



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Odontología

**Fisioterapia Oral en Enfermedad
Parodontal.**

**DOMADO DON D. C. D. - R. C.
T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
MARIA ISABEL MUÑOZ LIZARDI
MARGARITA VERDUZCO CEDILLO

MEXICO, D. F.

1979

18004



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.

SUMARIO

CAPITULO I. DEFINICION DE SALUD Y ENFERMEDAD (Pág. 1 y 2).

CAPITULO II. (pág. 4) CUADRO DE ENFERMEDAD PARODONTAL: a) inflamatorias b) distróficas c) de generativas.

CAPITULO III. ANATOMIA E HISTOLOGIA DEL PARODONTO. A) ENCIA B) ADHERENCIA EPITELIAL C) LIGAMENTO PARODONTAL D) CEMENTO E) HUESO.

A) ENCIA. DIVISION TOPOGRAFICA DE LA ENCIA (pág. 5): 1) encía marginal 2) encía insertada 3) encía alveolar o fibromucosa.

DIVISION CLINICA Y MICROSCOPICA DE LA ENCIA. (pág. 6): 1) encía marginal o no adherida 2) encía adherida 3) papila interdental.

CARACTERISTICAS CLINICAS. NORMALES DE LA ENCIA.

(pág. 7) 1) encía marginal 2) encía insertada 3) encía alveolar.

ELEMENTOS ~~HISTOLOGICOS~~ ^{HISTOLOGICOS} DE LA ENCIA - (pág. 8) 1) tejido epitelial 2) tejido conectivo 3) intersticio gingival 4) adherencia epitelial.

B) ADHERENCIA EPITELIAL. (pág. 9)

C) LIGAMENTO PERIODONTAL. (pág. 9) ELEMENTOS HISTOLOGICOS: 1) fibroblastos 2) cementoblastos 3) osteoblastos 4) osteoclastos 5) vasos nervios y linfáticos 6) restos epiteliales de mala sujeción.

ORGANIZACION: 1) Fibras principales 2) fibras secundarias.

ESPESOR DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

GRUPOS DE LAS FIBRAS PRINCIPALES SEGUN SU DIRECCION: 1) grupo de la cresta alveolar 2) grupo horizontal 3) grupo oblicuo 4) grupo apical 5) grupo interradicular.

FISIOLOGIA DEL LIGAMENTO PARODONTAL (pág. 13) 1) función biológica 2) función mecánica o de sostén.

CAPITULO IV SALIVA (pág. 17). Volumen normal. Composición. Función.

CAPITULO V. FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD PARODONTAL A) FACTORES EXTRINSECOS B) FACTORES INTRINSECOS C) FACTORES PSICOSOMATICOS.

A) FACTORES EXTRINSECOS - (pág. 18): 1) factores locales que se refieren al medio bucal 2) factores que se refieren a los tejidos dentarios 3) factores provocados por la falta de educación odontológica.

B) FACTORES INTRINSECOS - GENERAL O SISTEMICOS (pág. 32): 1) carencia vitamínica 2) trastornos hormonales 3) enfermedades de la sangre 4) alergia -- a fármacos.

C) FACTORES PSICOSOMATICOS (pág. 51).

CAPITULO VI. EDUCACION DEL PACIENTE Y DIFERENTES TECNICAS Y ACCESORIOS PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD PARODONTAL:

1) Educación de la salud - (pág. 55)

2) Nutrición (pág. 59)

3) Visitas periódicas al dentista (pág. 60): a) profilaxis dental b) corrección de anomalías orales

c) examen del paciente: - historia médica, examen extrabucal, examen perioral, examen intraoral

4) fisioterapia bucal:

a) control de placa - (pág. 81).

b) Estimulación y queratinización del tejido gingival (pág. 83).

c) Tratamiento del tejido gingival con una prótesis fija. (pág. 85).

d). Cuidados cuando existe una prótesis removibles (pág. 86)

e) Tratamiento del tejido gingival en presencia de problemas especiales como: (pág. 87) dilatación, anemia, respiración bucal, embarazo, pubertad, factores iatrogénicos.

f) Tratamiento del tejido gingival cuando existe (pág. 87) gingivitis desquamativa, herpes, laceraciones debidas a lastimaduras de cerdas, sensibilidad debida a la cirugía gingival.

g) Tratamiento de furcaciones - (pág. 88).

h) Tratamiento de el tejido gingival en caso de (pág. 89): falta de colaboración, incapacidad física.

i) Fluoración de aguas potables - y aplicaciones tópicas de flúor - (pág. 90)

j) Corrección de mala odontología restauradora (pág. 91).

k) Prevención de maloclusiones:

1) Prevención de caries (pág. 92).

2) Mantenimiento de espacio - (pág. 93).

3) Ortodoncia interceptiva - (pág. 93).

4) Corrección de malos hábitos como:

-Succión digital - (pág. 94).

-Succión labial (pág. 96).

-Respirador bucal (pág. 98).

-Bruxismo (pág. 101).

-Deglución anormal (pág. a la 105-111).

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

En base a la experiencia de la práctica odontológica, se ha venido observando a través del tiempo, la gran importancia que reviste la aplicación de medidas preventivas en la sociedad actual, con la finalidad de evitar la aparición y desarrollo de la enfermedad; por éste motivo, hemos enfocado nuestro trabajo en las diferentes técnicas y accesorios empleadas en la prevención de la enfermedad parodontal.

Esperamos que este trabajo, sea de utilidad a los compañeros, que tengan interés en llevar a cabo, en su práctica profesional, las diferentes medidas preventivas que trataremos.

C A P I T U L O I

ALUD Y ENFERMEDAD.

El objeto de este trabajo es la prevención de las enfermedades del parodonto; por esta razón creemos pertinente hablar de lo que es salud y enfermedad.

SALUD.

Según la organización mundial de la salud (OMS), define a la salud: como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias.

ENFERMEDAD.

Enfermedad es la reacción del individuo, a la combinación de ausencia o presencia de factores intrínsecos y extrínsecos que puede afectar al propio individuo.

a).- FACTORES INTRINSECOS. Se refiere al individuo y comprenden: edad, sexo, herencia, estado fisiológico.

b).- FACTORES EXTRINSECOS, Se refieren al medio externo y pueden ser: físicos, químicos, nutricionales, infecciosos.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES.

Son múltiples los criterios para clasificar las enfermedades, entre estas clasificaciones pueden ser:

a).- POR SU EXTENSION.

b).- POR LA NATURALEZA DE LA CAUSA PRODUCTORA

c).- POR SU ORIGEN.

a).- POR SU EXTENSION.- Por su extensión puede ser: local o general.

Local. Cuando está circunscrita a una región corporal como por ejemplo: la fractura de un hueso, quiste, absceso, tumor benigno, etc.

General. Cuando abarca el organismo entero, - por ejemplo: tuberculosis, sífilis, gripe, un tumor maligno, etc.

b).- POR LA NATURALEZA DE LA CAUSA PRODUCTORA
La clasificación más corriente se basa en la naturaleza de la causa productora que puede ser:

1).- Mecánica. Como por ejemplo: Conmoción, - contusión, herida, luxación, fractura, etc.

2).- Térmica. Por ejemplo: Golpe de calor, - golpe de sol, congelación etc.

3).- Química. Intoxicaciones de venenos diversos de origen externo o interno.

4).- Alimenticia. Enfermedades por alimentación excesiva o escasa, por ejemplo: obesidad, avitaminosis, etc.

5).- Metabólica. Enfermedades del metabolismo por ejemplo: hipotiroidismo, etc.

6).- Microbiana. Enfermedades infecciosas por ejemplo: tuberculosis.

7).- Parasitaria. Enfermedades parasitarias - por ejemplo: sarna, vermiosis intestinal.

c).- POR SU ORIGEN. Por su origen la enfermedad puede ser:

1).- Hereditaria. Cuando se hereda del tronco familiar.

2).- Congénita. Cuando se contrae por el nuevo ser, durante la vida en el seno materno.

3).- Adquirida. Cuando se contrae después del nacimiento.

C A P I T U L O I I

CUADRO DE ENFERMEDAD PARODONTAL

- A) INFLAMATORIAS: a) agudas, b) crónicas.
- B) DISTROFICAS.
- C) DEGENERATIVAS.

