



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PRINCIPIOS GENERALES DE SALUD
Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER
EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

VICTOR MANUEL ZÚÑIGA ZANELLA

MEXICO, D. F.

ENERO 1984



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.

PRINCIPIOS GENERALES DE SALUD.
Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.

	PAG.
INTRODUCCION	1-2
BREVE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.	3-8
ESTRUCTURA HISTOLOGIA DE LA MUCOSA Y ENCIA- GINGIVAL.	9-23
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA MUCOSA Y ENCIA GINGIVAL.	24-26
EL PROCESO INFLAMATORIO.	27-32
CLASIFICACION Y ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PE RIODONTAL Y GINGIVAL.	33-48
HISTORIA CLINICA GENERAL Y PERIODONTOGRAMA TECNICA DE CURETEADO.	49-59 60-62
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA GINGI VECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA.	63-64
TECNICAS DE CEPILLADO DENTAL.	65-69
PRINCIPALES APOSITOS QUIRURGICOS.	70-72
CONCLUSION	73-74
BIBLIOGRAFIA	75-76

INTRODUCCION

El conocer la salud y enfermedad periodontal es de gran importancia en la actualidad ya que es un padecimiento de los más frecuentes en todo el mundo que no distingue raza ni estrato social, siendo uno de los principales agentes causales de la pérdida dentaria en la tercera década de la vida.

Para poder hacer un diagnóstico de enfermedad periodontal el odontólogo no debe basarse únicamente en la inspección clínica, debe realizar una historia clínica general y un periodontograma ya que el agente causal puede ser de origen sistémico o local.

Con éste estudio minucioso se puede hacer un buen diagnóstico e instituir un buen plan de tratamiento ya que de esto depende reestablecer a su normalidad un órgano dentario afectado o varios.

Por lo general la enfermedad periodontal es el resultado de una irritación prolongada y suele restablecerse al retirar el agente causal, tomando en cuenta que puede ser por origen sistémico por el aumento o disminución de un nutriente ó local.

El tratamiento puede ser Profiláctico, quirúrgico ó bien médico y ambos tratamientos pueden convínarse.

Se le conoce como periodonto al conjunto de ligamentos que rodean al diente, teniendo este la función formativa que esta-

dada por los cementoblastos y los osteoclastos durante la formación de hueso y cemento.

La función de soporte y sensitiva del ligamento periodontal es dada por la unión que hay del cemento radicular al hueso y tejidos blandos.

El ligamento periodontal disminuye las cargas y las distribuye a lo largo de este durante la masticación repartida en forma proporcional al órgano dentario de acuerdo a su función de éste y número de raíces.

BREVE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

El estudio de la enfermedad periodontal desde el punto de vista histórico es muy importante ya que por medio de éste tenemos datos y reportes paleopatológicos de maxilares humanos donde se han encontrado pruebas inequívocas de enfermedad periodontal.

En Egipto en cuerpos embalsamados en el año 400 A.C. se han encontrado vestigios de alteraciones periodontales.

En el año 2500 A.C. el médico chino Hwang fi dividió a la enfermedad bucal en tres padecimientos que son:

- a) Estados inflamatorios generales.
- b) Enfermedades de los tejidos que rodean al diente.
- c) Caries dental

Preconizando además el uso de palillos para mantener limpia la cavidad bucal.

El talmud y el Papiro de Ebers, describen diversas enfermedades periodontales.

En el año 460 a 335 A.C. Hipócrates dá referencias de la etiología de las enfermedades bucales.

Albucais en el año 936 a 1013, reconoce la interrelación entre el sarro y la enfermedad gingival y preconiza el raspado --

para la eliminación del sarro como irritante.

A principios del siglo XVIII Pierre Fauchard, dice que la enfermedad periodontal no afecta solamente a la encía, sino que -- también a los elementos más profundos ya que si hacemos presión digital enérgica sobre ella, notaremos la aparición de un pus amarrillento.

En el siglo XIX John M. Riggs, describió ampliamente el raspado subgingival, debiendosele a él la descripción de la enfermedad destructiva crónica periodontal por lo que se le denomina - enfermedad de Riggs, además consideró cuatro etapas para la enfermedad que son:

Etapa I.- El margen de las encías muestra una acción -- inflamatoria definida, con cierta absorción de su sustancia y con-sangrado al menor toque con un cepillo.

Etapa II.- La inflamación se extiende desde el borde alveolar más delgado, causando absorción del hueso alveolar así como de los tejidos de la encía, formando pequeñas bolsas de pus bajo - la encía.

Etapa III.- La enfermedad se arraiga involucrando la porción más gruesa del proceso alveolar, absorbiendolo en el punto-- más cercano al diente, causando movilidad del diente hacia atrás-- y adelante por falta de la mayor parte de soporte óseo.

Etapa IV.- La enfermedad ha destruido casi todo el alveolo y gran parte de la encia.

El diente es sostenido en su alveolo por conversión de la membrana periodontal a nivel del ápice del diente en una inserción ligamentosa resistente.

A principios de los años 20 el Dr. Weski introdujo el -- concepto de que los tejidos de soporte de los dientes formaba una sola unidad estructural y funcional, término que todavía se utiliza en la literatura europea.

Posteriormente el Dr. Gottlieb describe la naturaleza de la inserción epitelial y el enfoque subsecuente sobre la formación de bolsas como la manifestación cardinal de los tejidos periodontales enfermos.

Gottlieb suele considerarse como el primer autor que hace una distinción clara entre la terminología y clasificó a la enfermedad periodontal en cuatro tipos:

Tipo I.- Schmutz-piorrea, que es el resultado de una acumulación de depósito sobre los dientes y se caracteriza por hiperemia é inflamación de la encia con ulceración epitelial del surco gingival.

En etapas avanzadas, la enfermedad puede presentar pus, bolsas de poca profundidad y resorció

de la cresta alveolar.

Tipo II.- Piorrea paradontal, una enfermedad caracterizada por bolsas individuales distribuidas en forma irregular y de profundidad variable desde leves a muy profundas. Esta forma de enfermedad puede comenzar como Schumtz piorrea o atrofia difusa.

Tipo III.- Atrofia alveolar o atrofia difusa, una lesión no inflamatoria que se caracteriza por movilidad, elongación y desplazamiento de los dientes en individuos que suelen estar libres de lesiones cariosas y depósitos dentales. En esta forma de la enfermedad solo se presentan bolsas en la última etapa.

Tipo IV.- Trauma oclusal, lo que da como resultado la resorción del hueso alveolar y aflojamiento de los dientes.

Esta clasificación del Dr. Gottlieb y el Dr. Box, esta basada en manifestaciones clínicas, factores etiológicos sistémicos y locales incluyendo el traumatismo oclusal y la presencia de alteraciones tisulares inflamatorias o histopatológicas degenerativas.

En el año de 1940 el Dr. Gottlieb y el Dr. Box trataron de aclarar su nomenclatura y clasificación el Dr. Box conservo su definición de periodontitis simple y cambió la de periodontitis com

pleja por lesión degenerativa.

El Dr. Gottlieb se alejó de su clasificación y sugirió - que todas las enfermedades periodontales incluyendo la resección--gingival, formación de bolsas periodontales y desplazamientos patológicos de los dientes era una afección patológica del cemento-- que denominó cementopatía describiendo que si el cemento enfermo-- se encontraba cerca de la región cervical del diente en contacto-- con la inserción epitelial se la demoninaba cementopatía marginal-- con ó sin presencia de inflamación caracterizada por formación de--bolsas y resección marginal.

La supuración puede estar limitada a los tejidos blandos o extenderse hasta el hueso.

El término atrofia difusa lo cambio por cementopatía --- profunda ya que el cemento enfermo se encuentra en sentido más apical de la insercción gingival.

El Dr. Fish, en su clasificación de la enfermedad periodontal volvió a utilizar el termino piorrea y la clasificó de la-- siguiente forma:

- a) Gingivitis Marginal crónica.
- b) Piorrea simple.
- c) Piorrea profunda.

De aquí por lo que la academia americana de periodontolo

gía tuvo que llegar a un acuerdo principalmente para determinar la nomenclatura y determinar la clasificación de la enfermedad periodontal de acuerdo a sus manifestaciones clínicas y patológicas.

Por lo que en la actualidad el prefijo paro y para -don- to fueron cambiados por el de peri para designar la región inmedia tamente alrededor del diente o de revestimiento del mismo.

ESTRUCTURA HISTOLOGICA DE LA MUCOSA Y ENCIA GINGIVAL.

A nivel histológico la mucosa y encia gingival está compuesta por un epitelio y un tejido conectivo.

El epitelio gingival está clasificado como un epitelio - escamoso estratificado queratinizado, se encuentra unido al tejido conectivo por una lámina basal formando papilas de forma cónica dando una apariencia de interdigitaciones hacia la lámina basal formando bordes epiteliales, por lo que se observa clínicamente sobre la encia insertada un puntilleo.

La lámina basal al observarla al microscopio electrónico se vé como una lámina lucida adyacente a las células basales o capas germinativa que se encarga de formar las células nuevas que migran hacia la superficie para la descamación, la lámina basal y la membrana basal se encuentra unidas por medio de hemidesmosomas.

