficie de la raíz anatomica del diente. Su función principal es insertar en la superficie del diente las fibras de el ligamento parodontal.

El cemento esta formado por los odontoblastos que están en la superficie del espacio de el ligamento parodontal y esta mucho más calcificado que el hueso.

Según su apariencia microscópica hay 2 tipos de cemento: Acelu-

lar y Celular.

Cemento Acelular.- Es claro y sin estructura, formado por cementoblastos que depositan su substancia, pero sin quedar en ella como sucede en el tipo celular. Durante la formación del diente y su erupción, mientras se forma el cemento, las fibras de colágeno se incorporan a él; éstas reciben el nombre de fibras de shárpey. El cemento acelular cubre la porción cervical del diente y muchas veces se extiende a la casi totalidad de la raíz, con excepción del ápice donde esta ocupada por cemento celular el cual es parecido al hueso.

La aposición del cemento es muy lenta, ya que en la edad adulta el diente suele mostrar pocas capas de aposición, ya que los cambios funcionales ejercen mucha influencia en el crecimiento del cemento.

Funciones del cemento.- 1) Mantener el diente implantado en su alveolo, al favorecer la inserción de las fibras parodontales. 2) Consiste en hacer posible, la continua reacomodación de las fibras de el ligamento parodontal. La reacomodación se efectua, gracias a la formación permanente de cemento quedando asi implantadas fibras adicionales del ligamento. 3) Consiste en compensar en parte la perdida de tejido dentario ocasionada por el desgaste oclusal. - La adición continua de tejido al nivel de la porción apical de la raíz, da lugar a un movimiento oclusal continuo y lento durante toda la vida del diente. Esta erupción vertical lenta y continua, parcialmente compensa la perdida del espesor de la corona debido a la atrición. 4) Consiste en la reparación de la raíz dentaria cuando ésta ha sido lesionada. Si la tensión no ha sido muy extensa y la causa de la misma resorción se ha removido se formará de nuevo cemento de aposición sobre el área lesionada.

HUESO ALVEOLAR.

Al hueso alveolar o pared interna del alveolo propiamente dicha

se le denomina también "lámina dura". Es compacto y delgado con numerosas soluciones de continuidad por los que atraviesan vasos sanguíneos y linfáticos, además de fibras nerviosas. La extracción dentaria suele reabsorberlo por ser un tejido bastante adaptable sujeto a las demandas funcionales del diente.

En condiciones fisiológicas normales los dientes emigran continuamente hacia la línea media. Debido a ello se efectúa resorción de la pared interna del alveolo en el lado mesial y formación de -- nuevo hueso en el distal. La resorción puede ser el resultado de una ligera compresión del ligamento parodontal por el diente en movimiento. El hueso en "manejo" así formado se debe a la presencia de fibras de Shárpey. La migración fisiológica se hace en sentido mesial y oclusal, éste último provoca formación de hueso en el fondo y cresta del alveolo.

La pérdida de la función oclusal conduce a osteoporosis. El estado denominado atrófia por desuso o atrófia funcional del hueso alveolar, consiste en el aumento de travéculas óseas vecinas a los dientes que trabajan, en contraste con la disminución de las travéculas y reducción de la altura del hueso de los dientes del antagonista.

La porción esponjosa de la ápofisis alveolar ocupa la zona entre las láminas corticales del hueso alveolar y se continúa con la capa esponjosa de los maxilares y mandíbula. El hueso es por lo tanto un tejido relativamente activo, diferente del cemento en el cual hay poca aposición de tejido.

El hueso alveolar está compuesto por osteocitos incluidos en una matriz intercelular calcificada, cada osteocito está dentro de una cavidad u osteoplasto, de la cual salen pequeños canalículos -- que se extienden hacia los osteoplastos vecinos y a las superficies óseas por donde pasan los vasos sanguíneos a través de este sistema, permeable a las sustancias intercelulares del hueso, llevan a los -

osteocitos el oxígeno y las sustancias nutricias y son eliminados - por los productos de desecho.

La matriz intercelular esta compuesta por sustancias organicas. Los componentes inorganicos están en una forma de red cristalina y - consisten en sales de calcio, magnesio, fósforo y pequeñas cantida-- des de sodio, cloro, fluór, hierro y potasio. La porción organica de la matriz consiste de fibras colágenas y una sustancia fundamental de mucopolisácarido.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES

PARODONTALES.

Existen diversidad de criterios para establecer una clasificación rigurosa de los diferentes grupos de padecimientos parodontales esto es fácil de observar, cuando se consultan obras de la especialidad de parodoncia cada autor tiene una clasificación diferente de los demás; pero todas tienen un solo propósito, tomar una norma vital en los padecimientos parodontales.

En toda clasificación las enfermedades pueden diferenciarse unas de otras por:

- A) Características Clínicas
- B) Naturaleza de cambios patológica
- C) Etiología

Sin embargo hay tendencia general a utilizar como base la naturaleza de los cambios patológicos subyacentes clasificando las enfermedades en dos grandes grupos, con subdivisiones.

I. Inflamación

- a) Gingivitis
- b) Parodontitis

II. Distrofia

- a) Atrófia por desuso
- b) Traumatismo oclusal
- c) Gingivosis
- d) Parodontosis

III. Combinaciones

- a) Parodontosis y traumatismo oclusal
- b) Parodontosis y parodontitis.

Atendiendo a lo antes expuesto y como se trata de "prevención" - resumiré las enfermedades principales de dicha clasificación. Así tenemos: gingivitis, gingivosis, parodontitis y parodontosis.

GINGIVITIS.

Significa inflamación de la encía y se le define como el cambio que sufre ésta, como respuesta ante los agentes irritantes locales y los trastornos generales o sistémicos.

Se caracteriza por las alteraciones de la encía marginal y de las papilas interdentales. Los cambios de color son signos importantes que aparecen tempranamente; mas tarde aparece inflamación y agrandamiento gingival.

En algunos casos la encía permanece blanda y edematosa, pero en otras el tejido se agranda, endureciéndose.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- A) Cambios en la contextura, pérdida del puntilleo gingival, aspecto brillante y liso.
- B) Cambios de coloración, del rosado hasta los tonos rojo y magenta.
- C) Cambios en la forma (edema)
- D) Cambios en el intersticio , ulceración del epitelio, sangrado

- E) Cambios en el margen gingival, crecimiento excesivo.
- F) Hendiduras y festones.

El proceso de la enfermedad es lento; pero tarde o temprano la encía presenta cambios.

A veces la inflamación gingival queda circundante a la region marginal sin tocar el resto de la encía.

La lesión puede permanecer estable por largos períodos sin observarse cambios clínicos importantes; sin embargo, se presentan también casos de evolución rápida.

La enfermedad gingival puede ser localizada en la encía correspondiente a un solo diente o a un grupo de dientes; y generalizada a toda la boca. De acuerdo a su situación, la enfermedad gingival puede ser: marginal, papilar y difusa.

La gingivitis marginal, interesa al margen gingival y puede incluir una parte de la encía adherida contigua.

La gingivitis papilar, limita la papila interdental. (cuando están atacadas las papilas interdenciales y el margen gingival adyacente, se habla generalmente de enfermedad gingival marginal).

La gingivitis difusa, ataca la encía marginal y adherida, la encía palatina hasta una distancia correspondiente a lo largo de las raíces.

La enfermedad gingival puede ser aguda, crónica o recurrente. La enfermedad gingival aguda se caracteriza por su aparición rápida corta duración y dolor. La enfermedad gingival es a menudo una fase menos séveta de un estado agudo; se caracteriza por una disminución

de síntomas, sin llegar a su completa desaparición. El comienzo de la enfermedad gingival crónica es insidioso, de larga duración y relativamente indoloro. Se puede considerar a la gingivitis crónica como un proceso inflamatorio del tejido gingival, que de no ser eliminado a tiempo puede avanzar a través del ligamento parodontal hacia tejidos de soporte más profundos, hasta llegar a producir destrucciones óseas. Este proceso se caracteriza por una pérdida progresiva de los tejidos de soporte dentarios, y es la causa principal de la pérdida de los dientes en personas adultas.

GINGIVOSIS.