A) INFLAMATORIAS:

1) Agudas:

- Gingivitis ulceronecrotizante- (GUN).
- Gingivitis herpética-
- Gingivitis estreptocócica
- Gingivitis gonocócica
- Absceso-
- Pericoronitis-

2) Crónicas.

- Gingivitis-
- Parodontitis
- Gingivitis medicamentosa (difenilhidantoina)
- Gingivitis ideopática-
- Granuloma piógeno-

B) DISTROFICAS:

- Trauma de la oclusión
- Bruxismo-
- Atrofia presenil-
- Atrofia por desuso-

C) DEGENERATIVAS:

- Gingivosis-
- Parodontosis-

C A P I T U L O III

ANATOMIA E HISTOLOGIA DEL PARODONTO.

- a).- Encía
- b).- Ligamento
- c).- Adherencia Epitelial
- d).- Hueso
- e).- Cemento

PARODONTO.

Se define al parodonto, como los tejidos de revestimiento y soporte del diente, es decir, la membrana periodontal, la encía, el cemento y el hueso alveolar; actuando estos cuatro elementos como una Unidad Biológica Funcional, esto es que cuando alguno de estos elementos es alterado por alguna causa local o sistémica, los demás dan una respuesta patológica mediata o inmediata al agente causal.

ENCIA.

La encía forma parte de la fibromucosa bucal, cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea el cuello de las piezas dentales.

SE DIVIDE TOPOGRAFICAMENTE EN:

- a).- ENCIA MARGINAL. Limitada hacia incisal por el margen gingival y hacia apical vestibularmente por el surco gingival. Interdentalmente el límite de la encía marginal es el principio de la inserción epitelial.
- b).- ENCIA INSERTADA. Limitada hacia incisal por el surco gingival y hacia apical convencionalmente por el principio de la encía alveolar.

- c).- ENCIA ALVEOLAR O FIBROMUCOSA. Limitada hacia-
incisal por el principio de la encía inserta-
da y hacia apical por el fondo de saco vesti-
bular.

DIVISION CLINICA Y MICROSCOPICA DE LA ENCIA.

I.- ENCIA MARGINAL O NO ADHERIDA. Es el margen -
libre de la encía que rodea a los dientes a -
modo de collar. Esta separada de la encía ad-
herida adyacente por una suave depresión li-
neal, por lo general es de poco más de un mi-
lím metro de ancho y forma la pared blanda del-
surco gingival.

II.- ENCIA ADHERIDA. Se extiende desde la encía -
marginal hacia la mucosa alveolar. Es firme,-
resilente y fuertemente adherida al cemento -
y al hueso alveolar subyacentes.

Se subdivide en:

a).- Encía cementaria - Porción adherida al -
cemento.

b).- Encía alveolar - Porción adherida al hue-
so alveolar.

III.-PAPILA INTERDENTARIA. Es la porción de la en-
cía que ocupa el espacio interproximal, si --
las superficies de los dientes contiguos están
en contacto, la papila interdientaria cubre o-
llena el espacio entre ellos y termina justo-
debajo del punto de contacto, si falta el con-
tacto proximal, la encía se une firmemente al
hueso alveolar y forma una superficie redon-
deada suave. Generalmente el extremo de los -
bordes laterales de la papila interdental, es
tán formados por una continuación de encía -

marginal desde la superficie labial y lingual de los dientes adyacentes.

El resto de la papila interdental como una entidad morfológica, se basa más en una conveniencia de descripción que en una autonomía fundamental de su estructura.

La papila interdental tiene especial importancia clínica y patológica ya que el epitelio que reviste esta depresión es fino y ofrece poca resistencia a la aparición y desarrollo de la enfermedad periodontal. Las técnicas preventivas y conservadoras resultan de difícil aplicación en el área interdental, esto es debido a su configuración anatómica ya que tiende a proteger la multiplicación bacteriana y a la complicación de las maniobras de limpieza.

CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA ENCIA.

ENCIA MARGINAL.- Es de color rosa oscuro, superficie aterciopelada y de consistencia suave, se puede despegar por medios mecánicos, o con una corriente de aire. Posee una cara interna que va adosada al diente cuyo límite interno es un elemento histológico especializado que se denomina Adherencia Epitelial, la que puede definirse, como la unión íntima de la encía con la pieza dentaria.

ENCIA INSERTADA.- Es de color rosa pálido, de consistencia firme y superficie rugosa, comparable al aspecto de una cáscara de naranja, se encuentra adherida a los procesos alveolares.

ENCIA ALVEOLAR.- Es de color rojo, de consistencia suave, no está adherida al proceso alveolar y se puede deslizar por medio de palpación lateral.

ELEMENTOS HISTOLOGICOS.

Está compuesta de los siguientes elementos:

a).- **TEJIDO EPITELIAL.** Es un revestimiento que posee características especiales, pues aunque es epitelio pavimentoso estratificado, tiene una capa queratinizada en las zonas que se encuentran en contacto con los estímulos mecánicos de la masticación y los irritantes del medio bucal.

b).- **TEJIDO CONECTIVO.** Se encuentra inmediatamente debajo del tejido epitelial, el cual introduce prolongaciones en forma de dedos en el seno del tejido conjuntivo. En estado patológico estas prolongaciones se desorganizan.

El tejido conectivo por medio de pequeñas prolongaciones de su citoplasma (pedículos), se une al tejido epitelial de revestimiento.

c).- **INTERSTICIO GINGIVAL.** Es una cavidad virtual, localizada entre la pieza dentaria y la pared interna de la encía marginal y cuyos límites son: El principio de la inserción epitelial apicalmente y el margen gingival hacia coronal.

Clinicamente la medida normal del intersticio gingival varía según las razas, pero el promedio es de 1.5 mm.

Gottlieb, consideraba que la profundidad ideal del surco es cero. Según Orban y Kohler

la profundidad promedio normal es de 1.8mm. -
con variaciones normales de 0 a 6., en el -
45% de los casos la profundidad del surco sue -
le ser de menos de 1/2 milímetros, en el 29% -
de los casos es de 1/2 a 1mm. y en 15 casos, -
de profundidad nula.

d).- ADHERENCIA EPITELIAL. Es la unión íntima de -
la encía con el tejido dentario a nivel del -
cuello anatómico de la pieza dentaria.

La pared gingival del surco está tapizada con
un epitelio escamoso estratificado de tres a cua-
tro capas de espesor en los primeros años de vida,
pero aumenta de 10 a 20 capas con la edad.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

Es la estructura de tejido conectivo denso -
que une el diente al hueso alveolar. Es de origen -
mesodérmico y proviene de la capa media del saco -
dentario.

Su función principal es mantener el diente -
en el alveolo y mantener la relación fisiológica -
entre el cemento y el hueso, cumpliendo además las
propiedades nutritivas, sensoriales y de defensa.

ELEMENTOS HISTOLOGICOS.

Está compuesto de los siguientes elementos -
histológicos:

- a).- Fibroblastos
- b).- Cementoblastos
- c).- Osteoblastos
- d).- Osteoclastos
- e).- Vasos, Nervios y Linfáticos.
- f).- Restos Epiteliales de Malassez.

ORGANIZACION.

El ligamento parodontal se encuentra formado por fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado en el hueso alveolar.

Los fibroblastos tienen forma de huso, con núcleo central, se agrupan en haces y forman fibras, las cuales se dividen en dos grupos:

- a).- Fibras principales
- b).- Fibras Secundarias

FIBRA PRINCIPAL.- Es la que se introduce en el cemento dentario a expensa de un cemento joven no calcificado, denominado cementoide, que posteriormente se calcifica y atrapa a la terminación de la fibra principal. A la parte calcificada se le denomina fibra de Sharpey, este elemento también se localiza a nivel de hueso alveolar.

El hueso tiene la propiedad de formar osteoide, que lleva a cabo las mismas funciones que el cementoide, las fibras forman en la parte media del ligamento parodontal un entrecruzamiento que se denomina plexo medio.

ESPESOR DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

El ancho del ligamento parodontal varía con la relación de los dientes, edad del individuo, y el grado de funcionamiento del diente.

El ligamento periodontal presenta un mayor espesor del lado distal, que en mesial, esta variación corresponde a la migración fisiológica hacia mesial, de un diente en oclusión funcional. El ligamento parodontal tiene alrededor de 0.25 a 0.1mm. de ancho, aproximadamente.