Se le llama epitelio estratificado porque intervienen dos o más capas de diferentes forma celular, ya que hay cilíndricas, cúbicas, y columnares; escamoso por su forma celular y recambio que adoptan en capas y queratinizado porque las células de la capa basal se empiezan a diferenciar durante su maduración y al llegar a la superficie se querantínice.

ESTRUCTURA HISTOLOGICA DEL EPITELIO GINGIVAL.

El epitelio gingival, es compuesto de cuatro capas o estratos que son:

- a) Estrato basal o capa basal.
- b) Estrato espinoso o capa espinosa.
- c) Estrato granular o capa granular.
- d) Estrato córneo o capa córnea.

La membrana o capa basal también recibe el nombre de capa germinativa. Tiene un grosor aproximadamente de 0.5 a 1.0 micras y se tiñe en forma positiva para carbohidratos y reticulina.

Está compuesta principalmente por células cuboidales y cilíndricas con sus ejes mayores en ángulo recto dirigido hacia la lámina basal.

Cuando éstas células se acercan hacia la superficie la membrana plasmática de las células basales se encargan de formar unas microbellosidades para formar sus uniones por medio de hemidesmosomas que van siguiendo el contorno de la lámina basal mientras que las demás uniones son por medio de uniones desmosómicas o bien por medio de uniones abiertas o cerradas.

La capa espinosa se encuentra por arriba de la capa basal, recibe este nombre por el aspecto de sus células las cuales son alargadas, con la diferencia de que hay una disminución de la función mitocondrial por lo cual estas células ya no van a nutrir a la lamina basal.

Los organelos se encuentran en zonas libres de filamentos cerca del núcleo.

En ésta capa hay un aumento de uniones por medio de desmosomas y las uniones abiertas y cerradas son menos marcadas, ya que se puede encontrar hasta en miles de amgstrons sin uniones abiertas o cerradas.

En la superficie de esta capa se encuentran los cuerpos de Odian o granúlos de revestimiento. los cuales se cree que tienen una función enzimática y cementante.

En la capa granular vamos a encontrar que las células se encuentran aplanadas con sus ejes dirigidos hacia la superficie -- aquí las células siguen disminuyendo sus funciones, y con la diferencia de que sus núcleos son alargados y con aumento de su densidad.

Todavía se puede apreciar restos de retículo endoplasmático rugoso, cuerpos de queratohialina densos a los electrones y aglomeración de granúlos de glicógeno.

A lo largo de su margenes superficiales se encuentra una sustancia cementante, o sea los gránulos de revestimiento que al acercarse a la superficie se van reduciendo.

A lo largo de esta capa aparecen mas marcadas las uniones desmosómics; el tamaño del espacio intercelular es mas pequeño y -- las interdigitaciones celulares son menos prominentes ya que la finalidad de esta capa es llegar a la descamación.

El estrato córneo es la última capa del epitelio gingival desde la capa basal hasta la superficie; ya que las células sufren un proceso intracelular de queratinización donde desaparece el núcleo, mitocondrias y retículo endoplasmático por medio de degradación enzimática.

La hoja exterior se vuelve delgada mientras la interior se vuelve más gruesa conservando ciertas cantidades de citoplasma condensado, conservando sus uniones celulares.

No todas estas células llegan a la queratinización ya que puede haber alguna proteína que sea necesaria y se puede recuperar de la capa córnea.

Podemos decir que la queratinización en la cavidad bucal la encontramos principalmente en zonas donde mayores tensiones, como es, en la encía insertada y el paladar duro ya que la queratina es una proteína fibrosa muy resistente a los cambios físicos, químicos y biológicos.

En general el epitelio gingival es una membrana de revestimiento la cual sirve como defensa ante cualquier agente agresor.

PIGMENTACION DE LA ENCIA.

Un importante pigmento para la piel y la encía es la melanina que puede tomar tonalidades desde el amarillo pardo hasta el negro.

Esta sustancia se encuentra principalmente en la epidermis, a nivel histológico; las células encargadas de la pigmentación, se encuentran en la membrana basal del epitelio, y con relación a la cavidad bucal se encuentra en la capa basal del epitelio gingival tanto en las personas de tez clara, como oscura.

Estas células se encuentran en dos capas que son la basal y la suprabasal. son células de forma cuboidal ó en algunos casos aplanadas, con relación a la membrana basal siguen una dirección más o menos oblicua llegando eventualmente hasta la base del surco gingival donde son descamadas sin llegar a formar capa granular y queratinizante.

En la capa basal se encuentra aproximadamente un 7% de células dopapositivas, en el epitelio gingival, tanto en encía libre como insertada.

Se les llama células dopapositivas a las células con la capacidad de producir melanina, ya que la reacción dopa consiste en que las células sintetizan a la tirosinasa para producir la melanina.

Estas células antes de llegar a producir melanina, se observan al microscopio electrónico como células claras que se encuentran en la membrana basal.

Las células que van a llegar a producir melanina, presentan prolongaciones citoplasmáticas que le dan una forma de estrella y recibe el nombre de melanocito, que contiene granulos de melanoso

ma y premolamosaoma y se localizan en la periferia del citoplasma.

La melanina es transferida, de los melanocitos a las células basales, no productoras de pigmentos al parecer por fagocitosis,

EPITELIO DE UNION.

El epitelio de unión se encuentra unido al diente y al tejido conectivo formando la base de la hendidura o surco gingival.

Su grosor del epitelio de unión varia de 15 a 18 células en la base del surco gingival hasta una ó dos células en su vertice formando por la unión cemento adamantina.

Las células estan dispuestas en capa basal y suprabasal. - estas células no llegan a la maduración.

Las células que se originan en la capa basal se desplazan en dirección oblicua hacia la superficie del diente y llegan eventualmente a la base del surco gingival, donde son descamadas de la superficie libre.

Las células de la capa suprabasal incluyendo aquellas adyacentes a la superficie dentaria. presentan complicadas formaciones de microvellosidades e interdigitaciones.

Las células contiene menos filamentos citoplasmáticos, aunque más lamelas de retículo endoplasmático áspero y rosetas de ribosoms, que el epitelio gingival.

Se puede observar leucocitos dentro del epitelio de unión aún en encía clínicamente sanas y la presencia de pequeñas cantidades de estas células se consiera como normal, ya que los leucocitos se desplazan a través de los espacios intercelulares hacia al surco gingival.

TEJIDO CONECTIVO.

El Tejido conectivo se encuentra inmediatamente debajo - del tejido epitelial el cual se encarga de nutrir e inervar a éste por medio de pequeños capilares y fibras sensoriales no mielinizadas que se extienden desde el tejido conectivo hasta el tejido - epitelial, ya que en la capa del tejido conectivo se encuentran -- corpúsculos de Meissner y Krause.

El tejido conectivo se deriva del mesodermo y se encarga de sostener al tejido epitelial y darle forma corporal ya que ésta consituido por células y material ó substancia intercelular inerte

Recibe el nombre de tejido conectivo laxo por que es-- blando, plegable y algo elástico, cualidades que le proporciona la substancia intercelular y está ampliamente vascularizado ya que de-- aquí se nutre la membrana basal del tejido epitelial .

Los componentes principales de la substancia intercelular son fibras y material amorfo, habiendo fibras colágenas compuestas-- principalmente de proteína colágena elástica, elastina y reticuli-

na.

La materia amorfa está compuesta principalmente de un gel o también llamado substancia fundamental.

El Dr. Meyer investigó la química de la substancia amorfa, encontrando un tipo de carbohidrato el cuál lo llamó ácido mu coplisacárido, existiendo dos tipos de éste.

- 1.- Acido hialuronico.
- 2.- Acido condroitinsulfurico.

Continuando sus estudios el Dr. Meyer encontró una enzima que producía cierto tipo de bacterias que despolarizaba al ácido hialurónico y la llamó Hialuronidaza siendo éste un factor de difusión.

La colágena del tejido conectivo gingival está organizada en grupos de fibras, la mayor parte del ligamento periodontal son fibroblastos típicos, que son células alargadas delgadas de forma estrellada, ésta células se encargan también de la renovación y mantenimiento de las fibras principales, el núcleo de éstas células es grande y de forma oval.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

Es el elemento histológico que une firmemente el cemento dentario, al proceso alveolar.

El ligamento periodontal es de origen mesodérmico y pro-

viene de la capa media del saco dentario.

Los elementos tisulares esenciales del ligamento periodontal son las fibras de colágena que se encuentran formando haces que van desde el cemento hasta la pared alveolar através de la -- cresta del tabique interdentario, hasta el cemento del diente contiguo o al tejido gingival.

En sí no hay fibras elásticas en el tejido conectivo del ligamento periodontal, lo que sucede es que de acuerdo a la disposición de los haces de fibra colágena forman una red espesa la -- cual le permite al diente movimientos ligeros durante la masticación, a la vez le da amortiguación de la misma carga.

ELEMENTO HISTOLOGICOS.