La gingivosis es una lesión no inflamatoria de la encía caracterizada por edema inicial seguido por congestión, descamación y exposición de la raíz. Implica un fenómeno degenerativo que involucra la encía, con cambios bastante intensos y específicos para generar una entidad nosológica clínica reconocible. Esto está abierto a la especulación. Puesto que la degeneración es un fenómeno fisiológico acentuado en la enfermedad y otros estados metabólicos alterados, esta siempre está en acción en algún grado.

En otros tiempos, Tomes y Charles, Prinz, y más recientemente - Sorrin se han referido a una forma de gingivitis crónica descamativa la que probablemente deba ser considerada similar a la gingivosis.

La descamación del epitelio pavimentoso estratificado de la mucosa bucal no es, en sí un hecho desusado, que pueda producir un patrón clínico reconocible, añade autonomía a la reacción; pero no la separa como una entidad distinta.

El término "Gingivosis" ha sido popularizado por Schour y Heesler al describir un estado que observaron en niños desnutridos examinados en la Italia de la post-guerra.

Las características clínicas de la gingivitis descamativa, que son importantes, indican su mayor frecuencia en el sexo femenino. Se inicia con un enrojecimiento flácido generalizado de la encía con grados variables de dolor. No hay alteraciones diferenciales en este momento que permitan separar esta reacción de la gingivo-estomatitis herpética excepto quizá un grado menor de dolor. Con el tiempo aumenta la flaccidez y las zonas grisáceas irregulares. Esto se debe al despegamiento del epitelio con respecto al corión. Una ligera presión puede hacer que el epitelio "se pele" y quede una ligera superficie roja y sangrante. El dolor es más intenso y puede establecerse una sensación urente. Alteraciones aún más graves pueden llegar a producir un dolor intensísimo a veces resulta casi imposible actos como comer, respirar, el contacto o las variaciones térmicas.

La reacción subyacente es la inflamación, la cual, no suele mostrar una gravedad acorde con el patrón clínico agudo. Es factible que la serie particular de fenómenos observados histológicamente pueda relacionarse con una sensibilidad celular localizada a ciertos productos colaterales (Biotina, Urea, Alantoina, etc.) del proceso inflamatorio (alergia infecciosa), como ha sido observado en otras reacciones superficiales generalizadas.

En la parte superior del corión se produce una vascularización hiperémica que se extiende bien en las papilas conjuntivas. Los elementos inflamatorios crónicos están agrupados por zonas y predominan los linfocitos pequeños y plasmocitos. La membrana bucal se desintegra y el epitelio de recubrimiento se separa. Esto no es una verdadera formación vesicular, aunque a veces así se le describe. El edema es marcado y quizá la razón más importante para el despegamiento del epitelio. En realidad las alteraciones degenerativas - (perdida del poder de adherencia del tejido conjuntivo papilar) pue

de ser descrito como agudo en cuanto a su influencia destructora. Son raras las vesículas intraepiteliales y cuando están presentes, sin duda que se relacionan con una actividad viral superpuesta.

PARODONTITIS.

Es la respuesta inflamatoria de los tejidos del parodonto a los irritantes locales o factores generales con cambios tróficos - inflamatorios y destructivos de los elementos histológicos del parodonto.

Conjuntamente con la gingivitis, la parodontitis es la entidad patológica más común que encontramos en los pacientes adultos aunque a veces se encuentra en niños, en especial cuando falta una higiene bucal. Existen en la parodontitis, migración apical de la inserción epitelial, con toda la secuela de inflamación de la pared lateral de la encía, destrucción del hueso con resorción que radiográficamente es apreciable.

La diferencia entre parodontitis y gingivitis es cuantitativa y en algunos casos es difícil distinguir un caso de gingivitis que se ha extendido a una parodontitis que se inicia.

La característica principal de la parodontitis marginal es la pérdida de la cresta alveolar, lo que pone en peligro la estabilidad del diente. Debido al desarrollo de la inflamación gingival, la cresta alveolar puede ser atacada ocasionando así la resorción.

Este padecimiento ataca a veces a unos dientes vecinos; pero de ordinario todos los dientes están afectados por la enfermedad; estas posibilidades son las que dan lugar a distinguir dos tipos de parodontitis marginal que son:

A) La forma localizada, debida a la perdida de contacto de los dientes o en presencia de protesis mal ajustadas que preparan el terreno a la infecci3n.

B) La forma generalizada, una de cuyas manifestaciones es el engrosamiento del margen gingival, el cual pierde su adherencia al cuello dental, las encias sangran f3cilmente y est3n inflamadas; al presionar sobre el tejido 3seo se atrofia en su cresta en direcci3n perpendicular a la longitud del diente.

Cuando el proceso inflamatorio de la enc3a se extiende a los tejidos profundos de soporte, y parte de ese soporte, ha sido destruido, se puede hacer el diagn3stico de parodontitis. Uno de los datos caracter3sticos de la parodontitis es la bolsa parodontal, la profundidad de la bolsa en la membrana parodontal, es acompa3ada de resorci3n de la cresta alveolar.

El diagn3stico cl3nico de la parodontitis se basa en la inflamaci3n gingival, en la formaci3n de bolsas y su exudado purulento, en la resorci3n de la cresta alveolar, 3stas son las caracter3sticas cl3nicas m3s importantes de 3sta enfermedad.

Cuando en este padecimiento se encuentran resorciones 3seas de tipo vertical se debe a una de estas dos condiciones:

- 1.- La parodontitis esta asociada con alguna enfermedad organica.
- 2.- Efectos de la mala oclusi3n o alg3n otro factor local. No hay migraci3n dental; pero si resorci3n lenta del tejido 3seo desde el margen alveolar, uno de los primeros s3ntomas es la movilidad de los dientes.

Los síntomas y signos de la enfermedad denominada parodontitis son semejantes a los de la gingivitis además debido a la destrucción de la cresta ósea y el cambio consiguiente en la localización del margen gingival, dicho signo puede estar modificado. La bolsa puede ser mas profunda con su base localizada en la superficie del cemento de la raíz. Por regla general, las bases de éstas se localizan por encima de la cresta alveolar, denominándoseles bolsas -- supraoseas; pero también pueden encontrarse por debajo, en tal caso serán llamadas infraoseas.

Las alteraciones tempranas se producen en la cresta interdental adyacente al sitio del riego sanguíneo interdental y de los vasos linfáticos y pronto se forma un defecto a manera de cráter. El resultado se observa en el examen radiográfico y consiste en la pérdida de la lámina dura en la región de la cresta.

Al acentuarse la enfermedad del diente, éste se hace menos firme sufriendo pérdida de estabilidad. La estabilidad, la pérdida del -- contacto y migración, son mas frecuentes cuando los síntomas estan relacionados con las lesiones del aparato de inserción.

La profundidad de la bolsa varía según la migración hacia apical de la adherencia epitelial, y de la separación y reacción del margen gingival. Los abscesos parodontales son frecuentes cuando -- existe pérdida de desagüe de la bolsa, cuando el exudado no puede -- salir de la cavidad bucal.

La bolsa parodontal tiene por un lado la superficie del diente con su cuerpo expuesto cubierto por depositos de sarro, el otro lado esta formado por la encía con diferentes grados de inflamación. A nivel de la bolsa el cemento se encuentra reblandecido y los depositos constan de una matriz orgánica impregnada de sales inorgánicas.

El progreso del proceso inflamatorio en las capas más profundas es el dato más característico de la parodontitis. Se sabe que los vasos sanguíneos de la encía y del ligamento parodontal, se originan en las arterias alveolares y penetran hacia el septum interdental o intrarradicular, como se observa frecuentemente en las radiografías de la región de los incisivos y se extienden hasta la encía también envían ramas al ligamento parodontal.

En la cresta alveolar, los vasos llegan hasta la lámina dura. Cuando existe un proceso inflamatorio como en la parodontitis, también las toxinas siguen el curso de estos vasos. El proceso inflamatorio se extiende hasta los procesos medulares óseos, pues sigue el curso de los vasos sanguíneos; las toxinas derivadas del proceso inflamatorio (toxina bacteriana de la bolsa), son llevadas a las zonas más profundas, lo que explica en parte, la resorción de la cresta alveolar. El aumento de presión en la zona, el edema, la tumefacción, la hiperemia activa y pasiva y las enzimas proteolíticas, son la causa de la resorción del hueso; sin embargo, la penetración de toxinas hasta los tejidos más profundos, también pueden producir resorción ósea. Las toxinas quizá afecten la vitalidad de los osteocitos, directa o indirectamente a través de los cambios del riego sanguíneo. La reacción inflamatoria, sigue el curso de los vasos sanguíneos hasta los espacios medulares y el tejido medular normalmente.