Uno de los elementos más importantes, que componen el ligamento parodontal, son las fibras principales o colágenas. Estas se encuentran dispuestas en haces y presentan un recorrido ondulado.

Las fibras principales del ligamento parodontal, se distribuyen en grupos, según su dirección de la siguiente manera:

- 1.- Grupo de la Cresta Alveolar
- 2.- Grupo Horizontal
- 3.- Grupo Oblicuo
- 4.- Grupo Apical
- 5.- Grupo Interradicular

GRUPO DE LA CRESTA ALVEOLAR.- Los haces de las fibras de este grupo se habren en abanico, desde la cresta del proceso alveolar, y se hayan insertados en la parte cervical del cemento.

La función de este grupo es la de contrarrestar el empuje coronario de las fibras más apicales y así ayudar a retener al diente en el alveolo. Este grupo resiste los movimientos laterales del diente.

GRUPO HORIZONTAL. Los haces de este grupo forman un ángulo recto respecto al eje mayor del diente, y van del cemento al hueso. Su función es la misma que la de las fibras alveolares.

GRUPO OBLICUO. Los haces corren oblicuamente, y se insertan en el cemento algo apicalmente a su inserción en el hueso. Estos haces de fibras son los más numerosos y constituyen el sostén principal del diente contra las fuerzas masticatorias.

GRUPO APICAL.- Los haces se distribuyen irregularmente, se habren en abanico, desde la región-apical de la raíz hacia el hueso circundante.

GRUPO INTERRADICULAR.- Este grupo, corre sobre la cresta del tabique interradicular en las -
furcaciones de los dientes interradiculares uniendo las raíces, y las comúnmente denominadas fibras transeptales.

FIBRA SECUNDARIA.

Es el conjunto de fibroblastos, que no poseen fibra de Sharpey, por tanto, su función es la de -
servir de relleno para que pasen a través de ellos los elementos nutritivos y sensoriales de este tejido.

CEMENTOBLASTOS.

Son células encargadas de formar cemento, que se deposita en forma de capas.

OSTEOBLASTOS.

Son células encargadas de formar hueso laminar.

OSTEOCLASTOS.

Son células encargadas de fagocitar hueso a nivel de las lagunas de Howship.

VASCOS APICALES.

Atraviesan la mucosa parodontal, desde el ápice hasta la encía, dando frecuentes ramas latera-

les hacia el cemento y hueso.

La irrigación sanguínea del ligamento parodontal, proviene de tres orígenes:

- a) Vasos apicales
- b) Vasos provenientes del proceso óseo alveolar.
- c).Vasos gingivales anastomosados.

En el hueso alveolar la arteria interalveolar emite pequeñas ramas que serían las arterias alveolares perforantes y desde ahí llegan al ligamento parodontal, pasando a los canales alveolares.

La arteria interalveolar, emerge de la cresta del hueso alveolar en forma de capilares perforantes, de cuyas asas terminales llegan hasta el epitelio extendiéndose hasta la papila conectiva y el linfático que suplementa el sistema venoso del drenaje.

FISIOLOGIA DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

Las funciones del ligamento parodontal, son de vital importancia dado que sus condiciones fisiológicas normales afectan directamente al diente ya que presentan una barrera para la iniciación de la enfermedad.

	Función formativa
FUNCION BIOLOGICA	Función nutritiva
	Función sensorial

FUNCION MECANICA

FUNCION FORMATIVA.- Está determinada principalmente por todos aquellos elementos histológicos, capaces de regenerar tejido, por ejemplo: Fibroblastos, cementoblastos y osteoblastos.

FUNCION NUTRITIVA.- Se lleva a cabo por medio de los elementos arteriales de la región.

FUNCION SENSORIAL.- Está determinada por el tejido nervioso que inerva el ligamento, que le prevee, de un sentido propioceptivo, que localiza los estímulos externos de los dientes individuales.

FUNCION MECANICA O DE SOSTEN. Ya que mantiene las piezas dentarias adheridas al alveolo óseo que la circunda, comprende cinco 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 con los dientes.
- 4.- Disminución del impacto de fuerzas externas al hueso.
- 5.- Protección de vasos y nervios, con tejidos blandos, para evitar sean lastimados por fuerzas mecánicas.

La eficacia del ligamento parodontal como aparato de suspensión depende de dos condiciones:

- 1.- El número de haces fibrosos por unidad de superficie.

2.- La superficie radicular disponible para la inserción de fibras.

CEMENTO. El cemento es un tejido conectivo especializado, calcificado, que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente. Es de origen mesodérmico y proviene de la capa interna del saco dentario.

PROPIEDADES FISICAS.- El cemento se encuentra compuesto por:

55% materia orgánica
45% materia inorgánica
H₂O

Su grosor varía entre:

50 micras en el tercio coronal, aumenta gradualmente hacia apical hasta alcanzar de 150- a 200 micras.

Su color es amarillo, poco más oscuro que la dentina, y de superficie ligeramente rugosa.

Morfológicamente existen dos clases de cemento:

- a) Cemento Acelular (primario) Existe en el tercio medio y coronario de la raíz dentaria.
- b) Cemento Celular (secundario) existe en el tercio apical.

FUNCIONES.- Entre las funciones más importantes de este elemento están:

- a) Compensar el movimiento de erupción activa y mesialización fisiológica por medio de las aposiciones de cemento que se efectúan durante toda la vida activa del diente.

- b) Formación de cemento joven, para dar apoyo e inserción a las fibras principales del ligamento parodontal.

HUESO ALVEOLAR O DE SOPORTE.

Es la parte del maxilar superior e inferior, que forma y sostiene los dientes y es producto de la capa externa del saco dentario de origen mesodérmico, se desarrolla al mismo tiempo que la raíz dentaria.

Como consecuencia de la adaptación funcional, se distinguen dos partes en el proceso alveolar:

- a) Hueso alveolar propiamente dicho.
- b) Hueso de soporte.

HUESO ALVEOLAR.- Forma la pared interna del alveolo, consta de una lámina ósea, que rodea las raíces dentarias y en la cual se insertan las fibras del ligamento parodontal.

HUESO DE SOPORTE.- Rodea la cortical ósea alveolar, se compone de:

- a).- Placas corticales compactas de las superficies vestibular y oral de los procesos alveolares.
- b).- El hueso esponjoso que se halla entre estas placas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

FUNCION. Su finalidad es la de sostener las piezas dentarias, adaptándose a las demandas funcionales de las mismas, de manera dinámica.

C A P I T U L O IV

SALIVA.

Todos los elementos del ligamento parodontal, son modificados por el medio bucal, que está compuesto principalmente por la saliva.

La saliva es un líquido incoloro, iodoro, viscoso y tiene la propiedad de reflejar la luz.

VOLUMEN NORMAL

El volumen normal es de 1 a 1,5 litros en 24-horas.

COMPOSICION.

La saliva está compuesta de 99.3% de H₂O y 0.7% de sólidos.

FUNCION.

La saliva tiene como función, humedecer la mucosa bucal, facilitando la fonación, masticación y deglución, interviene en la ingestión de hidratos de carbono, por medio de una diastasa que se denomina amilasa, también se han encontrado enzimas como la lipasa, proteasa y maltosa.

La saliva posee un poder bacteriostático con dos funciones principales:

a) Elimina los restos alimenticios después de la ingestión de alimentos.

b) Por medio de las glándulas salivales, elimina algunos productos finales del metabolismo basal de diferentes grupos alimenticios.

C A P I T U L O V

FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Es de vital importancia el estudio de las causas y factores predisponentes en la enfermedad periodontal, ya que en base ha estas tomaremos las medidas apropiadas para la prevención, intercepción y en última instancia, curación de la enfermedad.

Los factores que ejercen influencia en la salud del periodonto se clasifican en:

- a) Extrínsecos (locales)
- b) Intrínsecos (Sistématicos)
- c) Psicossomáticos

FACTORES LOCALES.

a).- Factores locales que se refieren al medio bucal:

- Placa bacteriana
- Materia alba
- Cálculo dental
- Empquetamiento de alimento.

b).- Factores que se refieren a los tejidos dentarios:

- Caries
- Anomalías de forma y posición.
 - a) Coronas grandes con respecto a raíces pequeñas.
 - b) Raíces dentarias unidas.

c) Anomalías de curvatura de la corona.

d) Versiones.