- a) Fibroblastos.
- b) Cementoblástos.
- c) Osteoblástos.
- d) Osteoclástos.
- e) Paquete vasculonervioso
- f) Nestsos epiteliales del Mallessez.

Los fibroblastos, es la célula que predomina, forma el -- 65% de la población celular total.

Producen la sustancia que forma el tejido conectivo [n-- cluyendo el colágeno, proteoglicanos y elastina, desempeñando así-

un papel importante en la conservación de la integridad del tejido gingival.

Los fibroblastos tienen forma de huso con núcleo central, y se agrupan en haces y forman fibras que se dividen en:

- 1) Fibras principales.
- 2) Fibras secundarias.

FIBRAS PRINCIPALES.

Es el conjunto de haces de fibras colágenas que se introducen en el cemento dentario a expensas de un cemento joven dominado por cementócitos, que se clasifican posteriormente junto con los extremos de las puntas de los haces formando las fibras de Sharpey - éste grupo de fibras atraviesa el espacio periodontal en forma oblicua insertándose en el hueso y cemento, dividiéndose en:

- a) Fibras dentogingivales.

Surgen del cemento de la raíz y se dirigen hacia la superficie cerca de la unión cemento adamantina y se proyectan hacia la encía.

Tiene como función proporcionarle tono a la encía a marginal y así preservar el intersticio gingival.

b) Fibras transeptales.

Se extienden del cemento de una pieza al cemento de la pieza contigua por encima del vértice de la cresta alveolar.

Su función consiste en mantener el área de contacto.

c) Fibras crestal-alveolares.

Se insertan en el vértice de la cresta alveolar y se dirigen al cemento en su zona coronal.

Su función es de evitar el desalojamiento dentario en sentido coronal.

d) Fibras oblicuas.

Es el ligamento más fuerte y va de incisal a apical y del hueso alveolar hacia el cemento.

Su función de éste ligamento es compenazar los impulsos verticales axiales que reciben las piezas al ponerse en contacto con el bolo alimenticio o con su antagonista y mantiene a las piezas dentarias en un equilibrio fisiológico.

e) Fibras horizontales.

Se extienden en ángulo recto respecto al eje mayor del diente y van del cemento radicular al hueso alveolar.

Su función es evitar los desplazamientos laterales.

f) Fibras radiculares.

Van del cemento radicular al tabique interradicular, só-

lo se encuentra en dientes que poseen más de dos raíces.

g) Fibras periapicales.

Estas fibras se localizan irradiando el cemento radicular hacia el fondo del alveolo.

Su función es evitar el desplazamiento brusco del ápice tanto en sentido vertical como lateral, preservando de ésta manera al paquete vasculonervioso de la pieza dentaria.

FIBRAS SECUNDARIAS.

Está formado por fibras colágenas más o menos orientadas al azar y localizadas entre los haces de fibras principales su función al parecer es de relleno para poder permitir el paso de elementos nutritivos y sensoriales.

CEMENTO.

La formación de cemento y dentina proviene de la vaina epitelial de Hertwig, y desde el punto de vista morfológico existe cemento celular y cemento acelular y se encuentra dispuesto al cemento acelular en el tercio cervical y medio radicular, mientras el celular lo encontramos en el tercio apical.

La función de éstos dos cementos es la formación de cementoide.

El término de cemento primario corresponde a la capa que se encuentra en contacto con la dentina, y secundario a la capa de

cemento que se encuentra en contacto con las fibras colágenas y -- que por ello se le denomina también cemento fibrilar o afibrilar.

Su principal función del cemento es comenzar los movi-- mientos de erupción activa y mesialización fisiológica por medio -- de las aposiciones de cemento que se efectúan toda la vida y dar -- inserción al ligamento periodontal.

HUESO.

El hueso alveolar es el producto de la capa externa del -- saco dentario de origen mesodérmico.

Los osteoblastos y osteoclastos son las células que se -- encargan de la reparación y absorción del hueso.

Los osteoclastos son células multinucleadas y producen -- una enzima que se encarga de la absorción del hueso.

Los osteoblastos son células cuboidales con un núcleo -- grande y se encargan del proceso de cicatrización y aposición ósea.

PAQUETE VASCULONERVIOSO.

La arteria que nutre al ligamento periodontal proviene -- de la arteria dental que al llegar al forámen apical se bifurca en -- una rama para la pulpa dentaria y otra para el ligamento periodon-- tal.

El sistema linfático y venoso siguen el mismo trayecto --

que la arteria desenbocando en los colectores carotídeos, submaxilares y sublinguales.

El aporte nervioso tiene una función especializada, ya -- que se encuentran terminaciones nerviosas de Kraus y Meissner, con terminaciones nerviosas propioceptivas un mecanismo de arco reflejo -- ante cualquier estímulo nosivo.

RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ.

Son los restos aberrantes de la vaina de Hertwig y se -- originan después de la formación de la raiz, también reciben el -- nombre restos epiteliales en reposo.

FUNCION DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

a) Física. Trasmite las fuerzas oclusales al hueso alveo^lar manteniendo al diente dentro del alveólo, mantiene los tejidos gingivales en su posición y dá resistencia al impacto de las fuer^zas oclusales.

b) Formativa. Actúa como periostio para el cemento y -- hueso durante la formación y reabsorción de los mismos que se efec^túan con los movimientos fisiológicos del diente.

c) Nutritiva. Proporciona substancias nutritivas al ce^mento, hueso y encia mediante los vasos sangufnees y proporciona -- drenaje linfático.

d) Sensitiva. Está dada por la inervación del ligamento periodontal que confiere sensibilidad y es transmitida durante la masticación o bien ante cualquier estímulo agresor hacia el periodonto.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA MUCOSA Y ENCIA GINGIVAL.

La mucosa bucal esta dividida a la función que realiza en tres tipos:

- 1.- Mucosa masticatoria o encía.
- 2.- Mucosa especializada.
- 3.- Mucosa de revestimiento.

La mucosa masticatoria o encía cubre el paladar duro y parte del hueso alveolar junto con la mucosa de revestimiento.

La mucosa especializada se encuentra en el dorso de la lengua.

Se le conoce como encía a la mucosa bucal que se encuentra adherida al hueso alveolar y región cervical de los dientes.

La encía poseé tres partes que son:

Encía marginal.- Se extiende desde el márgen más coronario de los tejidos blandos hasta la hendidura gingival.

Encía Interdentaria.- Se encuentra cubriendo los espacios interproximales en los puntos de contactos surgiendo desde la cresta alveolar en forma de filo de cuchillo.

Encía insertada.- Se extiende desde el surco gingival hasta la línea mucogingival.

Encía alveolar.- Se le conoce también como fibromucosa y está limitada por su parte superior por la encía insertada y hacia apical por el fondo de saco vestibular, hacia su parte palatina no hay un límite de terminado o extensión.

La mucosa que nos interesa es la que se encuentra adherida al hueso alveolar y región cervical de los dientes y se le conoce como encía.

La encía marginal es de color rosa salmón o rosa coral - con una superficie suave que se puede despegar por medios mecánicos o con una corriente de aire, posee una pared lateral que va adosada al diente cuyo límite interno es la unión epitelial.

La encía insertada es de color rosa pálido de consistencia firme asemeja su superficie de una cáscara de naranja su textura es aspérea y se encuentra adherida firmemente al hueso alveolar.

La encía interdientaria se encuentra casi queratinizada - en los dientes anteriores con aspectos de filo de cuchillo con vértice hacia incisal y base cervical, en los dientes posteriores forma un col con su vertice oclusal como poco queratinizado.

La mucosa de revestimiento o encía alveolar es de consistencia elástica suave deslizable y unida a músculos subyacentes y aponeurosis.

Está cubierta por epitelio no queratinizado por lo que es de color rojo violáceo debido a que se llegan a apreciar pequeñas venas y arterias.

Esta mucosa o encía alveolar no es capaz de soportar presión excesiva por lo que es muy sensible a procesos inflamatorios y degenerativos.

La encía marginal o la encía insertada puede presentar pigmentaciones pequeñas o grandes de melanina, principalmente en personas de tez oscura, sin que éstas representen alguna alteración patológica.

EL PROCESO INFLAMATORIO

La inflamación es un cambio patológico que ocurre sobre todo tejido vivo que ha desarrollado un sistema circulatorio, éste proceso aparece como medio de defensa ante cualquier estímulo, ya sea físico, químico, biológico y traumático.

Dentro de los agentes físicos los más importantes son -- los cambios térmicos y eléctricos.

En químicos tenemos sustancias tóxicas y ácidas que llegan a irritar el tejido.

Los biológicos intervienen de tal manera que provocan la irritación del tejido las exotoxinas o las endotoxinas producto de la excreción de las bacterias o por su degradación, al igual podemos considerar como agente agresor a los virus y hongos.

Dentro de los agentes traumáticos tenemos golpes, heridas y caídas, por lo cual consideramos como uno de los principales agentes causales de la inflamación periodontal el traumatismo oclusal.

El traumatismo oclusal ocurre cuando cualquier agente -- agresor provoca muerte tisular, ocurriendo alteraciones degenerativas, cambios vasculares e infiltrativos con un fenómeno de regeneración y cicatrización.