PARODONTOSIS.

La parodontosis es una enfermedad rara debida a destrucción i--
deopática del paradonto; se inicia en una o más de las estructuras-
paradontales con emigración y movilidad de uno, un grupo o todos los
dientes, con proliferación apical de la inserción epitelial y resor-
ción irregular de hueso en dirección vertical.

Baer la definición como una enfermedad del paradonto que se puede -
producir en adolescentes sanos, que se caracteriza por una rápida --
perdida del hueso alveolar en más de un diente de la dentición per--
manente. Se presenta en dos formas básicas. En una, los únicos dien-
tes afectados son los incisivos y primeros molares. En la otra, más-
generalizada, afecta gran parte de los dientes. La magnitud de la --
destrucción no guarda relación con la cantidad de irritantes locales
presentes.

Sin nuevos depositos de cemento, no es posible el reemplazo de -
fibras paradontales desgastadas, el hueso alveolar se resorbería por
falta de estímulo y los espacios medulares agrandados coalescerían -
con el ligamento paradontal, con el resultado de un espacio parodon-
ensanchado.

Mucho se ha escrito en una tentativa por identificar y explicar-
un factor general, presumiblemente importante responsable de la le--
sión destructiva inicial. Tales intentos han sido infructuosos, como
era de esperar a la luz de los conceptos actuales del comportamiento
fisiológico de los tejidos blandos y calcificados, es verdad que -
ninguna circunstancia aislada puede ser culpable de la enfermedad, -
la falta de capacidad de conservación de algunos tejidos es compren-
sible a la luz de los recientes conocimientos sobre el síndrome ge -

neral de adaptación. Es totalmente razonable suponer que la lesión inicial en la parodontosis se produce en aquellos tejidos que momentáneamente o no, pierden su capacidad de sostener y conservar su aptitud funcional en estados fisiológicos alterados. Esto da por resultado un comportamiento inferior, que a menudo genera síntomas y destrucción de tejidos en circunstancias que no suelen ser consideradas como representativas de una enfermedad.

La parodontitis no se reconoce clínicamente en sus fases incipientes, si bien la radiografía revelaría una pérdida ósea localizada. El primer signo clínico es una bolsa profunda, con frecuencia en un solo diente, con el hueso del adyacente normal. En realidad, este es el comienzo de la fase final en el desarrollo de la enfermedad. En este punto, los líquidos, microorganismos y residuos bucales penetran en la bolsa, a continuación aparecen los síntomas inflamatorios. A medida que la parodontosis avanza desde sus etapas iniciales se observa resorción ósea antes de que haya bolsa clínica. Las alteraciones óseas comienzan en la cresta del proceso alveolar, o cerca de ella. La rápida resorción ósea ensancha el espacio parodontal y abre los espacios medulares del hueso en los cuales el ligamento parodontal desorganizado coalésce con el tejido medular, que se ha transformado de adiposo en fibroso,

La degeneración y pérdida de las fibras principales del ligamento parodontal son pronto seguidas por la proliferación epitelial a lo largo de la superficie radicular.

Los cambios degenerativos en el tejido conectivo del ligamento parodontal o la formación del tejido de granulación genera presión sobre la superficie del diente y forzan la corona dental fuera de su posición normal; con frecuencia la extruyen hacia un lugar donde la fuerza oclusal tiene efecto traumático sobre el tejido de soporte.

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES

PARODONTALES.

Cuando nos ocupamos de la etiología de las enfermedades parodontales, nos interesa primordialmente las causas o factores que desencadenan dicha enfermedad, de modo que si pudiéramos eliminar estas causas, podríamos prevenir o curar la enfermedad.

Las causas o factores que afectan o intervienen en la salud del parodonto las podemos clasificar en: locales, generales o sistémicas. Existe un tercer factor que no se toma en cuenta y que es el psíquico el cual yo considero que también repercute en el parodonto

CAUSAS LOCALES.

Las causas locales son aquellas que están situadas en el medio inmediato al diente y sus estructuras de soporte. Actúan mediante una influencia irritante directa y cualquier disminución de la resistencia y de la reparación, permite que la lesión siga su curso según la gravedad e intensidad del irritante. Aquí vamos a incluir los factores inconscientes y funcionales que corresponden a la masticación, deglución y fonación.

HIGIENE BUCAL Y DEPOSITOS CALCIFICADOS Y NO CALCIFICADOS.

En la actualidad está altamente comprobado, que una higiene bucal inadecuada es la responsable del alto índice de gingivitis y parodontitis.

Es frecuente que la placa bacteriana y los depósitos calcifica-

dos esten asociados con la pérdida ósea, y se les puede considerar como los factores etiológicos principales de la enfermedad paradontal inflamatoria. Provoquen destrucción o no, son tal comunes que se les considera como parte del medio bucal.

CONSISTENCIA DE LA DIETA.

Los alimentos blandos o adhesivos que tienden a acumularse entre los dientes y sobre la encía pueden ser una de las causas de inflamación del parodonto. Experimentos con animales han confirmado esta observación clínica.

POSICION Y ANATOMIA DENTARIA E IMPACTACION DE ALIMENTOS.

Las irregularidades de la posición dentaria o su inclinación -- pueden provocar la impactación, la penetración y la retención de -- placa y alimentos, aunque la dieta no sea blanda o adhesiva.

Frecuentemente, los dientes en mala posición, superpuestos, inclinados o desplazados, están asociados a retención de alimentos. -- Las caries, las restauraciones incorrectas o los defectos congéni-- tos, tales como coronas en forma de campana también predisponen a -- la lesión del parodonto.

TRATAMIENTO DENTAL INADECUADO.

La mala técnica empleada por el cirujano dentista, puede originar la irritación. El cepillado incorrecto usando además un dentífrico abrasivo, es causa de la resección apical de la encía y de la abrasión de la superficie de los dientes. Las prótesis mal diseñadas, los márgenes desbordantes o lesiones causadas por el tratamiento dental provocan o inician una enfermedad paradontal.

APARATOS DE ORTODONCIA.

Los aparatos de ortodoncia pueden producir irritación o entorpecer la realización de una buena higiene bucal.

Desde hace tiempo se asocia al tratamiento de ortodoncia prolongado, con la generación de enfermedad parodontal inflamatoria o traumática.

HABITOS.

Los hábitos bucales lesivos, tales como morder hilos, uñas o lápices, contribuyen a la gingivitis y la parodontitis. El uso descuidado de medicamentos y productos para la higiene lesiona los tejidos y, de esa manera, disminuye la resistencia a la agresión bacteriana

El empuje lingual, causa mal posición dentaria o recesión gingival. La respiración bucal o el cierre incompleto de los labios - tiende a dar un aspecto eritematoso brillante a la encía.

ANATOMIA DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

Los factores anatómicos que pueden predisponer a la enfermedad incluyen las anomalías relacionadas a la forma de los tejidos blandos o a sus relaciones especiales con los dientes.

La inserción alta de frenillos y musculos favorece la acumulación de residuos en los márgenes gingivales o impide el cuidado dental en el hogar. También los vestíbulos pequeños y las zonas de encía estrechas e inadecuadas predisponen a la enfermedad. La encía delgada de textura fina, puede ser fácilmente lesionada durante la masticación o el cepillado, produciéndose recesión de los márgenes gingivales.

CAUSAS GENERALES.

Las causas generales o sistémicas de una enfermedad parodontal, presuponen que la totalidad del organismo interviene en la evolución de la enfermedad parodontal, o sea que cualquier alteración en el organismo afecta a los tejidos bucales. Sin embargo, aunque la enfermedad parodontal pueda tener origen sistémico, el papel que desempeñan estas causas intrínsecas será valorado a criterio del cirujano dentista, que es quien puede precisar más acertadamente la etiología de algún caso de parodontopatía que se le presente. Sin lugar a dudas, la enfermedad parodontal, es un desequilibrio producto de la acción recíproca de causas locales y causas sistémicas.