- Disfunciones.

a) Anoclusión

b) Oclusión traumática.

c).- Factores provocados por la falta de educación Odontológica.

- Mala técnica de cepillado.

d).- Malos hábitos, aquellos que no tienen su origen Psicosomático.

e).- Factores provocados por una mala intervención odontológica.

- Operatoria dental defectuosa.

PLACA BACTERIANA.

La placa bacteriana, es un sistema bacteriano complejo, presenta un metabolismo interconectado - muy organizado. Se compone de masas densas de una gran variedad de microorganismo incluidos dentro de una matriz intermicrobiana.

En concentración suficiente y con desarrollo metabólico puede transtornar el equilibrio huesped parásito y producir caries y enfermedades periodon tal.

PLACA. Es un depósito blando, no mineralizado compuesto de bacterias, la cual se forma sobre la superficie de los dientes que no reciben una higie ne adecuada.

FORMACION INICIAL.

La formación inicial de la placa sucede entre el diente y el margen gingival, que es ligeramente redondeado en la encía normal.

No existe ninguna teoría mecánica que pueda explicar la acción dañina de los microorganismos y el efecto irritante de las bacterias orales, ciertamente deben de ser de origen químico, las cuales parecen ser: enzimas bacterianas y toxinas que son responsables de la patología de la flora gingival, carece de una estructura al microscopio.

COMPONENTES DE LA PLACA.

Los componentes principales son microorganismos en fase de agregación, sólidos orgánicos e inorgánicos y agua.

Los sólidos constituyen aproximadamente el 20% de la placa, y el resto es agua.

Las bacterias constituyen alrededor del 70% del material sólido y el resto es matriz intercelular.

PRIMERA ETAPA DE LA FLORA.

La flora inicial que coloniza el área cervical de un diente con encía normal, consiste casi exclusivamente de cocos Gram negativos y bacilos cortos.

Durante la formación de la placa el número de estos organismos va en aumento y aparecen gérmenes Gram positivos, especialmente cocos y bacilos cortos (24 a 48 horas).

SEGUNDA ETAPA DE LA FLORA.

La segunda etapa comprende después de dos o tres días de acumulación de placas, haciendo su aparición filamentosos y bacilos fusiformes. Una placa con diez días de duración, va a presentar además de las anteriores bacterias, vibriones y espiroquetas.

Al comprender catorce días la placa va a presentar los siguientes equivalentes:

- 1.- Cocos Gram positivos y bacilos cortos 50% de flora total.
- 2.- Cocos Gram negativos y bacilos pequeños - 30% aproximadamente de flora total.
- 3.- Filamentosos 8%
- 4.- Fusobacterium 8%
- 5.- Vibriones 2%
- 6.- Espiroquetas 2%

En un lapso de 25 semanas, el contenido bacteriano supragingival queda completo, observándose ya solo cambios cuantitativos, caracterizado por un aumento relativo de número de bacterias Gram negativas y microorganismos anaeróbicos.

MATRIZ INTERMICROBIANA.

Es de origen protéico proveniente de las bacterias de la saliva, del líquido crevicular y del exudado inflamatorio.

Va a contener los productos del metabolismo bacteriano, así como aminoácidos, carbohidratos, lípido, sales de saliva y del líquido crevicular.

CONTENIDO ORGANICO.

- 1.- Polisacáridos (carbohidratos)
 - a.- Dextranas
 - b.- Levanas
 - c.- Glucanas
- 2.- Proteínas
- 3.- El resto de los componentes no se han definido.

CONTENIDO INORGANICO.

- 1.- Calcio y fósforo
- 2.- Cantidades pequeñas de magnesio, potasio y sodio.

PLACA INMADURA O TRANSITORIA.

Formada la placa por medio de la instalación de los microorganismos a la superficie dentaria, - aprovechando las condiciones ambientales del medio bucal, éstos utilizan los elementos intrínsecos - propios de la saliva como son: agua, mucinas, sales, glucosa etc. Así como el aporte extrínseco, - transitorio de los alimentos ingeridos, que son un aporte nutritivo para los microorganismos.

A partir del azúcar común, las bacterias sintetizan polímeros de la glucosa extracelularmente - llamadas dextranas, cuya gran adhesividad logra - pegar firmemente, la placa al diente. La dextrana - actúa como almacén energético.

Se forman también otros polímeros llamados - levanas, que según Critchley y Hartles, son los posibles proveedores de monosacáridos, formadores -

rápidos de acidez.

CARACTERISTICAS DE LA PLACA INMADURA.

- 1.- Posee pocos microorganismos y escasa variedad.
- 2.- No se llega a mineralizar.
- 3.- No se puede barrer aún con un buen cepillado.
- 4.- En pocas horas se puede volver a formar.

PLACA MADURA O NO TRANSITORIA.

A medida que pasa el tiempo, y el desaseo bucal persiste la placa prolifera, va aumentando en capas en número y variedad de bacterias y a partir de cuatro días en adelante, puede dar origen a una gingivitis.

Posteriormente y dependiendo de la flora microbiana, así como la edad del individuo, deberá iniciarse la formación de las sales calcáreas del sarro dental.

Una característica que tienen en común todas las placas, es su localización, se encuentran en las áreas cervicales de los dientes, a partir del margen gingival y hasta donde la masticación las barre. Se presentan también en las fosetas de los molares hasta donde las cúspides por la oclusión las limitan, finalmente con respecto a su grosor y a su desarrollo en tercera dimensión, intervienen las superficies labiales y la lengua frenándolo.

Los estreptococos son los organismos más numerosos en la placa dentobacteriana, de cualquier muestra colectada de placas de cualquier edad y

cualquier método de cuenta, los estreptococos constituyen el 50% de la flora.

MATERIAL ALBA.

Es otro irritante local, causante común de gingivitis. Es un depósito de consistencia blanda y pegajosa algo menos adhesivo que la placa bacteriana, de color amarillo o blanco grisáceo.

Se va a depositar sobre las superficies dentarias, restauraciones principalmente porosas, sarrolloy encías.

Para observar la materia alba, no necesitamos de sustancias reveladoras.

Tiende la materia alba a depositarse en el tercio gingival de los dientes en mal posición. Se requiere de la acción mecánica para eliminar la materia alba.

COMPOSICION DE LA MATERIA ALBA.

La materia alba es una concentración de microorganismos, células epiteliales descamadas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales con pocas partículas de alimento o ninguna, carece de una estructura interna regular, como la que se observa en la placa, y el efecto irritativo de la materia alba sobre la encía probablemente, nace de las bacterias y sus productos.

CALCULO DENTAL.

Es una placa dentaria que se ha mineralizado. La placa se localiza regularmente sobre la superficie del cálculo.

Estos depósitos calcificados son masas duras, firmemente adheridas a las coronas clínicas de los dientes. También se forman sobre las prótesis y otros aparatos bucales.

CLASIFICACION CLINICA DEL CALCULO DENTARIO.

El cálculo dentario lo podemos clasificar des de el punto de vista clínico en supragingival y subgingival.

DEPOSITO SUPRAGINGIVAL.

Generalmente los depósitos supragingivales son más abundantes, frente a los orificios de las glándulas salivales, es decir, en las superficies linguales de los dientes inferiores anteriores, y las superficies vestibulares de los primeros molares superiores.

DEPOSITO SUBGINGIVAL.

El cálculo subgingival, a diferencia de la variedad supragingival no tiene una localización determinada en la boca y se halla en todas las bolsas periodontales. Estos depósitos son más densos que los cálculos supragingivales y los subgingivales - aunque similares histológicamente., químicamente y microbiológicamente tienen leves diferencias.

Muy posiblemente el cálculo supragingival derive de la saliva, mientras que el cálculo subgingival deriva del exudado de la bolsa gingival y posiblemente también de la saliva.

EMPAQUETAMIENTO DE ALIMENTO (BROMATOSTASIS).

Se puede dividir en:

a).- Horizontal

b).- Vertical.

HORIZONTAL.

Se produce cuando los carrillos o la lengua - empujan el alimento a los espacios interproximales

VERTICAL

Se produce cuando el área de contacto de una pieza dental se ha perdido por diversas causas ya sea por caries o por una odontología defectuosa.

Las cúspides en el momento de la oclusión actúan como empacador y proyectan el alimento en sentido vertical, siendo este empaquetamiento más lesionante para el parodonto, esto sucede con los - alimentos de consistencia fibrosa.