CARACTERISTICAS DE LA INFLAMACION.

La inflamación se caracteriza por cuatro signos cardinales que son:

- a) Calor.
- b) Rubor.
- c) Tumor.
- d) Dolor.

A los cuales el Dr. Virchow agregó disminución o pérdida de la función, ya sea parcial o total.

CLASIFICACION DE LA INFLAMACION.

Este período ha sido clasificado arbitrariamente ya que no existe un período determinado para denotar su inicio, final y duración de ésta.

El primer período de la inflamación es el agudo donde hay alteraciones principalmente anatómicas, vasculares y exudativas.

Se le llama exudativa ya que hay salida de líquido con pérdida de la permeabilidad vascular al igual que invasión de leucocitos polimorfonucleares y macrófagos, cuando éste proceso tarda semanas pasa a un período subagudo o crónico.

Cuando el proceso inflamatorio pasa a un período crónico -

éste puede durar meses é incluso hasta años.

La inflamación crónica puede comenzar como aguda o subaguda pero pasa a un período más complejo la diferencia entre la inflamación aguda y la crónica se caracteriza principalmente por el agente causal, ya que por lo general se debe a una invasión de microorganismos patógenos, ya que produce más daño que beneficio y puede generar dos mecanismos el de regeneración y cicatrización ó bien los de degeneración del tejido.

En la inflamación crónica se pierden los tres primeros puntos cardinales quedando únicamente la disminución ó pérdida de la función parcial o total.

Uno de los cambios principales de la inflamación crónica es la proliferación de macrófagos, células plasmáticas y exudado.

Con frecuencia los macrófagos pierden su acción lisosomal - con disminución de su capacidad fagocítica y con cierta tendencia a fusionarse para constituir células gigantes, éstas células también reciben el nombre de células epiteloides y son células características de la inflamación crónica ganulomatosa.

CLASIFICACION DE LA INFLAMACION DE ACUERDO AL EXUDADO.

Esta clasificación se basa de acuerdo al contenido interno del proceso inflamatorio y se puede presentar en el período crónico - como agudo, lo cual tenemos exudado, serosa, fibrinosa, catarral o mu

cosa, supurada o purulenta, celulitis, úlcera pseudomembranosa y absceso.

Serosa. Se caracteriza por salida abundante de líquido -- acuoso pobre en proteínas, derivado del suero sanguíneo ó de la secreción de las células*serosas mesoteliales.

Fibrinosa. Se caracteriza por el derrame abundante fibrinógeno y precipitación de masas de fibrina, ésta es más frecuente en la inflamación aguda.

Catarral o mucosa. Se caracteriza por la secreción abundante de mucinosa y ésta sólo ocurre en tejidos capaces de producir moco.

Supurada o purulenta. Se caracteriza por la producción de pus ó exudado purulento Y es el resultado de la muerte celular incluyendo leucocitos polimorfonucleares vivos y muertos y restos tisulares necróticos que han experimentado lícuación por acción de la proteasa, lipasa, peptidasa y restos de la destrucción tisular especialmente nucleoproteínas lo que origina la viscosidad de el pus.

El pus puede estar localizada en focos ó bien extendida en la superficie del órgano afectado.

Celulitis ó flemón. Es una inflamación diseminada difusa- edematosa y a veces supurada en tejido compacto, ésta inflamación es característica de bacterias virulentas que liberan hialuronidasa y fibrinolísinas.

Ulceras. Es una solución de continuidad localizada en la superficie de un órgano causada principalmente por descamación del tejido necrótico.

Seudomembranosa. Se caracteriza por la aparición de una falsa membrana constituida por fibrina precipitada, epitelio necrótico y leucocitos.

Absceso. Es una colección localizada de pus causada por la supuración de un tejido ó espacio circunscrito que se caracteriza por ser encapsulado, con el tiempo el absceso, puede ser tabicado por tejido conectivo muy vascularizado que funciona como barrera para que éste no se disemine a otro órgano ó tejido, éstos si no son tratados pueden llegar a formar quistes por la acumulación de sales cálcicas.

En consecuencia los abscesos suelen causar destrucción y deformidad permanente de los tejidos.

INFLAMACION PERIODONTAL.

La inflamación a nivel de la encía marginal y del surco gingival comienza con la salida de exudado seroso con aumento de la profundidad del surco que en un estado sano es de 1 a 2 mm, con pérdida de la capa queratinizada y el epitelio de la pared lateral al estar sujeto a una irritación constante con aumento de leucocitos, células plasmáticas y una respuesta inmunitaria.

El agrandamiento de la encía marginal con cambio de colocación, pérdida del margen de la encía interdientaria con vértices agudos, pérdida del festoneado y la ausencia del puntilleo, son características clínicas de la encía inflamada.

Desde el punto de vista clínico existe aumento de volumen de la encía marginal por lo que se produce una bolsa llamada gingival o virtual.

La bolsa gingival se define como el aumento patológico -- del intersticio gingival, sin migración apical de la inserción epitelial; mientras que la bolsa periodontal o bolsa real se define como el aumento patológico del intersticio gingival con migración apical de la inserción epitelial.

CLASIFICACIONES DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La clasificación de la enfermedad periodontal está basada en manifestaciones clínicas, patológicas y etiológicas, tomando en cuenta que muchas veces no es fácil llegar a un diagnóstico ya que influye la edad, sexo, ocupación, lugar de residencia y hábitos.

INFLAMATORIOS .- De origen local, sistemico y traumáticos.

Gingivitis aguda.

Gingivitis crónica.

Periodontitis.

Gingivitis ulcero necrosante (GUNA)

Gingivitis del embarazo.

Gingivitis de la pubertad.

Gingivitis de la menopausa.

DEGENERATIVOS.- De origen sistémico, hereditario é ideopáticos.

Periodontocis.

Gingivosis.

ATROFICOS.- De origen local.

Atrofia periodontal.

Atrofia alveolar.

Atrofia periodontal traumática.

Atrofia por desuso.

HIPERTROFICOS.- Por el uso de drogas y fármacos.

Hiperplasia gingival.

Estomatitis arsenical.

Estomatitis plúmbica.

Estomatitis bismútica.

Estomatitis mercurial.

Estomatitis fosfórica.

TRAUMATICOS.- Traumatismo periodontal.

Bruxismo.

Oclusión Traumática.

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

FACTORES LOCALES.- Medio bucal, sarro, materia alba, enpaquetamiento de alimentos, caries, anomalías de forma -- del diente con respecto a su tamaño de corona y raíz.

Curvatura de las raíces y número de ellas.

Posición del diente y frenillos.

Oclusión traumática.

Malas técnicas de cepillado dental y restauraciones inadecuadas.

FACTORES GENERALES

O SISTEMICOS.- Deficiencia vitamíca.

Trastornos hormonales.

Hiperparatiroidismo.

Embarazo, menstruación, pubertad y menopausia .

Diabetes.

Discrasias sanguíneas.

FACTORES PSICO/SO

MATICAS.

En los factores psicosomáticos entran los malos hábitos del paciente, que son desde el uso de-- palillos, tener objetos en la boca, tabaquismo y estrés emocional.

GINGIVITIS.

Se conoce con éste nombre a la lesión inflamatoria que involucra a la encía marginal independientemente de su etiología.

En la gingivitis la encía marginal se encuentra irritada de un color rojo y gingivorragia, el paciente se queja de sangrado de las encías durante el cepillado.

El estudio radiológico no es de gran ayuda en este caso ya que no hay migración apical y desprendimiento de ligamento periodontal.

La gingivitis puede ser aguda o crónica, siendo la más común la crónica y se puede observar modificaciones del margen gingival así como de las papilas interdientarias tomando un color más oscuro que el tejido gingival circundante con aumento de irrigación sanguínea.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la gingivitis crónica o aguda es eliminar el agente causal e instruir al paciente para que este realice una técnica de cepillado con masaje en sus encías por lo general - se recomienda la técnica de Stillman modificada.

PERIODONTITIS.

La periodontitis es la secuela de la gingivitis crónica - que no fue atendida por lo que presenta desaparición del puntillaje de la encía insertada con formación de bolsas periodontales y exudado purulento que se observa con la presión digital y migración - apical de la inserción epitelial con lo consiguientemente el cemento se rá afectado y éste no podrá formar pre-cemento ó cemento no calcificado a lo largo de la zona expuesta, por lo que las fibras perio - dontales pierden su lugar de inserción.

A nivel histológico los osteoblastos no son capaces de - formar hueso y los osteoclastos como medio de defensa empiezan a - hacer absorción ósea por lo que radiológicamente se puede observar en sentido horizontal el desprendimiento del ligamento periodontal

En el caso de la periodontitis se puede observar movilidad de primer y segundo grado.

Las bolsas o sacos periodontales pueden ser supraóseas - ó infraóseas.

En las bolsas supraóseas la base se localiza oclusiva - a la misma altura del hueso alveolar.

Las bolsas infraóseas se localizan en la base de éstas - por la absorción ósea que existe.