Esta acción recíproca, se explica ya que las manifestaciones clínicas de enfermedad son el producto de una agresión física, química o microbiana. La influencia de ésta agresión exógena será modificada por la resistencia huésped; por ejemplo, no todas las personas son igualmente susceptibles a enfermedades contagiosas como el sarampión y, por eso, no todas las que se pongan al virus contraerán la enfermedad. Del mismo modo, si la placa fuera la única causa de enfermedad parodontal, habría una equivalencia total entre la placa y la enfermedad parodontal, así pues, todos los pacientes con placa, tendrían parodontitis y aquel que no la tuviera no tendría la enfermedad; por lo general, la presencia de placa está asociada con la inflamación, pasa que en algunos casos hay placa; pero no enfermedad, y en otros casos se produce la enfermedad existiendo muy poca placa. Por lo cual se deduce que la placa no es la única causa de enfermedad parodontal.

Es más factible que existan diferentes agresiones locales que actúan sobre un huésped con alteraciones mínimas en una cantidad de procesos metabólicos. Por ejemplo, se pueden hallar placa y cálculo

impactación de alimentos, trauma parodontal y mala higiene bucal en un paciente con trastornos metabólicos menores múltiples; pero, como las causas locales se conocen mejor, se prestan más al tratamiento y se explica mejor. Esto no implica que no se pueda actuar sobre las causas sistémicas; sino, que no se les conoce en igual medida para tratarlas con mayor amplitud.

Para detectar la resistencia del huésped y las causas sistémicas nos valemos de las siguientes fuentes de información:

- 1) Historia médica del paciente
- 2) Examen
- 3) Pruebas clínicas
- 4) Historia natural de la enfermedad

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE.

Un buen interrogatorio del paciente, nos proporciona una información valiosa referente a su estado físico actual o nos da la clave para descubrir enfermedades no detectadas. Algunas veces, la historia sugiere que hay una disminución de la resistencia del huésped aunque no revele el factor biológico específico. Aún cuando existan formatos con cuestionarios médicos, dan lugar a omisiones si se les utiliza rutinariamente. Aunque la entrevista no es un examen, siempre es importante, que el paciente nos relate sus antecedentes y síntomas aunque no serán con toda exactitud.

EXAMEN.

El dentista está inhibido de hacer la valoración total de la salud del paciente, mientras no sea capaz de efectuar un examen físico e interpretarlo correctamente. Sin embargo, no hay razón para que no pueda pedir una consulta médica cuando lo considere necesario. Además, el examen médico de rutina puede no aportarle alguna información complementaria. Cuando hay hallazgos positivos específicos, pueden tener relación con el estado dental.

Cuando aparece algún signo de enfermedad general y bucal se pueden establecer relaciones importantes, por ejemplo, las deficiencias nutricionales de proteínas y calorías se relacionan con la enfermedad parodontal. Es posible relacionar la hemorragia gingival con contusiones, y es factible asociar la movilidad dentaria con el metabolismo del ácido ascórbico o de los carbohidratos. La experiencia clínica nos indica que la presencia de cambios de forma, color, consistencia y disposición de los tejidos sugiere un trastorno sistémico, aunque el examinador no pueda determinar la deficiencia específica.

PRUEBAS CLINICAS.

Aunque el uso frecuente de las pruebas de laboratorio raras veces aporten algo, éstas son de gran valor cuando el examinador sospecha alguna patología intrínseca específica.

No aparecieron resultados sorprendentes cuando se hicieron las pruebas clínicas de rutina en pacientes con enfermedad parodontal. Este hecho podría indicar que los pacientes con enfermedad se hallan intrínsecamente bien, lo cual sería restarle importancia a las pruebas de laboratorio, ya que en combinación con las demás fuentes de información nos señalan que el 92% de los pacientes supuestamente sanos están afectados por alguna enfermedad. Se supone que cuando existen factores intrínsecos específicos y están asociados con enfermedad parodontal, la medicación sistémica o intrínseca curaría la enfermedad; pero esto no ha sucedido; sin embargo, cuando se modificó adecuadamente alguna deficiencia extrínseca, el tratamiento local fue más eficaz.

Además, con excepción de cambios gingivales en enfermedades intrínsecas, tales como leucemia, deficiencias nutricionales. dia-

betes y trastornos óseos, poco es lo que se sabe sobre la relación precisa entre factores intrínsecos y enfermedad parodontal.

FACTORES PSIQUICOS.

Los factores psicosomáticos y las manifestaciones parodontales se relacionan cada vez mas. Las modificaciones que se producen en la saliva debido a la ansiedad y problemas emocionales de un individuo confirman ésta influencia. El cirujano dentista puede notar que muchos hábitos se desarrollan durante los estados de temor emocional.

Tres grandes grupos de relaciones psicosomáticas son enumeradas por Miller:

- 1) Enfermedades parodontales que causan alteraciones psíquicas.
- 2) Factores psicógenos que causan o agravan una enfermedad parodontal.
- 3) Efectos prolongados en ambas direcciones. Esta es la que se observa en la mayoría de los casos, salvo en sus inicios.

En la gingivitis ulcero-necrosante es motivo de mucho estudio, la influencia psíquica como factor etiológico de ésta enfermedad. - La importancia de la fatiga y de la nerviosidad en la precipitación de la enfermedad han sido señaladas por Schluger. Moulton y colaboradores informaron que un estado de ansiedad aguda era la característica predominante en el desencadenamiento del grupo de lesiones agudas estudiadas.

La cantidad de enfermedades emocionales en éste grupo ha sido - impresionante; esto tiene especial importancia, pues los casos se - seleccionaron según su lesión gingival y no por sus síntomas psíquicos.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

El individuo es capaz de reaccionar ante una influencia nociva de tres maneras:

- 1) Resiste
- 2) Sucumbe
- 3) Se adapta.

Esta resistencia, muerte o adaptación es una característica básica de las células vivas y esta al mando de muchos factores.

Las respuestas pueden ser afectadas o alteradas por la función de las glándulas endócrinas, el sistema nervioso autónomo o la circulación sanguínea.

CLASIFICACION DE CAUSAS LOCALES Y GENERALES.

Aunque es posible que los factores intrínsecos contribuyen a la producción de la enfermedad parodontal, es difícil valorar su papel exacto. Las causas sistémicas se dividen en factores demostrables y no demostrables.

Algunas enfermedades demostrables han sido asociadas con parodontopatías. Entre ellas encontramos diabetes no controlada, leucemia, deficiencias nutricionales patentes, cambios endócrinos en embarazo y pubertad, mononucleosis infecciosa, stress, hiperqueratosis palmoplantar e hipofosfatasia. Los factores de desequilibrio metabólicos menores no son demostrables aunque influyen en la respuesta del huésped ante una agresión.

Entre las causas etiológicas o complicantes de la enfermedad parodontal tenemos:

CAUSAS O FACTORES LOCALES.

I) BACTERIANOS

- 1.- Placa
- 2.- Cálculo
- 3.- Enzimas y productos de descomposición
- 4.- Materia alba
- 5.- Residuos de alimentos

II) MECANICOS

- 1.-Cálculo
- 2.- Impactación y retención de alimentos

- A) Contactos abiertos y flojos
- B) Movilidad y dientes separados
- C) Dientes en mal posición
- D) Mecanismo de cúspide impelente

- 3.- Márgenes desbordantes de obturaciones, prótesis mal diseñadas o desadaptadas.
- 4.- Consistencia blanda o adhesiva de la dieta
- 5.- Respiración bucal
- 6.- Mala higiene bucal
- 7.- Malos hábitos
- 8.- Métodos de tratamiento dental inadecuados
- 9.- Trauma accidental

III) BACTERIANOS Y MECANICOS COMBINADOS

- 1.- Cálculo
- 2.- Margen desbordante

IV) PREDISPOSICION ANATOMICA

- 1.- Mala alineación dentaria
- 2.- Inserción alta de frenillos o músculos
- 3.- Vestíbulo somero
- 4.- Zona de encía insertada funcionalmente insuficiente
- 5.- Encía delgada, de textura fina, o margen gingival grueso
- 6.- Exostosis o rebordes óseos
- 7.- Relación corona raíz desfavorable

V) FUNCIONALES

1.- Función insuficiente

- A) Falta de oclusión
- B) Masticación excesiva
- C) Parálisis muscular
- D) Hipotonicidad muscular

2.- Sobrefunción y parafunción

- A) Hipertonicidad muscular
- B) Bruxismo
- C) Trabamiento y rechinamiento
- D) Trauma accidental
- E) Cargas excesivas sobre dientes pilares

CAUSAS O FACTORES SISTEMICOS

I) DEMOSTRABLES

1.- Disfunciones endócrinas

- A) De la pubertad
- B) Del embarazo
- C) Posmenopaúsicas

2.- Enfermedades Metabólicas

- A) Deficiencia nutricional
- B) Diabetes
- C) Hiperqueratosis palmoplantar
- D) Neutropenia cíclica
- E) Hipofosfatasa
- F) Enfermedad debilitante

3.- Trastornos psicossomáticos o emocionales

4.- Drogas y venenos metálicos

- A) Difenilhidantoína
- B) Efectos hematológicos
- C) Alergia
- D) Metales pesados

5.- Dieta y nutrición

II) NO DEMOSTRABLES

1.- Resistencia y reparación insuficientes

2.- Deficiencia metabólicas, hormonales y emocionales

- A) Fatiga
- B) Stress

PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES

PARODONTALES.