TEJIDOS DENTARIOS.

CARIES.- Siendo un proceso químico-biológico de la desmineralización de los tejidos dentarios, - va a ocasionar la pérdida del área de contacto, favoreciendo la retención de alimento con la consis-tente descomposición de los elementos retenidos, - que al producir fermentación van ha irritar al pa-rodonto.

ANOMALIAS DE FORMA Y POSICION.

FORMA. Una de las anomalías más frecuentes, - es la que consiste en coronas grandes y raíces pe-

queñas, en donde las superficies masticatorias de las coronas transmitirán estímulos intensos que no van a ser tolerados por el aparato de sostén.

En las anomalías de curvatura de la corona - el bolo alimenticio es rechazado y la encía no recibe la estimulación mecánica del alimento.

La falta de curvatura de la encía, produce - empaquetamiento y una área patológica en la zona - de la encía marginal, actuando aquí el alimento - como irritante.

El odontólogo tiene que prever estos casos - al elaborar las prótesis dentales, las cuales seguirán las formas anatómicas de las piezas.

ANOMALIAS DE POSICION.

Se denomina a estas versiones, y es cuando la pieza dentaria queda fuera del arco dentario.

Estas piezas dentarias deben ser tratadas primeramente en ortodoncia y posteriormente en parodoncia, ya que la encía de las piezas con versiones nunca quedarán normales, mientras el defecto exista.

ANOMALIAS DEL FRENILLO.

La anomalía del frenillo, se encuentra en la encía alveolar cuando el frenillo traspasa esta zona y se inserta en encía insertada, estará en una posición aberrante, ejerciendo una tensión constante sobre la encía insertada y marginal durante los movimientos de fonación, deglución y masticación, ejerciendo una tensión constante en la encía insertada y encía marginal, produciendo una entidad patológica denominada Fisura de Stillman. Clínicamente se aprecia la fisura como desgarramiento en forma de coma.

El fre... con mala inserción, debe elimi-- narse quiúrgicamente en todos los casos.

ANOCLUSION.

Es otro fenómeno de la disfunción en la cual una o varias piezas dentarias no presentan contacto con su antagonista, en ninguno de los movimientos mandibulares (céntrico, protrusión retrucción, lateralidad izquierda y derecha).

Generalmente cuando existen piezas dentarias atrapadas que no llegan al plano de oclusión o piezas fuera del arco dentario presentan anoclusión.

Se dice que cuando una o un grupo de piezas dentarias reciben estímulos mayores a lo que están destinadas durante la masticación están en oclusión traumática.

La oclusión traumática se divide en:

- a) Potencial
- b) Actual.

OCCLUSION POTENCIAL.- Es aquella en la cual, a pesar de que el parodonto recibe estímulos exagerados, estos no causan ningún fenómeno destructivo ya que los tejidos del parodonto toleran los estímulos sufriendo cambios de adaptación del ligamento parodontal, hueso y cemento.

OCCLUSION TRAUMATICA ACTUAL. La oclusión potencial es susceptible de modificarse por algún descenso en las defensas del organismo y por causas de origen sistémico, lo que determina que la oclusión traumática potencial se convierte en oclusión traumática actual.

Los principales cambios que van ha operarse -

n el trauma de la oclusión, debido a la oclusión-raumática serán:

- 1.- Clínicamente
- 2.- Histológicamente
- 3.- Radiográficamente

1.- CLINICAMENTE OBSERVAREMOS:

- a) Movilidad de las piezas dentarias
- b) Pérdida del puntilleo gingival
- c) El paciente puede reportar dolor espontáneo, o durante la masticación.

2.- HISTOLOGICAMENTE ENCONTRAMOS:

- a) Zona de ruptura de fibras principales
- b) Ruptura de capilares
- c) Zona de estiramiento de fibras del ligamento
- d) Zonas de necrosis, por disminución del espacio del ligamento.
- e) Zonas de cemento en plena actividad regeneradora.
- f) Zona de reabsorción en hueso alveolar, y zonas donde existe actividad de formación.

3.- RADIOGRAFICAMENTE OBSERVAMOS:

- a) Engrosamiento del ligamento parodontal
- b) Fenómenos de hiper cementosis, cuando la oclusión traumática ha obrado durante mu--

cho tiempo.

FACTORES PROVOCADOS POR LA FALTA DE EDUCACION ODONTOLOGICA.

MALA TECNICA DE CEPILLADO. Una técnica de cepillado inadecuada, como el cepillado horizontal o rotatorio va ha producir alteraciones gingivales y abrasión de los dientes.

Los cambios gingivales debido al trauma del cepillado pueden ser:

- a) Agudos
- b) Crónicos

CAMBIOS AGUDOS. Son de aspecto y duración variable e incluyen aspecto áspero de la superficie epitelial con denudación del tejido conectivo subyacente, formando una dolorosa lastimadura gingival.

La penetración de cerdas colocadas perpendicularmente, produce lesiones multiformes, con formación de dolorosas vesículas en las zonas traumatizadas, en algunos casos.

Una secuela del cepillado traumante, puede ser el eritema difuso con denudación de la encía adherida.

El uso de un nuevo cepillo dental, acompañado de una mala técnica de cepillado provocan cambios gingivales agudos, una cerda que ha pinchado la encía y es retenida en ella puede dar origen a un absceso gingival agudo.

CAMBIOS CRONICOS. El trauma crónico del cepillado, produce recesión gingival y denudación de la superficie radicular. A menudo el margen gingival se agranda, puede haber aparición de surcos-

neales del margen hasta la encía adherida, en es
 is casos la encía suele ser firme y rosada.

LOS HABITOS.

Ocupan un papel importante dentro del trata--
 iento parodontal, ya que en muchos casos éstos fa--
 lan debido a que no se descubren o no son corre--
 idos. Los malos hábitos son un factor importante en
 la iniciación y progreso de la enfermedad paron--
 ontal.

Tenemos la siguiente clasificación:

- a) MALOS HABITOS PROFESIONALES. Aquellos que -
 usan las piezas dentarias, para sostener di--
 versos aditamentos, tales como clavos (carpin
 teros, tapiceros etc.) alfileres (costureras--
 sastres etc.) También la presión contra los -
 instrumentos musicales de viento, esto es en-
 relación a los músicos.
- b) HABITOS DIVERSOS. Tales como morder la pipa o
 cigarrillo, masticar tabaco, respiración bucal
 chupar el dedo pulgar, uso de palillos de -
 dientes.

OPERATORIA DENTAL DEFECTUOSA

OBTURACIONES DENTALES DESBORDANTES. Van a pro--
 ducir irritación mecánica, favorecen a la acumula--
 ción de restos alimenticios y a la multiplicación
 de bacterias con sus productos metabólicos tóxicos
 Suele presentarse en estas zonas gingivitis cróni--
 ca, con diversos grados de pérdida ósea y bolsa -
 parodontal.

Las obturaciones con contorno incorrectos que
 no reproducen en los molares el contorno de las -
 ras vestibulares, desviarán la comida hacia el -
 margen gingival, produciendo la inflamación consi--
 guiente.

Los contactos proximales inadecuados o incorrectamente colocados, no van a reproducir la anamnia protectora normal de los rebordes marginales clusales y surcos oclusales, provocando empaquetamiento de comida.

Las superficies proximales sin los correctos fichos interproximales favorecen la acumulación de restos de comida.

Las obturaciones deben controlarse en todas las excursiones funcionales de la mandíbula, con el fin de eliminar contactos prematuros que producen desarmonías funcionales con lesiones en los tejidos periodontales.

FACTORES GENERALES O SISTEMICOS, O INTRINSECOS.

Se hace mención especial de los siguientes grupos que van a modificar la resistencia orgánica individual:

a) CARENCIA VITAMINICA

principalmente:

- 1.- Vitamina A
- 2.- Tiamina
- 3.- Vitamina C
- 4.- Vitamina B 12

b) TRANSTORNOS HORMONALES

- 1.- Hipertiroidismo
- 2.- Gónadas
- 3.- Pubertad
- 4.- Menstruación
- 5.- Embarazo
- 6.- Menopausia
- 7.- Senilidad
- 8.- Diabetes Mellitus

ENFERMEDADES DE LA SANGRE

- 1.- Anemia
- 2.- Leucemia
- 3.- Púrpura
- 4.- Agranulocitosis
- 5.- Hemofilia

ALERGIA A FARMACOS

- 1.- Mercurio
- 2.- Bismuto
- 3.- Yodo
- 4.- Plomo

CARENCIA VITAMINICA

La carencia de vitaminas va a tener una gran influencia en los tejidos del parodonto, ya que, - la deficiencia de estas va a provocar en estos tejidos una disminución de su resistencia y aumento de la susceptibilidad hacia los agentes patógenos que actúan localmente.