El dolor es un síntoma poco frecuente en la periodontitis pero se puede diagnosticar por medio de una sonda periodontal - que se introduce alrededor del diente sin llegar a producir sangrado.

TRATAMIENTO.

Consiste en la eliminación del agente causal junto con el curetado de las bolsas periodontales o bien de acuerdo a la extensión de ésta se puede realizar una gingivectomía, posteriormente - técnica de cepillado.

GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE AGUDA.

Se le conoce también con el nombre de Infección de Vincent, Estomatitis de Vincent ó como Boca de Trinchera.

Es un padecimiento inflamatorio que afecta al margen de la encía libre y encía interdientaria.

Por lo general se presenta en la adolescencia y en pacientes con estres emocional.

La lesión se caracteriza por presentar depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía que puede llegar a abarcar a la encía marginal e interdientaria. Estos cráteres están cubiertos por una pseudomembrana necrótica de un color gris pardosa y su periferia eritematosa.

El olor fétido y la hemorragia espontánea junto con la salivación abundante son manifestaciones clínicas características de la gingivitis ulcero-necrosante.

Esta lesión puede ser general en toda la boca ó bien presentarse en un solo grupo de dientes, las lesiones son sensibles al tacto por lo que el paciente refiere dolor constante.

La etiología de la gingivitis ulcero necrosante está dada por un grupo de fusespiroquetas junto con bacilos fusiformes, Borrelia Vincent, y espiroquetas.

TRATAMIENTO.

Se procede a limpiar las lesiones con una torunda de algodón mojada en agua oxigenada que nos permite retirar las membranas sin que éstas se adhieran al algodón y además el agua oxigenada nos sirve como antiséptico. Se le recomienda al paciente que haga colutorios de agua oxigenada cada dos o tres horas diluida al tres por ciento y se le administra antibióticoterapia por lo general se recomienda penicilina 800,00 u, cada ocho horas por vía intra-

muscular.

En su segunda ó tercer día dependiendo del estado del paciente se procede a la eliminación parcial de las úlceras y la eliminación de los cálculos dentarios superficialmente; ésto se hace leve para evitar la introducción de los instrumentos contaminados en el cureteado profundo.

En el quinto ó sexto día se procede a el cureteado de las zonas más profundas, aquí por lo general las úlceras han desaparecido pero la encía se encuentra eritematosa, posteriormente al cureteado y remodelado de las superficies al paciente se le instruye sobre su técnica de cepillado.

Si las lesiones dejaron socabaduras extensas se procede a hacer la gingivoplastia.

GINGIVOSIS.

La gingivosis es un padecimiento distrófico degenerativo caracterizado principalmente por la descamación del epitelio, a nivel de la encía marginal e insertada, con exposición del tejido conectivo.

Este padecimiento afecta principalmente a la capa basal del tejido epitelial que une al tejido conectivo.

El paciente refiere que no puede comer ningún alimento de-

consistencia dura, ya que el simple roce del alimento le produce - sangrado al igual que con los alimentos condimentados ó muy ácidos

Se puede observar que la mucosa se encuentra seca y el paciente refiere sensación de quemadura.

A éste padecimiento se le conoce también como gingivitis descamativa crónica, gingivitis del embarazo, gingivitis de la pubertad, gingivitis menopausisa y gingivitis senil.

Su etiología es aún desconocida pero de acuerdo a pruebas de laboratorio y experimentos en monos se ha asociado ésta a trastornos hormonales.

TRATAMIENTO.

Aquí el tratamiento más adecuado es ponerse en contacto con su endocrinólogo del paciente ó trasmitirlo para que éste nos determine el origen del trastorno y sea tratado a nivel hormonal - el paciente.

PERIODONTOSIS.

La periodontosis es un padecimiento distrófico degenerativo que está caracterizado por la destrucción parcial ó total de los tejidos del diente éste puede atacar un grupo de dientes ó bien a ambas arcadas.

El Dr. Gottlieb, la demoninó como una atrófia difusa del hueso alveolar.

Su etiología no se ha establecido de una manera determinada pero sus causas principales son los factores generales ó sistémicos tales como: desnutrición, estados clínicos ó subclínicos-- ó avitaminosis.

Otros factores etiológicos que tienen relación más directa es la oclución de los vasos que nutren al ligamento periodontal, es decir fenómenos tróficos de la dinámica sanguínea.

De acuerdo a los cambios histológicos la periodontosis se divide en tres fases que son:

1era.- Fase. En ésta fase hay destrucción de las principales fibras periodontales, empezandose a producir tejido conectivo indiferenciado con fenómenos de extravasación sanguínea y aumento de volumen del espacio vital del ligamento periodontal.

2da.- Fase. En ésta fase la destrucción aumenta hacia la inserción epitelial volviendose un trastorno inflamatorio degenerativo.

3era. Fase. En ésta fase la formación de bolsas exudado , sarro y movilidad de segundo o tercer grado.

Radiológicamente se observa el desprendimiento del lig.

mento periodontal y la abosrción ósea con presencia de bolsas perioontales que se observa como zonas radiolúcidas y en ocasiones se puede observar abosrción de cemento radicular.

Este es un padecimiento que por lo general se presenta - en la tercera década de vida.

Se observa en ambos sexos pero principalmente en mujeres

Los síntomas principales de la periodontosis es la formaoción de diastemas en los dientes anteriores y movilidad de segundo y tercer grado formación de abscesos y dolor.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la periodontosis se lleva a acabo por lo general se encuentra en su primera o segunda fase, y se debe de hacer una valoración por medio del sondeo y el estudio radiológico para determinar cuales son los dientes que se encuentran con mayor soporte óseo.

Posteriormente se procede al cureteado y raspado de és--tos y la eliminación de las bolsas periodontales infraóseas; se --recomienda por lo general por medio del levantamiento de colgajo-- con la técnica de bichel interno y con ayuda del médico general deterominar el factor sistémico y su tratamiento.

PERIODONTOMAS.

Se conoce con éste nombre a las neoformaciones que se localizan en la encía.

Entre las características más sobresalientes de las neoplasias benignas encontramos que son encapsuladas de crecimiento lento indoloras y además no producen metástasis a comparación de las malignas ó CA.

Entre las lesiones benignas tenemos fibromas y hemangiomas, lesiones traumáticas, epulis y lesiones inflamatorias como es el tumor del embarazo.

La etiología de éstos tumores se cree que por lo general son ocasionados por un agente irritante local constante,

Se manifiesta por la aparición de pólipos, que pueden ser también producidos por una prótesis mal ajustada ú obturaciones que sobrepasan al borde cervical.

Los fibromas son neoplasias benignas del tejido conectivo generalmente se encuentran encapsulados y provienen del tejido conectivo gingival ó del ligamento periodontal.

Las características clínicas son tumores esféricos de crecimiento lento tienden a ser firmes y nodulares aunque pueden ser blandos y pediculados.

Están compuestos a nivel histopatológico por fibroblastos.

TRATAMIENTO

La resección del tumor por enucleación y posteriormente a ella su apósito quirúrgico.

HEMANGIOMA.

Es un tumor benigno formado por vasos sanguíneos, generalmente de dos tipos capilar y cavernoso siendo más común el de origen capilar.

Son blandos sesiles ó pediculados é indoloros el contorno puede ser liso irregular o bulboso su tamaño es variable, su color depende del tamaño de éste; si es grande es de color rojo brillante, cuando son pequeños y se encuentran cerca de un trayecto arterial pueden ser de color púrpura, al presionar éstos sufren isquemia.

Estos tumores aparecen por lo general en las papilas y tienden a extenderse hacia los dientes adyacentes; como están sujetos a traumatismo, éstos pueden llegar a ulcerarse y producir hemorragia.

TRATAMIENTO.

Si son de un tamaño pequeño, éstos pueden ser tratados por medio de radioterapia; pero si son grandes se hace la extirpación quirúrgica y posterior a ella el uso del apósito quirúrgico.

EPULIS.

Se le denomina también granuloma reparador de células gigantes, es un crecimiento de tejido blando solitario localizado y que hace excreción sobre el espacio interproximal a nivel del cuello del diente, se encuentra adherido por medio de un pedículo estrecho.

Existen dos teorías a cerca de la etiología de ésta lesión, que puede ser de tipo neoplásico ó traumático, siendo la más aceptada la de origen traumático.

Al parecer es causado por un irritante inicialmente produciendo una hemorragia proseguida de un proceso fibroendotelial.

Clínicamente puede aparecer en la encía interdientaria ó bien en la encía marginal; su aspecto varía desde una masa regular y lisa hasta una protuberancia multiloculada de forma irregular con indentaciones superficiales rara vez llega a presentar ulceraciones a nivel marginal.

Su tamaño es variable y puede llegar a cubrir varios dientes; puede ser firme ó esponjosa y su color varía desde el rosa coral hasta el púrpura.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la enucleación de éste.

TUMOR DEL EMBARAZO.

El agrandamiento gingival no es neoplásico sino inflamatorio.