Conocidos ya los factores etiológicos responsables de las enfermedades parodontales, siendo la causa más importante de la pérdida de dientes en la población adulta; nos damos cuenta que, si son evitados con medidas oportunas y procedimientos idóneos, que luego indicaremos, dicha enfermedad parodontal, puede ser prevenida en gran proporción.

La mayoría de los parodontistas informan que, según se ha concluido en observaciones clínicas e investigaciones, casi todas las enfermedades parodontales pueden ser prevenidas y tratadas.

Prevención primaria.- La prevención de toda enfermedad se basa en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, la comprensión de la prepatogenia y la patogenia del proceso patológico. La enseñanza del control de la placa, el examen y la profilaxia bucales periódicos, y las medidas para aumentar la resistencia de los tejidos periodontales a lesión e infección antes de la aparición de la enfermedad se denominan prevención primaria.

Prevención secundaria y terciaria.- La prevención secundaria se debe realizar una vez iniciado y reconocido el proceso patológico mediante tratamiento inmediato; y aún se puede conseguir el control cuando la enfermedad está en fases avanzadas mediante la prevención terciaria. Los procedimientos de la fase terciaria se establecen pa-

ra evitar mayores daños. En las fases tardías, la rehabilitación desempeña un papel preventivo.

Las fases de prevención (primaria, secundaria y terciaria) se dividen en los siguientes niveles, según Laevell y Clark:

- 1) Promoción de la salud
- 2) Protección específica
- 3) Diagnóstico temprano y rápido tratamiento
- 4) Limitación de la incapacidad
- 5) Rehabilitación

APLICACION DE LOS NIVELES DE PREVENCION.

La promoción de la salud tiene por objeto mejorar la resistencia de los tejidos mediante buena nutrición, educación de la salud general y bucal, motivación para el mantenimiento de una buena higiene bucal, y mejores condiciones de vida.

La protección específica contra la enfermedad bucal se consigue mediante la profilaxia bucal regular y periódica, y procedimientos de higiene bucal correctas y eficaces. Ya hay cierta información que indica que el fluor puede ayudar a crear resistencia del hueso alveolar a la enfermedad periodontal.

Diagnóstico temprano y rápido tratamiento, para impedir un avance mayor una vez que la enfermedad comienza, se harán exámenes clínicos y radiográficos periódicos de los tejidos bucales para diagnosticar las lesiones periodontales incipientes. Una vez diagnosticados, el rápido tratamiento, si se hace, se convierte en un procedimiento preventivo y seguro.

Limitación de la incapacidad y rehabilitación.- éstas medidas

de rehabilitación tienden a prevenir en mayor avance de la enfermedad e incapacidad, si la enfermedad ha escapado al diagnóstico y ha avanzado.

En estos niveles los procedimientos del tratamiento periodontal se harán para tratar de prevenir el progreso ulterior de la enfermedad. Hasta ahora, el procedimiento mas prometedor para la prevención de la enfermedad periodontal es el control de la placa.

Existen factores intrínsecos y extrínsecos que nos ayudan a determinar el potencial de resistencia del parodonto, especialmente en caso de traumatismo parodontal.

La estructura parodontal en pacientes susceptibles, con enfermedades orgánicas establecidas, serán también generalmente más afectadas por la irritación mecánica local.

El sarro supragingival y la materia alba, son las causas más comunes de irritación de los tejidos parodontales. De estas acumulaciones pocas personas se encuentran libres, pues al ser depositados, ocasionan daños a la encía, de manera lenta; pero progresiva, la curación espontánea no ocurrirá mientras estos depositos permanezcan sobre los dientes.

Los conceptos expuestos, nos conducen a establecer un plan de trabajo que es iniciado con el estudio del paciente. Con estos fundamentos, vamos a enumerar un cuadro referente a la prevención de las enfermedades parodontales.

I.- Eliminación de los irritantes locales.- Sarro, (profilaxis-oral) restauraciones defectuosas; empaquetamiento alimenticio.

PROFILAXIS ORAL.- El término en sentido estricto, designa la utilización de todos los métodos disponibles para prevenir cualquier tipo de enfermedad oral; pero en parodoncia se utiliza para designar los procedimientos de eliminación de sarro y otros depositos, además de pigmentaciones y pulido de las superficies dentarias, estos procedimientos contribuyen considerablemente a la prevención - de algunas formas de enfermedad parodontal y son por lo tanto benéficos para el paciente.

CORRECCION DE RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.- Deben considerarse las siguientes interrelaciones específicas entre la operatoria - dental y el parodonto.

A) El margen gingival, así como la totalidad de la restauración debe ser lisa. Los márgenes excedentes irritan la encía, y retienen la comida. También son perjudiciales los bordes de las cavidades no obturadas.

B) Contorno proximal, el contorno de las restauraciones en las caras proximales deberá restaurar también el área de contacto esto es imprescindible para evitar el empaquetamiento de comida.

C) El contorno vestibular debe restablecerse de tal modo que - el bolo alimenticio pase por encima del margen gingival durante la masticación. Restauraciones demasiado planas en el tercio gingival de esta cara, favorecen la irritación proveniente del impacto alimenticio en el surco gingival, con lacereción de este borde.

D) Contacto funcional.- Las restauraciones deben adaptarse a - todas las excursiones de la mandíbula. Debe darse a las inclinaciones cuspídeas el efecto que el desgaste funcional produce sobre ca

da diente, con lo que se evitarán contactos prematuros en la función que son factores potenciales de trauma para el parodonto.

EMPAQUETAMIENTOS ALIMENTICIOS.- La profundidad del área de contacto con el plano oclusal, disminuye la frecuencia y tendencia al empaquetamiento en el surco intermarginal, por ser más pequeño. La falta del área de contacto o una mala relación proximal favorece el empaquetamiento de alimentos. Por lo tanto, debemos insistir en la necesidad de realizar correcta operatoria dental para librar al parodonto de irritaciones y por consecuencia prevenir parodontopatías.

II.- Higiene dental cuidadosa.- Después de eliminadas las causas locales de irritación y mejoradas las condiciones sistémicas - el dentista debe enseñar al paciente las técnicas para lograr conservar los tejidos de soporte en estado de salud.

Debe aconsejarse a los pacientes que se acostumbren a terminar sus comidas con alimentos duros y fibrosos, como manzanas o ensaladas frescas con el objeto de proveer el estímulo superficial que le falta a la encía cuando se alimenta el paciente con dieta blanda. Se han sugerido muchas formas de ayudar a provocar ese estímulo por medio de " cuidados caseros ". Estos, son de la responsabilidad exclusiva del paciente y debemos procurar que así lo comprendan. Si no hay cooperación, los efectos benéficos de los mismos serán negativos.

Aunque la responsabilidad sea muy personal, ello no absuelve al dentista, quien tiene la responsabilidad de aconsejar al paciente, instruirlo y vigilarlo. Al aconsejar, es imperativo que el odontólogo inspire entusiasmo; de lo contrario, el paciente no pon

drá interés en el cuidado de su boca.

CEPILLADO.- El cepillado de los dientes y encías mediante una técnica adecuada, inmediata al terminar cada comida, o por lo menos dos veces al día, es uno de los factores más importantes en la prevención de las parodontopatías. El cepillado de los dientes tiene por objeto extirpar la placa bacteriana de los mismos, así como de los bordes y surcos gingivales para evitar la formación de sarro; y estimular el riego sanguíneo de las encías y favorecer la queratinización por medio del masaje.