DEFICIENCIA DE VITAMINA A.

MANIFESTACION GENERAL. Ceguera nocturna, sequedad y reblandecimiento de la córnea, puede afectar; nariz, traquea y bronquios.

DEFICIENCIA DE TIAMINA.

MANIFESTACION GENERAL.- Neuritis periférica, puede haber vómito o perturbaciones de la absorción intestinal, neuralgia del trigémino, etc.

MANIFESTACION ORAL. Sensibilidad acentuada de los tejidos bucales, lesiones de tipo herpético - del paladar, mucosa de las mejillas, lengua

EFICIENCIA DE VITAMINA C.

La vitamina C o ácido ascórbico interviene en la síntesis de colágeno, por lo tanto va a favorecer la cicatrización.

MANIFESTACION GENERAL.- Hemorragias nasales - sangre en las heces y en la orina, irritabilidad exagerada sobre todo cuando se palpan los brazos - las piernas.

MANIFESTACION ORAL. Encías engrosadas, rojas, tumefactas, de consistencia blanda y esponjosa con tendencia a sangrar fácilmente. Las encías engrosadas pueden parecerse a los tumores inflamatorios se produce movilidad de los dientes, como consecuencia de la atrofia de la membrana periodontal y consiguiente debilidad del hueso de sostén, hemorragias de la pulpa, escorbuto, etc.

DEFICIENCIA DE VITAMINA B 12.

Esta vitamina es indispensable para el crecimiento, nutrición y hemopoyesis normales e interviene en la integridad de las células epiteliales y las fibras mielínicas del sistema nervioso periférico. Los tejidos afectados por la falta de esta vitamina parecen ser los nervios periféricos, la lengua y la sangre.

MANIFESTACION ORAL. Aumento de tamaño de la lengua por edema, glositis atrófica, queilosis angular, síntomas gingivales descamativos, también se puede inducir a una atrofia de las glándulas salivales, con una relativa xerostomía que produce inflamación gingival acompañada de ardor de la lengua.

TRANSTORNOS HORMONALES

La endocrinología es una especialidad muy am-

...lia dentro de la medicina general, por lo que solo trataremos algunas de las glándulas que afectan al parodonto.

HIPERTIROIDISMO.

Con el nombre de hipertiroidismo se conoce al síndrome que resulta de la superproducción de la hormona tiroidea, secretada por la glándula tiroidea.

SIGNOS Y SINTOMAS GENERALES.

Ojos prominentes e inclinados y mirada fija - característica, piel caliente y humedad.

Temblor más manifiesto en los dedos y en la lengua.

Aumento de la transpiración e intolerancia al calor.

Agrandamiento de la glándula tiroides

Irregularidades menstruales

Diarrea

Aumento de la tensión nerviosa

Con frecuencia se asocian el hipertiroidismo con irregularidades cardiacas, como fibrilación auricular, descompensación e insuficiencia cardiaca.

MANIFESTACIONES ORALES.

En el hipertiroidismo existe una desmineralización ósea que puede ser extensa con una rápida resorción del hueso alveolar.

Cuando el hipertiroidismo se presenta en individuos muy jóvenes, los dientes permanentes erupcionan precozmente, y los dientes temporales se caen prematuramente, lo que va a provocar un apiñamiento de las piezas dentarias.

GONADAS.

Probablemente las gónadas, son las glándulas que mayor relación tienen con respecto a la mucosa bucal y el tejido de soporte. A la mucosa bucal, algunos autores la comparan con el endometrio uterino, ya que la falta de hormonas femeninas, progesterona y foliculina, provocan trastornos bucales al igual que en el endometrio uterino, estos trastornos se pueden describir como una estomatitis descamativa crónica, entre otras anomalías. La carencia de testosterona produce los mismos efectos en el hombre.

ACCION DE LAS GONADAS CON RELACION A LOS EFECTOS PATOLOGICOS QUE SE PRODUCE EN LA CAVIDAD ORAL, EN:

- Pubertad -
- Menstruación -
- Embarazo -
- Senilidad -

PUBERTAD.

En la pubertad hay un incremento de la secreción de gonadotropinas y estrógenos, lo que determina un cuadro clínico, de alteraciones tisulares temporales.

ANIFESTACIONES ORALES.

En la mujer se manifiesta en los tejidos gingivales en forma de una reacción hiperplástica; esta alteración coincide generalmente con una higiene bucal deficiente, en la que hay deposición de placa, materia alba, cálculo y restos sobre los dientes y márgenes gingivales, en las zonas donde predominan estos depósitos hay una reacción hiperplástica nodular, así pues, la lesión es el producto de una etiología local y somática.

En el hombre se ha observado durante la pubertad, cambios gingivales, asociados con el aumento de la secreción de andrógenos suprarrenales y testiculares.

MENSTRUACION.

Es un hecho conocido clínicamente, que el tejido gingival puede presentar un agrandamiento temporal durante los días de la menstruación, así mismo se ha comprobado clínicamente que existe cierta tendencia a las hemorragias estos días, por lo que es recomendable no intervenir en ninguna intervención cruenta.

MANIFESTACION ORAL.

Shelmore observó lesiones aftosas y herpéticas relacionados con los trastornos menstruales. - Muhleman, describe un caso de gingivitis recurrente en una mujer soltera de 24 años, los cambios gingivales fueron: descamación de las células epiteliales de los estratos granulosos; él sugiere que la alteración puede estar relacionada con la hormona gonadotrópica, hipofisiaria y la ovulación.

EMBARAZO.

En el embarazo hay un aumento de hormonas sexuales, estrógenos y progesterona, mayor liberación de histamina y enzimas proteolíticas, que producen dilatación y tortuosidad a los microvasos gingivales, destrucción de mastocitos y aumenta la susceptibilidad hacia los irritantes locales, ésta va a provocar alteraciones orales.

MANIFESTACIONES ORALES.

Existe una alteración gingival. Hay una divergencia de opiniones con respecto a la frecuencia de que se presentan estas gingivitis en la mujer embarazada; unos opinan que es un 40%, otros un 58%, sin embargo Hilming encontró que el 100% de todas las mujeres, desarrollan una inflamación durante el embarazo, y noto que la gingivitis aumenta durante la gestación, alcanzando su máximo justamente antes del parto, con una regresión post-parto.

El 2% de las enfermedades con gingivitis producen el llamado tumor del embarazo; el tumor crece desde la papila interdientaria, y su tamaño varía desde unos milímetros a 2 o 3 cms. de diámetro el hueso queda intacto, pero puede producir separación de los dientes adyacentes.

TRATAMIENTO.

Para evitar un aumento de la gingivitis se hará:

a) Eliminación de sarro y placa.

b) Control personal de placa, con enseñanza de técnica de cepillado, uso de seda dental y palillo redondo.

Si se extirpa quirúrgicamente el tumor antes de la terminación del embarazo suele haber recidivas, si no tiene control personal de placa.

En la mayoría de los casos de gingivitis, suelen regresar al final del embarazo.

MENOPAUSIA.

En la menopausia hay una reducción de los estrógenos y puede constituir un factor etiológico de síntomas gingivales.

SINTOMAS Y SIGNOS ORALES.

Disminución del rosado normal, sequedad y quemazón de toda la boca, con gran sensibilidad a los cambios térmicos, aftas antes y después de la menstruación en la primera etapa de la menopausia, gusto anormal descrito como salado, amargo o picante, eritema difuso de la mucosa oral, con dolor, alteraciones microscópicas de la lengua, malestar al usar prótesis.

TRATAMIENTO.

El tratamiento es a base de hormonas por vía general, y el tratamiento local será por medio de aplicaciones de esteroides, profilaxis de consultorio dental.

La suspensión del tratamiento generalmente produce recidivas de los síntomas.

SENILIDAD.