Generalmente aparece después del primer trimestre del embarazo, es indoloro a no ser que halla empaquetamiento de alimentos lo que irrita a la encia y produce sangrado, su tamaño varia desde un diente hasta abarcar varios; es de forma esférica o fungiforme con su base pediculada o senil, con su superficie queratinizada y edematosa.

Su consistencia varia y puede ser semi-firme ó blando.

TRATAMIENTO

Consiste principalmente en la eliminación de los irritantes locales con una higiene bucal adecuada y en caso de haber le-siones la eliminación del tejido enfermo.

Generalmente al terminar el embarazo se reduce espontáneamente al reestablecerse el equilibrio hormonal.

ALTERACIONES GINGIVALES POR FARMACOS.

GINGIVITIS FIBROSA.

Sus manifestaciones bucales son:

Encias lobuladas de color rosa pálido que a veces llega-

a cubrir la corona de los dientes.

Este padecimiento por lo general lo presentan personas - que padecen de ataques epilépticos a los cuales se les debe administrar Dilatin sódico que al parecer es el agente causal.

ESTOMATITIS ARSENICAL.

Manifestaciones clínicas.

Los pacientes presentan pigmentaciones metabólicas de las mucosas bucal, gingivitis y a veces necrosis de los maxilares.

Este padecimiento se debe a la ingestión de fármacos que contiene arsenico.

ESTOMATITIS PLUMBICA.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Se caracteriza por la aparición de una franja metálica -- negra en la encía marginal.

Se debe a la ingestión de medicamentos con sales de --- plomo.

ESTOMATITIS BISMUTICA.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Hay un aumento en la segregación salival acompañada de - gingivitis ulcerativa con pigmentaciones gris plateada y aumento - de labios y lengua debido a la ingestión de fármacos que contienen mercurio.

ESTOMATITIS FOSFORICA.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Este es uno de los padecimientos quizá más graves pero - menos frecuentes ya que produce periodontitis y ostiomelitis por lo- consiguiente hay movilidad dentaria y se debe a la ingestión de -- sales de fósforo.

HISTORIA CLINICA GENERAL Y PERIODONTOGRAMA

La historia clínica general es un documento de gran interés para el cirujano Dentista y el clínico ya que por medio de este documento se hace un estudio con el objeto de determinar el estado de salud ó enfermedad del paciente, y así se establece un diagnóstico; asentar el pronóstico é instituir el plan de tratamiento y fundar las bases de la patología ó el agente morbozo.

La diferencia que existe de una historia clínica general con la historia clínica en parodoncia es que aumentamos un periodontograma que es la reproducción de todo el márgen gingival forma y tamaño de la encía, a al vez la profundidad del surco gingival en sus cuatro caras.

Además se acompaña de un estudio radiológico para determinar relación corona raiz, posición y forma de la raiz; calcificación ósea y cemento radicular a la vez que absorción, y espacio del ligamento periodontal.

Dentro de la historia dental cabe señalar que en el examen bucal se debe de anotar la fecha del último examen, nombre del odontologo y dirección y tratamientos realizados de operatoria, prótesis y cirugías.

Esto se hace con el fin de llevar un control del plan de tratamiento que se va a realizar.

Para elaborar la historia clínica existe un orden de pasos a seguir que son los siguientes:

- 1.-Ficha de indentificación.
- 1.-Antecedentes personales no patológicos.
- 3.-Antecedentes heredofamiliares.
- 4.-Antecedentes personales patológicos.
- 5.-Padecimiento actual.
- 6.-Interrogación por aparatos y sistemas.
- 7.-Exploración física.
- 8.-Impresión diagnóstica.
- 9.-Pronóstico.
- 10.-Plan de tratamiento.
- 11.-Exámen bucal.
- 12.-Periodontograma.
- 13.-Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, dental.

Datos que se recopilan de la historia clínica.

FICHA DE IDENTIFICACION .

- 1.- Nombre
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Ocupación
- 5.- Lugar de nacimiento
- 6.- Lugar de residencia.
- 7.- Dirección
- 8.- Teléfono
- 9.- Religión

Importancia de cada dato de la ficha de identificación

Edad.- Por factores hormonales y Psicológicos.

Sexo.- Por factores hormonales y procesos infecciosos.

Ocupación.- Por hábitos higiénicos, dietéticos y medio de desarrollo.

Estado civil.- Por procesos infecciosos.

Lugar de nacimiento. Por factores nutricionales.

Religión.-?

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Aquí se le interroga al paciente si en su familia hay alguna persona que padece o ha padecido antecedentes fímicos, luéticos, diabéticos, neoplásicos, genéticos y cardíacos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Se le interroga al paciente con respecto a su casahabitación de cuantas recámaras consta, por cuántas personas es habitada si esta bien ventilada, si cuenta con todos los servicios urbanos y su dieta .

Estos datos nos sirven para determinar si habita en asinamiento y promiscuidad y si su padecimiento se debe a su forma de vida

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Aquí se le interroga al paciente cuando fue la fecha de su último examen médico, y a que se debió la consulta, cuáles han si-

do sus enfermedades que ha padecido y cuál o cuáles con mayor frecuencia, si se ha sometido a intervenciones quirúrgicas y cual ha sido la causa y su cuadro inmunológico.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Se investiga la causa y el principio del padecimiento a que lo atribuye el paciente y su evolución, y el estado actual de la enfermedad y molestias que tuvo al principio y durante su curso.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS .

El interrogatorio por aparatos y sistemas se desglosa de la siguiente forma.

- 1.- Aparato digestivo .
- 2.- Aparato respiratorio .
- 3.- Aparato circulatorio .
- 4.- Aparato genitourinario .
- 5.- Sistema nervioso.

Síntomas más importantes que se deben de recopilar en el interrogatorio por aparatos y sistemas.

APARATO DIGESTIVO .

Apetito, distinción de sabores, sed, mal sabor de boca - dificultad al tragar los alimentos, estatus agruras, acideces, náuseas, vómitos, dolor de estómago, con qué aumenta o disminuye, si es localizado ó irradiado cólicos y meteorismos.

APARATO RESPIRATORIO .

Dificultad para respirar, tos seca ó desgarrante, expectociones, color,olor, y sabor.

APARATO GENITOURINARIO .

Número de micciones al día, color,olor, ardor a la miccion, sedimentaciones, pujo y tenesmo.

Si ha padecido ó padece alguna enfermedad vénerea, si fue tratado, con que medicamentos y durante que tiempo estuvo en tratamento.

APARATO CIRCULATORIO .

Taquicardias, bradicardias, disnea de pequeños medianos - y grandes esfuerzos, dolor, en la región precordial, qué tipo de dolor si es irradiado y con qué lo compara, aumenta ó disminuye con movimientos y tiempo de duración del mismo.

Si padece edema de miembros, tumefacciones, cefaleas, tinitus, vértigos, sangrado de nariz, ú oídos, bochornos, hormigueo ó calambres en las extremidades .

SISTEMA NERVIOSO .

Duerme bien ó sufre de insomnio, audicion, olfación, agudeza visual, sufre convulsiones.

INSPECCION GENERAL.

1.- CONSTITUCION

Es el grado de robustez y se clasifica en fuertes de constitución media, débiles y fuertes debilitados.

2.- CONFORMACION

Depende de las proporciones del individuo con respecto a los miembros del cuerpo por lo que tenemos bien conformados y mal conformados.

3.- ACTITUDES

Dependen de la forma en que se presenta al consultorio el paciente y la posición que toma, por lo que tenemos actitudes voluntarias ó involuntarias instintivas, forzadas y pasivas.

4.- FACIES.

Es la expresión facial con la que se presenta el paciente y tenemos: febril, tífica, abdominal, peritoneal y agónica ó hipocrática.

5.- MOVIMIENTOS ANORMALES .

Dentro de los movimientos anormales tenemos dos divisiones que son:

- 1.- Movimientos fisiológicos, que son automáticos y los asociados; que son efecto de la actividad normal del sistema extrapiramidal.
- 2.- Movimientos patológicos, que son desencadenados por lesiones nerviosas o dependientes de trastornos funcionales.

6.- MARCHA.

La marcha se puede apreciar desde el primer momento en -- que entra el paciente al consultorio por su propio pie, con ayuda de una prótesis ó por medio de un acompañante, ésta se divide en:

- 1.- Unilateral. : Claudicante, helicópoda y helcópoda.
- 2.- Bilateral. Atáxica, miopática, polineurítica, propulsiva, espástica y titubeante o cerebelosa.

7.- ESTADO DE INTELIGENCIA.

Es la facultad de conocer y comprender las cosas que le rodean y el medio ambiente, para este estudio intervienen los órganos de los sentidos.

.DIAGNOSTICO.

El diagnóstico es el conocimiento de las alteraciones anatómicas, fisiológicas y patológicas que el agente morboso a producido en el organismo.

PRONOSTICO.

Es la predicción de la evolución probable de la enfermedad.

TRATAMIENTO.

Son todos los medios profilácticos, higiénicos, dietéticos y terapéuticos para combatir la enfermedad y evitar su propagación antes de llegar a un procedimiento quirúrgico, ya que cuando se ha decidido el tratamiento quirúrgico, éste puede ser cirugía instrumental y/o por procedimientos manuales.