El odontólogo debe instruir al paciente en la técnica de cepillado correcta. La manera más eficaz para asegurarnos de que ha comprendido nuestras instrucciones, es observarlo cuando lo ensaye ante nosotros.

Esta demostración puede hacerse por medio de modelos y después se le muestra en su propia boca por medio de un espejo para que pueda seguir con cuidado todos los movimientos que se hacen. Después se le pide que ensaye, mientras nosotros sostenemos el espejo. Es importante hacerle notar al paciente que el cepillo hace solo el 50 % del trabajo. Se obtendrá solo el 100 % de eficacia únicamente si además de cepillado se hace la limpieza interdentalia.

La vigilancia de la práctica, no termina con la instrucción inicial; es conveniente revisarla una semana después. En esta ocasión, el paciente deberá haber dominado el ejercicio y ejecutarlo fácilmente. Si aún no lo domina bien, es síntoma de que no lo ha practicado; se le advierte entonces de lo inconveniente de su actitud. Cuando el curso de adiestramiento ha sido terminado, se citará al paciente cada tres meses.

Control de Placa.- El control de placa es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes. Constituye la mejor manera de prevenir las enfermedades parodontales y la formación de cálculos.

El modo más seguro de controlar la placa es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentríficos, astringentes, enjuagatorios y otros elementos auxiliares importantes en la limpieza dental.

Una ayuda muy valiosa para que el paciente pueda detectar la cantidad de placa acumulada en sus dientes son las soluciones o agentes reveladores, como resulta difícil distinguir la placa, se aplican colorantes para hacerla fácilmente visible.

Se pueden usar colorantes tales como fucsina básica, pardo bismark o eritrosina, ésto facilita los esfuerzos del paciente para eliminar la placa.

Las soluciones y tabletas reveladoras por ejemplo fucsina básica al 0.3 % imparten un color rojo brillante a la placa, las pigmentaciones y los depósitos calcificados, también tiñen los margenes irregulares de obturaciones plásticas y la mucosa de los labios carrillos, lengua y piso de la boca.

Algunos pacientes objetan el empleo regular de las soluciones reveladoras porque su color sobre las mucosas queda por varias horas. Las tabletas reveladoras, por el contrario no imparten una coloración tan duradera; pero no tiñen la placa con tanta nitidez haciendo que su detección sea mas difícil.

Cuando se usa fucsina básica como solución reveladora, se disuelven 10 gotas en 30 ml. de agua con lo cual se va a enjuagar - el paciente durante 30 segundos vigorosamente, después deberá enjuagarse varias veces con agua para quitar el exceso de colorante. Entonces, se hace el examen.

Cuando se usan tabletas reveladoras, el paciente debe masticar bien las tabletas, mezclándola con saliva y después moverá el líquido vigorosamente en la boca durante un minuto.

Posteriormente se llevará a cabo un programa de instrucción al paciente consistente en visitas diarias en las cuales se llevará un registro del índice de placa para mostrar la mejoría al paciente. El índice de placa tiene un papel motivador muy importante en la prevención de la enfermedad.

Condiciones que debe llevar el cepillo.- cabeza mediana, man go recto, cerdas rectas y colocadas en seis penachos a lo largo, y dos o tres a lo ancho. Pueden ser naturales o sintéticas, se - prefieren las naturales. El uso de fibras blandas o duras depende mucho del método de cepillado y de la habilidad del paciente ya que la eficacia o el potencial lesivo de cualquier tipo de ce pillo, depende de como se les usa. Es recomendable que las pun - tas de las cerdas sean redondeadas ya que son más seguras que - las de corte plano y bordes cortantes.

La frecuencia del cepillado debe ser: por la mañana al levan tarse, después de cada comida y antes de acostarse.

Hay muchos tipos de cepillos eléctricos; hay algunos que tie nen movimientos circulares y otros en línea recta, usados adecua damente son benéficos para la encía.

Estadísticas indican que este tipo de cepillos son más eficientes para individuos impedidos y para la limpieza alrededor de los aparatos de ortodoncia, ayudan a la salud gingival y son menos abrasivos, pero no están totalmente aceptados. Ya que su manejo no es de fácil comprensión para el paciente; otra de las causas por las cuales este tipo de cepillo no es aceptado es el factor económico.

Fueron propuestas varias técnicas de cepillado y no todas son aconsejables, por lo cual no se debe insistir excesivamente sobre las técnicas, ya que los odontólogos las recomiendan principalmente según sus preferencias personales.

Es más importante reconocer si los dientes están limpios o no después del cepillado y la limpieza interdientaria, que adquirir destreza en una determinada técnica de cepillado. Por lo tanto, es importante que sean introducidas técnicas especiales, que específicamente apunten a la higiene interdientaria. Hay ciertos principios generales que pueden ser aplicados a la mayoría de los casos, pero como no hay dos denticiones idénticas tampoco ninguna de las técnicas de limpieza es adecuada para todas las denticiones. Por lo tanto, hay que establecer un programa específico de higiene bucal para cada paciente.

En algunos casos está indicada la combinación de las características de una o más técnicas. Cualquiera que sea la que se use su objetivo debe ser limpiar y dar masaje. En todas las técnicas la boca se divide en dos secciones; se comienza por la zona molar superior derecha y se cepilla por orden hasta que queden limpias todas las superficies accesibles. Continuamos el cepillado con los dos premolares superiores y el canino seguido por el incisivo lateral y el central, entonces se cepilla la región de la

línea media; en esta forma seguimos cepillando hasta terminar en la zona de molares del lado izquierdo; después cepillamos en la misma forma por palatino, y posteriormente repetimos la misma operación en la arcada inferior. Las caras oclusales, las vamos a cepillar en el mismo orden, llevando el cepillo de atrás hacia adelante para eliminar y limpiar estas superficies de todo detritio alimenticio. Se aconseja que cada área abarque tres dientes - como máximo.

TECNICAS DE CEPILLADO:

Stillman.- se coloca el cepillo con las cerdas descansando - parte en la encía y parte en la porción cervical de los dientes, las cerdas deben de estar colocadas oblicuamente al eje mayor - del diente y dirigidas apicalmente, se presionan con ellas el - margen gingival hasta lograr izquemia, luego se deja de presio- nar para que la sangre vuelva a ella; las caras oclusales se - limpian haciendo círculos sobre ellas con las cerdas colocadas perpendicularmente al plano oclusal penetrando en los surcos y en los espacios interproximales sin levantar el cepillo.

Stillman Modificado.- La acción vibratoria de las cerdas se complementa con un movimiento de barrido. En el método original toman el margen gingival y la porción cervical del diente; en - la modificación el movimiento empieza en la encía insertada cerca de la unión con la mucosa alveolar y abarca encía insertada, y diente. Esta técnica es más efectiva y reduce las posibilida - des de traumatizar la encía marginal.

Charters.- Vamos a colocar el cepillo sobre el diente, con una angulación de 45° ; con las cerdas dirigidas hacia la corona. - Después se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el márgen gingival conservando el ángulo de 45° .

Después vamos a girar el cepillo levemente, de modo que los costados de las cerdas presionen en el margen gingival haciendo un movimiento de barrido, y repitiendo este procedimiento área por área. Para limpiar las superficies oclusales, fuercense suavemente las puntas de las cerdas dentro de los surcos y fisuras y activaremos el cepillo con un movimiento de rotación.

Fones.- Con esta técnica el cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía; el mango del cepillo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies dentarias vestibulares. Después se mueve el cepillo en sentido rotatorio, con los maxilares ocluidos, abarcando diente y encía.

Bass.- Esta técnica se lleva a cabo con cepillo blando y se enfoca a la limpieza del surco. Se coloca la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, con una angulación aproximada de 45° respecto del eje mayor de los dientes y se presionan los extremos de las cerdas dentro del surco gingival y sobre el márgen gingival, asegurándose de que las cerdas penetren todo lo posible entre el espacio interproximal y actívese el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás, contando hasta diez, sin descolocar las puntas de las cerdas. Esto lo llevaremos a cabo en el orden antes mencionado empezando en la zona molar superior derecha.

Técnica fisiológica o de Smith y Bell.- Esta es una técnica en la cual se hace un esfuerzo por cepillar la encía de manera comparable a la trayectoria que siguen los alimentos en la masticación. Esto comprende movimientos suaves de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la mucosa gingival insertada.