La senescencia en el ser humano comienza entre los 70 y los 80 años; en algunas personas puede comenzar en la década de la vida; biológicamente

te entre los 30 y los 90 años hay un descenso lineal, aunque variable de las funciones fisiológicas, por esta razón las glándulas endócrinas sufren alteraciones funcionales, disminuyendo la secreción urinaria de hormonas esteroideas, y la respuesta de las glándulas suprarrenales es menor.

EFFECTOS DE LA EDAD EN LA BOCA.

Los signos y síntomas clínicos debidos a la edad que se observan en los tejidos de la boca, no son el resultado de un transtorno patológico discreto, sino más bien el resultado de alteraciones degenerativas en muchos órganos y tejidos; las alteraciones más importantes son el retraso de la división celular y la disminución de la capacidad de crecimiento de las células y la reparación de los tejidos.

MANIFESTACIONES ORALES.

Resorción y transparencia de las raíces, aumento de la incidencia de procesos patológicos parodontales, entre estos procesos patológicos se encuentran gingivitis, mayor profundidad de los sacos gingivales, aumento de la movilidad y migración de los dientes, atrofia alveolar a medida que va avanzando la edad del paciente, el ritmo depende de la predisposición orgánica que presente el individuo a la atrofia alveolar, tendencia a la caries etc.

DIABETES MELLITUS.

La pérdida de tejido pancreático, ya sea a consecuencia de una intervención quirúrgica o de una inflamación, da lugar a una deficiencia de producción de insulina y a la enfermedad conocida como diabetes mellitus.

La utilización insuficiente de la glucosa causada por el hipoinsulismo interviene en la génesis de las lesiones parodontales.

El enfermo diabético presenta osteoporosis endóctica y disminución de la capacidad para la síntesis de colágeno, este último efecto se ha observado especialmente en forma de un retraso de la capacidad para cicatrizar en el paciente diabético inestable o no controlado.

SINTOMAS GENERALES.

Polifagia, polidipsia, poliuria, nicturia, pérdida de peso, debilidad, disminución de las defensas por lo que fácilmente contrae infecciones, en la mujer prurito vaginal y da a luz niños grandes, también aborto habitual.

MANIFESTACIONES ORALES.

Ardor de la mucosa bucal, abscesos parodontales o gingivales recidivantes, destrucción progresiva parodontal en una persona joven, destrucción progresiva e inexorable de los surcos o bolsa gingivales, que no responde al tratamiento y en las que hay supuración constante, lengua agrandada, hipersensibilidad gingival, hipersensibilidad en ausencia de lesiones cariosas o pulpitis, boca seca, el flujo de la saliva se encuentra disminuido, lo que provoca que se agrave o que aparezca una inflamación gingival por la retención de alimentos placa, proliferación de microorganismos como estreptococos, cálculos, etc.

TRATAMIENTO.

Para su tratamiento es necesario que estén en combinación el médico y el dentista para obtener un resultado óptimo.

ENFERMEDADES DE LA SANGRE.

La amplia variedad de manifestaciones orales de las enfermedades de la sangre, y su parecido clínico y radiográfico de otros trastornos locales o generales, hacen necesario que el práctico dental esté informado y atento con respecto a las hemopatías, no solo es necesario que el dentista sea capaz de diferenciar las enfermedades de la sangre de otras, sino que también es necesario que esté familiarizado con las complicaciones de estas enfermedades en relación con las intervenciones dentales habituales. Debe valorarse cuidadosamente la tendencia hemorrágica del enfermo purpúrico, el potencial hemorrágico del hemofílico, la predisposición infecciosa del enfermo leucémico, y la falta de resistencia del enfermo anémico para tenerlos debidamente en consideración, al plantear un tratamiento dentario.

LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE QUE TRATAREMOS SON:

- Anemia
- Leucemia
- Púrpura
- Agranulocitosis
- Hemofilia.

ANEMIA.

Puede definirse la anemia en si misma como un estado morboso caracterizado por la disminución anormal de la hemoglobina circulante, acompañada generalmente de la disminución del número de hematíes.

MANIFESTACIONES GENERALES.

Palidez de la cara y de la piel, debilidad general, fatiga fácil, hormigueo o entumecimiento de

las extremidades, somnolencia, vértigos o lipotimias, cefalalgias, sensibilidad al frío, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, diarrea, dolores abdominales, pérdida de peso, disnea, edemas maleolares y palpitaciones.

MANIFESTACIONES ORALES.

Los signos y síntomas de los enfermos anémicos son muy parecidos cualquiera que sean sus causas, estos signos y síntomas serán:

a) Palidez de las encías y la mucosa bucal, - la lengua puede ser pálida, pero a veces puede ser rojo de carne.

b) Glositis: la lengua presenta ardor, sensibilidad o dolor, atrofia de las papilas.

c) Estomatitis angular: no siempre se presenta, pero su presencia crónica, debe ser motivo para que se practiquen exámenes de laboratorio, para establecer la existencia de anemia.

d) Estomatitis infecciosa: pueden acompañar a la anemia signos de infecciones bucales no específicas, como erosiones o úlceras superficiales, - especialmente de carácter persistente o recidivante.

TRATAMIENTO.

El tratamiento dependerá del tipo de anemia - que se presente, el cual puede ser transfusiones - de sangre, administración de vitamina B₁₂, etc.

LEUCEMIA.

La leucemia es una neoplasia maligna que afecta a las células formadoras de los elementos sanguíneos. El hecho primario es la proliferación anor

mal de leucocitos y de sus predecesores inmaduros. Lo mismo que sucede con otras neoplasias malignas - invariablemente se produce la infiltración y la - diseminación de éstas células anormales.

ETIOLOGIA.

Su etiología es hasta este momento desconocida.

CUADRO CLINICO GENERAL.

El enfermo aqueja debilidad muscular y fatiga bilidad fácil, puede ser muy marcada la palidez de la cara y de la piel, las tumefacciones ganglionares pueden descubrirse fácilmente, y los signos - purpúricos de la piel, de la pápula, y nódulos cutáneos, también pueden formar parte del cuadro.

MANIFESTACION BUCAL.

Encías, labios y mucosas pálidas, tendencia - de las encías a sangrar fácilmente, signos de púrpura, engrosamiento de las encías, aflojamiento - de los dientes, puede haber infecciones gingivales ulceraciones en las mucosas, signos de moniliasis - bucal, dolor frecuente en las piezas dentales.

PURPURA.

La púrpura en sí misma no es una enfermedad - específica, sino más bien un signo de enfermedad.

Se denomina púrpura, a unas lesiones purpúricas o rojizas de la boca y de la piel, debido a la salida de sangre hacia los tejidos, se usan denominaciones de púrpura o enfermedad purpúrica como - sinónimos de trastornos hemorrágicos.

CUADRO CLINICO GENERAL.

1).- Petequias: pequeñas manchas rojizas hemorrágicas.

2).- Manchas purpúricas: pequeñas manchas -
aplanadas.

3).- Vesículas o flictenas hemorrágicas; ampollas llenas de sangre.

4).- Hemorragias de aparición fácil en diversos orificios corporales como: nariz, boca, sangre en orina y en heces.

ETIOLOGIA:

Pueden ser varias las causas, entre éstas son de origen alérgico o tóxico, insuficiente ingestión de ácido ascórbico ya que ésto produce la fragilidad capilar.

MANIFESTACION ORAL.

Resumamiento de sangre en los márgenes gingivales, persistentes y de larga duración y con ausencia de inflamación, petequias, manchas purpúricas, equimosis y flictenas hemorrágicas, de tamaño vesicular o ampollosa.

TRATAMIENTO.

Dependerá de su etiología.

AGRANULOCITOSIS.

La agranulocitosis es un trastorno hemático caracterizada por una intensa leucopenia o neutropenia (disminución de los leucocitos circulantes - debido a causas numerosas) que pueden ocasionar -

una sépsis generalizada. A menudo las lesiones -
apreciables clínicamente empiezan en la boca.

MANIFESTACIONES GENERALES.

Comienzo brusco de fiebre y escalofríos, in--
tensa cefalalgia, malestar y debilidad y a veces -
postración, linfadenitis regional, baja resisten--
cia a las infecciones.

ETIOLOGIA.

Su etiología puede ser por causa del empleo -
de medicamentos como por ejemplo: compuestos de oro
y arsénico, otras causas serán la exposición a la-
irradiación, quimioterapia anticancerosa.