EXAMEN BUCAL.

El examen bucal consta de una serie de datos que debe --recopilar el cirujano dentista durante la inspección clínica y lo deberá de complementar con un estudio radiológico.

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA.

2.- ESTADO BUCAL

En estado bucal se deberá inspeccionar labios, carrillos, paladar y velo del paladar, piso de la boca, frenillos linguañes, labiales, fondo de saco, mucosa en general, glándulas salivales y ganglios linfáticos infartados.

3.- MAXILAR Y MANDIBULA.

Se deberá de revisar si hay algún padecimiento infeccioso, traumático, congénito y neoplásico.

4.- REGION GINGIVAL.

Dentro de la región gingival se debe inspeccionar su co-

lor- forma consistencia, volumen, pruebas térmicas y eléctricas, - sensibilidad a la percusión, dolor a la presión digital. sangrado- espontáneo ó provocado al cepillado, sangrado de las encias al comer, atrofas, hipertrofas, pigmentaciones, tártaro dentario sa- rro y hábitos.

5.- HIGIENE BUCAL.

Técnica de cepillado, cepillado dental cómo y cuántas ve ces, uso de palillos hilo dental ú otros estimuladores gingivales.

ODONTOGRAMA.

- 1.- Número de piezas dentarias.
- 2.- Piezas dentarias sin tratamiento.
- 3.- Piezas dentarias con tratamiento.
- 4.- Piezas dentarias con caries.
- 5.- Alteraciones dentarias.
- 6.- Alteraciones pulpares.
- 7.- Piezas dentarias con endodoncia.
- 8.- Tratamientos periodontales.
- 9.- Tratamientos ortodónticos.
- 10.- Dientes primarios.
- 11.- Dientes ausentes.
- 12.- Raíces dentarias.
- 13.- Movilidad dentaria y grado.
- 14.- Prótesis fija y removible.

OCLUSION:

- 1.- Articulación temporomandibular.
- 2.- Mordida cruzada.
- 3.- Mordida abierta.
- 4.- Oclusión traumática.
- 5.- Malposición dentaria.
- 6.- Contactos prematuros en oclusión céntrica.
- 7.- Interferencia en movimientos mandibulares.

PERIODONTOGRAMA.

El periodontograma forma parte integral del exámen bucal consta del registro esquemático de los dientes y las raíces, desde los aspectos bucales linguales y proximales.

El diagrama posee una serie de líneas horizontales paralelas con una separación de dos milímetros generalmente, comenzando en la unión cementoamantina para registrar la profundidad de la bolsa y su forma con una precisión razonable.

Otra finalidad del periodontograma es llevar un control del plan de tratamiento y su evolución.

En el periodontograma se debe de anotar el contorno del margen gingival, migración de la encía, piezas dentarias ausentes, prótesis parcial fija y removible.

Para realizar la medición de la bolsa periodontal se utiliza una sonda milimetrada de Williams o de Dreslich, y se introduce en el surco gingival de cada pieza dentaria en forma circular, sin producir sangrado ya que si esto llegase a suceder lo único -- que se está realizando es desprender la unión epitelial del surco gingival dando como consecuencia mediciones incorrectas.

TECNICA DE CURETEADO

El procedimiento básico para el cureteado comienza con la inserción de la cureta en la bolsa y con un movimiento exploratorio para precisar; se determinan las características topográficas de la raíz, a continuación se procede a la eliminación de sarro con movimientos cortos y firmes, una vez eliminado el sarro el movimiento se hace más largo y con un efecto suave pero firme para allisar la superficie radicular del tal forma que no existan zonas con escalones ó ásperas y cemento reblandecido.

Para haecer los movimientos circunferenciales debe ser de la misma forma por lo que general se utilizan curetas de McCall 3, 17 y 18.

El fin del cureteado es la eliminación del tejido enfermo que se localiza en la pared lateral del intersticio gingival, para que este al eliminar el tejido epitelial dejando tejido conectivo forme un coágulo nuevo y por la extravasación sanguínea se elimine todos los restos enfermos y vuelva a formarse una nueva inserción epitelial.

INDICACIONES DEL CURETAJE.

- 1.- Pacientes que son psicológicamente incapaces de aceptar la cirugía.
- 2.- Pacientes con caries de segundo grado complejas.
- 3.- Pacientes con bolsas periodontales profundas, prin-

ciplamente periodontosis en su tercera fase ya que se --
recomienda realizar una gingivectomía y la ferulización-
de los dientes.

Por lo general se recomienda que si la alteración patoló-
gica periodontal involucra ambas arcadas, el tratamiento debe ha-
cerse por cuadrantes ya sea que se realice una cuadrante superior-
unicamente o bien un cuadrante superior e inferior pero del mismo-
lado ya que si en cierto grado disminuyen las molestias para el -
paciente al tomar sus alimentos y no corremos el riesgo de que --
vuelva, a haber un nuevo empaquetamiento de alimento durante el --
tiempo pos-operatorio.

DIETA.

El objetivo de la dieta es evitar algún recaimiento del-
paciente en nuestro tratamiento ya que éstos nos puede llevar al -
fracaso del mismo.

PRIMER DIA.

Se le indica al paciente que su dieta será a base de lí-
quidos durante dos días, como es la ingestión de líquido.

TERCER DIA.

Dieta blanda, lo que se recomienda por lo general es tom-
mar alimentos blandos como son verduras y carnes blancas.

Se le indica al paciente que debe de eliminar la grasa - de los alimentos al igual que los condimentos ya que éstos pueden llegar a irritar a los tejidos.

Se le prohibirá estrictamente la ingestión de bebidas g seosas y alcoholicas al igual que fumar.

Con respecto al aseo bucal éste debe de ser lo más metí- culoso é incluso se le recomienda el uso de antisépticos bucofarín geos como un medio profiláctico.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA
GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA.

GINGIVECTOMIA.

DEFINICION.- La gingivectomía es una serie de pasos quirúrgicos encaminados a la eliminación total de las bolsas periodontales mediante el corte de las paredes que la forman.

OBJETIVOS DE LA GINGIVECTOMIA

- 1.- Eliminar la encía enferma que forma la pared lateral de la bolsa periodontal.
- 2.- Eliminar los irritantes locales que se encuentran en el intersticio periodontal.
- 3.- Devolver a la región operada su forma y función normales, por medio de la gingivoplastia.

INDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA.

- 1.- Bolsas gingivales en las cuales la pared de la bolsa está formada por tejidos fibroso.
- 2.- Bolsas supraóseas con resorción horizontal.
- 3.- Cráteres interdentarios.
- 4.- Erupción activa alterada.
- 5.- Falta de armonía anatómica del margen gingival.

CONTRAINDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA.

- 1.- Alteraciones en la salud general del enfermo que pone en peligro al paciente por problemas sistémicos.
- 2.- Bolsa infraóseas con pérdida abundante de hueso alveolar.
- 3.- Pacientes tratados con Dilatin sódico.
- 4.- Movilidad de tercer grado.

GINGIVOPLASTIA.

Es una técnica quirúrgica por medio de la cual se restablece la arquitectura normal a la encía marginal insertada y papilar.

INDICACIONES DE LA GINGIVOPLASTIA.

- 1.- Encía marginal cicatrizada con bordes gruesos y fibrosos.
- 2.- Cráteres gingivales que quedan generalmente de la gingivitis ulceronecrosante aguda.

CONTRAINDICACIONES.

Al igual que la gingivectomía ya que no tiene caso intervenir a un paciente el cual se encuentra en un estado de salud delicado ó bien si los dientes no tienen soporte y los pacientes tratados con dilatin sódico; ya que en estos en pacientes es indispensable el uso de este medicamento.

TECNICAS DE CEPILLADO DENTARIO

Las técnicas de cepillado dentario son:

METODO INTERSUCAL MODIFICADO.

En el método intersucal modificado se usa un cepillo multipenacho de cerdas blandas, las cerdas tienen extremos pulidos - - 0.01 mm de diámetro.

Se coloca el cepillo de manera que los costados de las - cerdas queden contra las superficies vestibular palatina ó lingual - de los dientes, las cerdas internas quedan cerca de los dientes, y - los extremos de las cerdas contra el margen gingival de los dientes

Gírese levemente el mango del cepillo hasta que las dos ó tres hileras externas de las cerdas se apoyen sobre el margen gingi - val y sobre la encía insertada adyacente a ese margen. Importa un - movimiento de vibración en sentido anteroposterior dejando que las - cerdas al diente se introduzca en el margen gingival. Al mismo tiem - po, el movimiento vibratorio de las dos ó tres hileras de cerdas - externas quitarán la placa de la encía insertada que se halla bajo - los extremos de las cerdas y estimulará la encía.