Cuidado del Cepillo.- Debe lavarse con agua fría a presión, inmediatamente después de usarse, con el objeto de remover residuos de pasta dentífrica o de alimentos. Las cerdas deben de ser " sacudidas " o secadas al máximo: de modo, que no queden húmedas para que cuando se vuelva a usar, las cerdas del cepillo estén firmes y en óptimas condiciones para hacer bien su función de limpieza y masaje. Se cuelga para que se seque; no debe guardarse cerrado, pues se fomenta el crecimiento de bacterias al conservarse el calor o la humedad. Es por ésto que se aconseja también que el paciente tenga tres cepillos personales, uno para cada comida; así estarán todavía más firmes y en buenas condiciones las cerdas. Es de suma importancia recalcar al paciente - que debe pasar el cepillo sobre la lengua, ya que es el lugar predilecto para la proliferación de bacterias y la región olvidada en su limpieza por todos los pacientes.

Todo cepillo, debe ser, de uso personal exclusivamente y cambiarse cada dos meses mínimo.

Dentífricos.- Los dentífricos son elaborados en forma de jabones, pastas, polvos o líquidos. Su función es ayudar a la limpieza de los dientes y pulir las superficies 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. Es conveniente agregar unas palabras sobre la pasta dental. Dígase al paciente que los dentífricos pueden producir abrasión dentaria y pueden originar recesión gingival si los usa en exceso y vigorosamente.

Lo que se puede exigir de un dentífrico destinado a la higiene de la boca puede concentrarse en la siguiente forma:

1) Debe favorecer al deslizamiento del cepillo sobre las superficies dentales y gingivales.

2) Consistencia suficiente para desalojar los residuos alimenticios.

3) Saponificación, emulsionar y disolver grasas.

4) Que sea alcalino o antiácido, ligeramente antiséptico sin que llegue a lesionar los tejidos.

5) No debe ser cáustico.

6) No debe ser abrasivo.

7) Debe tener sabor agradable .

8) Debe ser económico.

9) Debe ser de relativa acción medicamentosa ya que no se busque en ella el efecto terapéutico bien marcado.

AYUDAS PROFILACTICAS ADICIONALES .- Muchas veces, es necesari-

rio valernos de un método especial para evitar la lesión de los tejidos interproximales ya que la mayoría de las caries, gran parte de la gingivitis y de las bolsas parodontales más profundas se forman en las zonas interdientarias, pues con el cepillado no se limpian. Para personas jóvenes con papilas que ocupan gran parte del espacio se prefiere el hilo dental, cuando la enfermedad ha destruido tejidos y quedan espacios abiertos debido a la recesión o el tratamiento, están indicados los cepillos interdentarios. Los escarbadientes redondo de madera dura o la punta de goma de un cepillo dental pueden ser de gran utilidad para ayudar al cepillo o desalojar restos acumulados en los espacios interdentarios y al mismo tiempo dar masaje a los tejidos gingivales; sin embargo, señalemos que no llegan regularmente hasta las zonas interproximales de los dientes desde lingual.

Hilo de Seda Dental.

El hilo de seda dental encerado es una forma eficaz de lograr la higiene bucal; pero, debe usarse correctamente ya que de lo contrario pueden causar daño a la encía. El hilo de seda redondeado puede pasar por encima de una partícula de alimento muy adherida dejándola en su lugar, sobre todo si las superficies expuestas de la raíz son concavas en dirección bucolingual, la seda no logrará ponerse en contacto con dicha concavidad, dejando esta región sin limpiar.

El hilo de seda plano es más eficaz que el redondo debido a que se aplica contra las caras de los dientes limpiándolos de todo detrito alimenticio. Cada extremo del hilo se enrolla alrededor del dedo índice de cada mano dejando una longitud de 10 cm.

aproximadamente entre cada dedo, manteniendo el hilo tenso, y se pasa entre los puntos de contacto de los dientes con un movimiento de rotación dirigido hacia la papila gingival, y cuidando de no cortar la encía. Una vez en posición, el hilo de seda se mueve hacia dentro y afuera unas cuantas veces, haciendo presión contra las caras proximales de los dientes.

Aparatos de Irrigación Bucal.

Existen muchas clases de aparatos de irrigación bucal los cuales proporcionan un chorro de agua fijo o intermitente, bajo presión a través de una boquilla.

La presión se ejerce por medio de una bomba del aparato o el aparato se une a la llave del agua. Es un medio eficaz de la higiene bucal cuando se usa además del cepillado. Debemos usarlo con cuidado, según las instrucciones del fabricante, para no producir daño a los tejidos bucales blandos o duros o en las restauraciones dentales. Su uso no desprende la placa de los dientes, pero retarda la acumulación de placa y de cálculos, y reduce la inflamación gingival y la profundidad de la bolsa; además aumenta la queratinización gingival, y elimina bacterias de la cavidad bucal con mayor eficacia que el cepillado y los enjuagatorios. Es muy útil para la limpieza alrededor de los aparatos de ortodoncia y prótesis fija. La irrigación no crea bacteriemia, o sea, bacterias patógenas en la sangre en pacientes con encía sana o gingivitis; pero se ha llegado a encontrar bacteriemia transitoria después de su uso en la parodontitis.

Masaje Gingival.

El masaje gingival, es beneficioso ya que por lo general produce un engrosamiento epitelial y mayor queratinización, y en consecuencia una mayor protección contra las bacterias y otros irritantes locales. Además el masaje mejora la circulación sanguínea, el aporte de nutrientes y oxígeno a los tejidos y la remoción del producto de desecho; pero también se corre el riesgo de una lesión gingival a causa del masaje descontrolado.

Estimulador Interdentario.

El estimulador interdentario se compone de una punta de caucho o de plástico de forma cónica, lisa o estriada, fija en un mango de plástico o en el extremo del mango de un cepillo dental. Sirven para masajear y estimular la circulación de la encía interdientaria también ayudan a quitar residuos de las zonas interproximales. No se recomienda para zonas donde se hizo gingivectomía o se realizaron otros procedimientos quirúrgicos. Se debe usar el estimulador por lo menos una vez al día, colocando la punta en el espacio interdentario, en dirección ligeramente coronaria y ejerciendo presión sobre la encía con movimiento horizontal, desde vestibular y desde lingual.

Palillos de Madera de Balsa.

El uso de los palillos de madera de balsa (Stim-U-Dents) se recomendará en pacientes cuya anatomía interdientaria indique su uso.

Estos palillos son de corte triangular, son suficientemente -

pequeños para adaptarse a la mayoría de los espacios interdentarios.

Como complemento del cepillado, son útiles para desprender residuos retenidos en espacios interproximales que no se eliminan durante el cepillado, y para masajear la encía interproximal.

Se le indicará al paciente como usar el palillo, mojándolo para que no sea tan quebradizo y se colocará en la zona interdientaria con la base del triángulo hacia el tejido. Se deberá hacer un movimiento de dentro hacia afuera varias veces, en forma de cuña sin sacar el palillo de la zona.

Colutorios.

En lo que respecta a los colutorios, se consideran como líquidos medicinales que se utilizan para limpiar la boca o para tratar estados patológicos de la mucosa bucal. Esta definición no define con exactitud estos preparados, puesto que no toma en cuenta su composición ni la diferencia entre el empleo terapéutico y el estético. Es indudable que la mayor parte de los colutorios persiguen fines estéticos. Por lo tanto el término colutorio ha ido adquiriendo un sentido bastante amplio, o sea, que pasó a designar un líquido de sabor y olor agradables utilizado para enjuagar la boca.

Muchos colutorios del comercio son calificados como "antisépticos", no porque resulten antisépticos en condiciones de uso, sino porque satisfacen ciertos requisitos de las pruebas de laboratorio que utilizan los fabricantes para establecer la eficacia del producto en un tubo de ensayo. Por lo tanto, el rotulo "antiséptico" de un colutorio del comercio, o la propaganda en el mismo sentido, pue

de ser puesta en duda, debido al número de factores que deben considerarse para apreciar correctamente su utilidad en otras circunstancias.

En la práctica, puede ser que un estado patológico desaparezca al utilizar estas supuestas soluciones germicidas o antisépticas - cuando se realiza al mismo tiempo un tratamiento operatorio correcto pero, por desgracia, no se dispone de ninguna prueba fidedigna que establezca la influencia del colutorio sobre el resultado final.