Este movimiento vibratorio se prolongará unos diez segun - dos, los costados de las cerdas al diente friccionan, lo cual ayu - da a aflojar la placa. Después de efectuar el movimiento de vibra -

ción, se gira el cepillo hacia la superficie oclusal. Comenzando la secuencia de cepillado en la parte posterior de la boca, en el arco superior y en las superficies vestibulares, se coloca el cepillo según lo descrito hasta completar el ciclo, después se mueve al nuevo segmento hacia mesial, tomando un pequeño sector del segmento cepillado anteriormente se repite el ciclo hasta el último diente del arco; colocando los extremos de las cerdas contra ésta cara y haciendo vibrar el cepillo. Se repite el procedimiento, esta vez volviendo por la superficie palatina del lado opuesto del arco, a continuación se oclusal los extremos de las cerdas sobre la superficie oclusal en un extremo del arco superior y vibrese para penetrar en la fisura oclusal, dando vuelta hacia el lado opuesto.

METODO DE STILLMAN.

En este método el cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas queden parte sobre la encía, y en parte sobre la porción cervical de los dientes. Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical. Se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival hasta producir un empaldecimiento perceptible. Se separa el cepillo para que la sangre vuelva a la encía, se aplica presión varias veces, y se imprime al cepillo un movimiento rotativo suave, con los extremos de las cerdas en posición.

Se repite el proceso en todas las superficies dentarias, comenzando en la zona molar superior, procediendo sistemáticamente-

en toda la boca. Para alcanzar las superficies linguales de las zonas anteriores superior é inferior, el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal, y dos ó tres penachos de cerdas trabajan sobre los dientes y la encía.

Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando con profundidad en los surcos y espacios interproximales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.

En el método de Stillman modificado la acción vibratoria de las cerdas se suple con un movimiento del cepillo a la largo del diente en la dirección de la línea de oclusión. El movimiento del cepillo comienza en la encía insertada cerca de la unión con la mucosa alveolar y describe una trayectoria que incluye las encías insertada y marginal y las superficies dentarias contiguas. Se atribuyen a esta modificación las ventajas de limpiar en forma más efectiva las superficies dentarias y tener menos posibilidad de traumatizar la encía marginal.

METODO CHARTERS.

En el método de Charters, consiste en introducir las cerdas entre los dientes y orientandolas hacia incisal y oclusal con una angulación de 45° , con cuidado para no lacerar la encía con las cerdas, Con las cerdas entre los dientes se presiona llevando

los costados de éstas contra la encía y rotando ligeramente el cepillado. Las cerdas no deben desplazarse. Después de tres ó cuatro movimientos circulares se lleva el cepillo a la zona adyacente y se repite el procedimiento. Debe penetrarse en cada espacio interdental. Las caras oclusales no deben cepillarse con un movimiento de deslizamiento sino que deben forzarse suavemente las cerdas en los surcos y fisuras y activarlas con un ligero movimiento rotatorio. Para realizar el cepillado lingual se emplea igual procedimiento, exep^to que sólo se puede usar eficazmente la punta del cepillo, en las zonas palatinas y linguales de los dientes posteriores el paciente apoyará el cepillo contra el paladar para que las cerdas trabajen entre los dientes.

METODO DE FONES.

En este método se presiona firmemente el cepillo contra los dientes y encía con el mango paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a la cara vestibular de los dientes. Se mueve el cepillo en forma rotatoria con los dientes en oclusión y llegando hasta los surcos vestibulares.

METODO FISIOLOGICO.

Smith y Bell, han descrito un método de cepillado que trata de reproducir la trayectoria de la comida durante la masticación. Este método consiste en un suave movimiento de barrido que comienza en los dientes y progresa hacia el márgen gingival y la encía insertada.

METODO CIRCULAR.

En este método, las cerdas se colocan bien arriba sobre la encía insertada, con una angulación de 45° . Se presiona el costado de las cerdas contra el tejido y al mismo tiempo se mueve el cepillo hacia incisal y oclusal contra la encía y los dientes en movimiento circular.

LOS MATERIALES DENTALES COMO APOSITOS QUIRURGICOS.

La finalidad del aposito quirúrgico es proteger las superficies cruentas de la encía de los irritantes bucales y mantener en posición los colgajos que se hicieron para su cicatrización ya que los mantiene inmóviles más no ayuda a la cicatrización.

FORMULA DE BAER.

Polvo.	Líquido.
Resina.....0.52 g	Oxido de Zin.....5%
Oxido de Zinc.....0.41 g	Grasa Hidrogenada..95%
Bacitracina.....3000 U.	

Este cemento se debe preparar con una consistencia de mastiche ya que al fraguar tiene una consistencia de caucho.

FORMULA DE COE PAK.

Tubo 1.	Tubo 2.
Oxidos metálicos	Acido carboxílico no ionizado
Bitionol	Clorotimol.

FORMULA DE KIRKLAND MODIFICADO.

Polvo.

Líquido.

Oxido de Zinc.

Aceite de cacahuete.

Resina

Eugenol

Acido tánico en escamas

Resina derretida en escamas

Fibras de asbesto

Colorante vegetal.

De acuerdo a la fórmula del cemento Kirkland modificado-- se debe incorporar lentamente el polvo al líquido hasta producir una masa uniforme y firme una vez preparado se corta en trozos y se enrolla con los dedos hasta darle una forma cilíndrica y se procede a colocarlo. haciendo presión firme pero sin provocar el deslizamiento del colgajo, a la vez se va a introducir en los espacios interproximales que de ahí obtenga sus retenciones. una vez colocado se espera a que empiece a fraguar y se recorta el exedente para que el paciente pueda cerrar la boca normalmente sin que exista alguna interferencia.

VENTAJAS QUE PROPORCIONA EL APOSITO QUIRURGICO.

- 1.- Controla la hemorragia y disminuye la posibilidad de infecciones posoperatoria.
- 2.- Actua como sedante al cubrir la región incidida para evitar dolores causados ya sea por traumatismos durante la masticación y evita la penetración de irritantes y disminuye los cambios térmicos bruscos.

3.- Inmoviliza los dientes en caso de movilidad.

4.- Estimula la formación de tejidos de granulación.

El apósito podrá ser retirado aproximadamente a los ocho días, no se debe de frotar la encía sino lavar con suero fisiológico.

Después de retirar el apósito el paciente debe de tener cuidado con su técnica de cepillado ya que éste no deberá ser brusco porque puede llegar a lesionar las zonas de cicatrización.

C O N C L U S I O N

La enfermedad periodontal es un problema al cual se le -- debe de dar mayor importancia ya que si los elementos del ligamento periodontal son afectados por cualquier agente etiológico ya sea -- local ó general y no es atendido en una etapa temprana todo el es-- fuerzo odontológico sera inútil; ya que cada diente es un órgano vi-- tal para la masticación y se se llegase a perder, se perdería el e-- quilibrio de la oclusión no solamente dañando a un solo órgano sino a ambas arcadas ya que la fuerza de la masticación deberá volver a ajustarse y hacer mayor carga de trabajo en los demás órganos denta-- rios.

Por lo que el cirujano dentista deberá de elaborar su his-- toria clínica cuidadosamente ya que el mínimo error nos podrá llevar al fracaso del tratamiento.

Además de ser un buen cirujano dentista también deberá -- de ser un buen clínico para no pasar desapercibido ante cualquier -- ente patológico que pueda poner en riesgo la vitalidad de un órgano dentario ya que como hemos visto anteriormente el inicio de la enfer-- medad periodontal es asintomático.

Al igual debemos de motivar al paciente para que éste coo-- pere con respecto a su salud bucal y acuda al odontólogo o a las -- clínicas de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Méxi-- co ó bien a los centros de salud para que se le realice un control de placa dentobacteriana ó se le instituya un plan de tratamiento--

antes de que llegue a perder algún órgano dentario., ya que si no es atendido se le puede llegar a complicar y poner en peligro su sa lud general como es en el caso de los niños que les puede llegar a producir desde faringoamigdalitis, fiebre reumática é incluso una-- lesión coronaria.

B I B L I O G R A F I A

SAUL SCHKUGER, ROY C. PAGE , RALPH A . YOUDELIS.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

EDITORIAL C.E.C.S.A. PRIMERA EDICION 1981.

ORBAN BALINT JOSEPH.

PERIODONCIA CLINICA Y PRACTICA

EDITORIAL INTERAMERICANA CUARTA EDICION 1975.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCAL.

HENRRY SCHIGER.

ARTHUER W. HAM.

TRATADO DE HISTOLOGIA.

EDITORIAL INTERAMERICANA, SEPTIMA EDICION 1975.

RUY PEREZ TAMAYO.

INTRODUCCION A LA PATOLOGIA.

INSITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION, 1976.

EDWARD V. ZEGARELLI. AUSTIN H. KUTSCHER. GEORGE A. HYMAN.

DIANOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

EDITORIAL SALVAT . S.A. 1972.

J. SUROS.

SEMIOLOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATORIA.

EDITORIAL SALVAT. S.A. SEXTA EDICION 1978.

LUIS MARTINEZ CERVANTES.

CLINICA PROPEDEUTICA. MEDICA.

EDITOR Y DISTRIBUIDOR FRANCISCO MENDEZ OTEO. 1979.

LUIS LEGARRETA REYNOSO.

CLINICA DE PARODONCIA.

Prensa Medica Mexicana. 1967.