III.- Ajuste Oclusal.- la mala oclusión, rara vez afecta el parodonto si no hay un hábito nocivo que le favorezca de tal manera, - que la tendencia a considerar a la oclusión desde el punto de vista de trauma en potencia, es probablemente, muy falso.

Ha sido reconocida la importancia clínica de la corrección de la oclusión, Austin James presentó un método detallado de equilibrio de la dentadura natural; consistía ésta, en el alivio de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores y de las cúspides palatinas de los superiores, para obtener una excursión mandibular funcional libre. La técnica actual de Schuyler Miller y Sorrin difiere de lo anterior en que incluye el alivio de las cúspides vestibulares - de los dientes superiores y las cúspides linguales de los inferiores

IV.- Adaptación de prótesis en espacios desdentados.- Los espacios desdentados, originan una serie de cambios que conducen a la enfermedad paradontal en diversos grados. Los espacios creados por extracciones dentarias pueden no presentar secuelas perjudiciales; sin embargo, la constancia con que se presenta la enfermedad por no

haberse sustituido uno o más dientes, nos indica la conveniencia de la prótesis oportuna.

Además, si no se restituyen producen extrusiones, migraciones e inclinaciones de los dientes vecinos, con alteración de los puntos de contacto en donde se observa con frecuencia empaquetamiento de alimentos.

La restitución prescrita, evita la atrofia ósea por desuso.

V.- Normalización de las tensiones de los músculos masticadores.- Por medio de la psicoterapia deben corregirse las alteraciones inconscientes que sufren los músculos masticadores y que, como ya sabemos, son provocadas por tensiones emocionales; la presión que ejercen provoca lesiones al parodonto.

VI.- Necesidades Ortodóncicas, preventivas o terapéuticas.- El alineamiento irregular de los dientes produce acumulación de restos alimenticios y empaquetamiento. Puede existir recesión gingival cuando los dientes son desalojados vestibularmente, las desarmonias oclusales producen lesiones al parodonto. Además en las excursiones funcionales de la mandíbula, el excesivo entrecruzamiento de los dientes anteriores produce irritación gingival por los bordes incisales de los dientes antagonistas.

Debe restablecerse cualquier falla de contacto en los casos de diastemas, por pequeños que sean. La mala colocación de los dientes debe ser corregida con medidas ortodóncicas aplicadas en la niñez;

procedimientos que evitan su desarrollo. Sin embargo, no se puede su poner que la ortodoncia interceptiva prevenga la enfermedad periodon tal. La alineación adecuada de los dientes hace más fácil el control de la placa, pero no impide la formación de la misma. Esto no necesari amente significa que el tratamiento de ortodoncia no es necesario. Como se dijo antes, es más fácil realizar una buena higiene bucal si los dientes están alineados adecuadamente.

VII.- Corrección de hábitos.- Existen numerosos hábitos orales que por impropios, son nocivos al parodonto y que como medida pre ventiva debemos corregir tan pronto sean advertidos.

En los hábitos de tipo ocupacional, debe indicarse al paciente el severo daño que causan a los tejidos de sosten del diente y a los dientes mismos y, que si no son corregidas, se afectarán aque llos y podrán perderse éstos. Los hábitos orales se presentan en va rias formas, muchas veces inconscientemente en estado de vigilia o durante la noche; la bricomanía, como ejemplo. Para corregir estos hábitos se han ideado aparatos cuyo diseño permanece en la boca sin entorpecer la respiración. Igual consideración podemos hacer sobre otros hábitos, tales como lengua protractil, respiración bucal, chu padores de dedo, lengua, labios etc. otros, el paciente los practica voluntariamente pero ignora el perjuicio que le causan. Debe educar se para convencerlo de que haga uso correcto de sus dientes y su boca.

VIII.- Supresión de factores que impiden la respiración Nasal.- Las personas que respiran por la boca presentan en un alto grado maloclusiones.

Generalmente no se observa un solo tipo de maloclusión porque el trastorno inicial que conduce a la respiración bucal puede ser uno de los que a continuación se mencionan; tabique nasal desviado, hipertrófia de los cornetes; inflamación y congestión crónica de la mucosa nasofaríngea; alergia; pólipos nasales; inflamación e hipertrófia de la amígdala faríngea (adenoides) y hábitos.

En cualquiera de los casos el paciente deberá ser tratado en primer término por el otorrinolaringólogo que se ocupará de normalizar la respiración, habiendo necesidad más tarde de enseñar o entrenar al paciente a respirar por la nariz, pues casi siempre, quedará con el hábito de respirar por la boca.

IX.- Requerimientos nutritivos.- La utilización de los elementos nutritivos depende de la absorción intestinal adecuada y en muchos casos de la presencia de ciertas vitaminas en cantidades apropiadas. Muchas de las hormonas también están íntimamente asociadas con el metabolismo de los tejidos.

No hay requerimientos nutritivos específicos para los tejidos parodontales y desafortunadamente, la selección de la dieta es un problema educacional y económico. Los nutriólogos han insistido en la importancia de que las comidas diarias incluyan cada uno de los siguientes grupos: 1) Vegetales verdes y amarillos; 2) Frutos Cítricos, tomates y ensaladas crudas; 3) Papas y otras frutas vegetales 4) Leche y productos lácteos; 5) Carnes, aves, pescado, huevos; - 6) Pan, harina y cereales; 7) Manteca y margarina. Como regla general las comidas naturales son preferibles a los suplementos farmacéuticos. Debe sugerirse un análisis dietético simple para determinar si hay deficiencia o desequilibrio.

X.- Curación o atenuación de enfermedades sistémicas existentes. Los factores generales que intervienen en las parodontopatías son desconocidas y se atribuyen a padecimientos sistémicos. El dentista al hacer la historia clínica del paciente, por las manifestaciones orales observadas puede sospechar su existencia; pero en virtud de no actuar en su campo, debe enviarlo al médico general para su atención. Restablecida la normalidad orgánica, o por lo menos atenuada, cuidará del estado de salud bucal con la realización de las normas de prevención ya enumeradas.

CONCLUSIONES.

I.- Es importante el estudio del aparato de inserción de los dientes, o sea el parodonto que esta constituido por dos tejidos blandos que son la encía y el ligamento parodontal y dos tejidos duros que son el cemento y el hueso alveolar.

II.- La flora bucal, según los autores, constantemente esta provocando inflamación y se aloja principalmente en los cuellos de los dientes, márgenes de las restauraciones, fosetas y fisuras.

III.- Todas las enfermedades parodontales y la pérdida de - dientes causada por ellas puede ser prevenida porque están provo ca da s por factores locales que son corregibles, accesibles y con t ro la b l e s.

IV.- No hay formas de enfermedad gingival o parodontal, no importando cuan severa o ignorada sea la etiología, en las que la remoción de los irritantes locales y la prevención de su re cu r r e n ci a no reduzca la severidad de la enfermedad, disminuya - la rapidez del proceso destructivo y prolongue el funcionamiento correcto de la dentadura natural.

V.- Las causas sistémicas de una enfermedad parodontal presuponen que la totalidad del organismo interviene en la evolución de la enfermedad parodontal, o sea que cualquier alteración en el organismo podría afectar a los tejidos bucales. Evidentemente, la enfermedad parodontal, es un desequilibrio producto de la acción recíproca de causas locales y causas sistémicas.

VI.- Es de primordial importancia establecer un programa de control de placa, con la colaboración del odontólogo y el paciente a fin de preservar la dentadura natural, previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la enfermedad parodontal, para lo cual es de vital importancia, evitar la acumulación de la placa dentaria y depositos sobre los dientes y superficies adyacentes; el modo más seguro y eficaz de controlar la placa es por medio de la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentífricos, astringentes, colutorios y otros auxiliares importantes en la limpieza dental.

BIBLIOGRAFIA.

I.- Patología Bucal 3a Ed.

Shafer, William G.

II.- Medicina Bucal 6a Ed.

Burket, Lester W.

III.- Histología y Embriología 2a Ed.

Orban, Balint.

IV.- Usted y sus Dientes

Esponda Vila Rafael

V.- Periodoncia

Glikman, Irving 1975

VI.- Manual de Periodontología Clínica

Ward, Howard 1975

VII.- Periodoncia de Orban

Grant Daniel A. 1975

VIII.- Periodoncia Parodontológica

Goldman Henry M. 1970

IX.- Periodoncia

Prichard John F. 1971

X.- Enfermedades de la boca

Grinspan David