MANIFESTACION ORAL.

Las lesiones suelen ser ulcerativas y tienden
a presentarse con mayor frecuencia en los tejidos-
del paladar, bucofaríngeos, tejidos gingivales, el
suelo de la boca y la lengua, las úlceras suelen -
ser planas o ligeramente deprimidas.

La agranulocitosis puede afectar el ligamento
parodontal e incluso del hueso alveolar se ve alte
rado.

La exodoncia, cuando este padecimiento es de-
origen maligno puede ser mortal por eso es impor--
tante diferenciarla de la infección por fusospiro-
quetosis, antes de instituir el tratamiento.

HALLAZGOS DE LABORATORIO.

Recuento de leucocitos, granulocitos, punción
aspiradora de la médula ósea que demuestra una de-
presión leucopoyesis mielocitos.

TRATAMIENTO.

Para evitar la muerte es necesario, un diagnóstico precóz seguido de un tratamiento intensivo debe instituirse inmediatamente un tratamiento de antibióticos adecuado, para combatir la infección-acompañante es necesario suprimir el medicamento perjudicial. En algunos casos se requieren transfusiones de sangre.

El tratamiento local complementario para dominar las infecciones bucales es con sustancias que desprenden oxígeno y lavados germicidas.

HEMOFILIA .

La falta o deficiencia de globulina antihemofílica impide la coagulación normal de la sangre.

La hemofilia A y B, son enfermedades ligadas al sexo, que se presenta únicamente en los varones hijos de madres portadoras del defecto cromosómico.

La hemofilia C, no está ligada al sexo y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.

MANIFESTACIONES ORALES.

Sangrado gingival espontáneo o provocado, abundantes petequias en toda la cavidad oral, aunque no siempre es manifiesta ninguna hemorragia por lo que es muy importante hacer una historia clínica.

TRATAMIENTO.

Quando existen hemorragias procedentes de algún punto de la boca, se tomarán medidas generales y locales.

Como medidas generales se necesitará hospitalización durante la cual se administrarán transfusiones de sangre o plasma total.

Como medida local, tiene valor las curas compresivas, con aplicaciones de trombina, oxicecl u otros coagulantes eficaces.

ALERGIAS.

La alergia es una alteración específica producida por exposición previa a un agente que se manifiesta inmediatamente o tardíamente. En la clínica diaria se puede tener ocasión de apreciar muchos tipos de respuesta alérgica.

ETIOLOGIA.

La etiología es muy variada, pueden ser los alimentos, productos químicos, medicamentos, animales, cierto tipo de ropa, metales, etc.

MANIFESTACION GENERAL.

Malestar, ansiedad, cefalalgia, intensos latidos en los ojos, náuseas, vómitos y defecación involuntaria, dificultad al respirar, palidez, cianosis.

En casos graves, pueden presentar convulsiones generalizadas, seguidas de colapso y muerte, en casos raros se produce la muerte sin signos premonitorios.

MANIFESTACION ORAL.

Edema localizado o generalmente ya sea en la lengua, labios y muchas veces hay lesiones vesiculares, eritema y dolor.

TRATAMIENTO.

Para el tratamiento de las alergias es necesario la eliminación de los agentes sospechosos de ser alérgicos, y un tratamiento con corticosteroides, antihistamínicos y vasoconstrictores.

FARMACOS.

En la boca aparecen frecuentemente lesiones resultantes de la acción de sustancias tóxicas, la diversidad de su aspecto clínico y su parecido son las manifestaciones de otras enfermedades, especialmente las reacciones alérgicas, hacen necesario que el dentista esté familiarizado con la cuestión de las reacciones de toxicidad.

ETIOLOGIA.

Las lesiones bucales pueden producirse por la aplicación local de sustancias tóxicas, como el fenol, aspirina, nitrato de plata etc., Por la ingestión de metales también puede producir lesiones bucales, y por el contacto industrial de metales, o por medicamentos administrados por vía parenteral que tengan acción tóxica secundaria.

El agente tóxico puede actuar en los tejidos con diferentes grados de intensidad, según la naturaleza del agente tóxico, su concentración y dosificación, y tolerancia del enfermo.

MANIFESTACIONES ORALES.

Como anteriormente mencionamos, pueden ser muchos los agentes tóxicos que van a afectar los tejidos bucales, por lo tanto solo nos referimos a algunos de ellos, por ejem:

- Mercurio -
- Bismuto -

- Yodo -
- Plomo -

MERCURIO.

La manifestación oral por intoxicación de mercurio es: ulceraciones gingivales, mucosa de color azul grisáceo oscuras, hay una gran cantidad de saliva y mal aliento, la lengua está hinchada y saburral.

BISMUTO.

Entre las manifestaciones orales por intoxicación de bismuto serán: sensación de quemadura en la mucosa bucal y en la lengua, esta última puede estar inflamada y dolorosa, vemos un ribete gingival azul o negruzco manchas pigmentadas, - lenticulos marrones, depósito gingival sucio, gris verdoso y hasta gangrena.

YODO.

En la intoxicación por yodo, la cavidad bucal va a tener manifestaciones. entre estas encontraremos: un filete negruzco gingival, la encía se encuentra desprendida, hay sialorrea, sabor amargo y metálico.

PLOMO.

La manifestación oral del paciente por intoxicación por plomo será: filete gingival azul o azulado negruzco en los dientes anteriores, la mucosa de color gris, la lengua negruzca, palidez de la cara, vómitos, pérdida de apetito, el sabor dulce es un signo muy peculiar.

TRATAMIENTO.

El tratamiento para las mencionadas lesiones tóxicas serán:

- a) Eliminar el agente causal.
- b) Usar un antídoto específico cuando esté indicado.
- c) Aplicar medicamentos útiles para aliviar y dominar el dolor y las molestias, que acompañan estas lesiones.
- d) Como tratamiento local aplicaremos un protector como orabase, lavados con preparaciones de corticoesteroides.
- e) En lesiones graves el paciente debe ser hospitalizado.

FACTORES PSICOSOMATICOS (C).

Cada día ocupa un lugar más importante dentro de la patología médica, la presencia del factor psicossomático, como agente causal de enfermedades que no tienen su origen en causas eminentemente somáticas.

Dentro del terreno de la parodoncia, podríamos citar como enfermedades psicossomáticas:

Estomatitis de Vincent o gingivitis ulcero necrosante aguda, malos hábitos entre éstos tenemos; bruxismo, ya que por las tensiones musculares de los músculos masticadores, trae como consecuencia, zonas de destrucción de fibras, zonas de necrosis y hemorragias en el ligamento parodontal por la disminución del espacio vital, también por la presión exagerada, el diente es proyectado hacia el fondo del alveolo con los consiguientes fenómenos destructivos del hueso y del cemento.

El miedo y la depresión actúan sobre el sistema nervioso autónomo, disminuyendo la secreción salival y modificando su composición química -- pudiendo desempeñar un papel en la producción de la caries.

Los aspectos fisiológicos de la angustia y del stress también implican mecanismos endócrinos, pudiendo afectar a los tejidos bucales y el desarrollo de enfermedades dentarias.

TRATAMIENTO.

a) El dentista deberá escuchar al enfermo con atención, estimular la expresión verbal de sus temores y siempre que sea posible, ofrecer explicaciones sencillas del problema; ésto puede ayudar al enfermo a tranquilizarse o superar la depresión

b) También se podrá hacer uso de farmacoterapia como medida auxiliar como tranquilizantes.

El tratamiento de esta clase de enfermos presentan numerosos obstáculos, pues muchos de estos no cooperan para la superación de su problemas.

C A P I T U L O VI

EDUCACION DEL PACIENTE Y DIFERENTES TECNICAS Y ACCESORIOS PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

PREVENCION PRIMARIA (Prepatogenia)

Existen varias causas que van a provocar los problemas parodontales entre éstas pueden ser:

a).- La pérdida de dientes, principalmente, - si es en forma precoz; ya que al faltar algún diente se van a cerrar espacios y así más tarde ocasionar maloclusión, ésta va a procar un trauma al ocluir y de este modo, va a lesionar los tejidos parodontales y va a dar lugar a una resorción del hueso alveolar.

Una de las causas más frecuentes de la pérdida de dientes es por la caries; ésta principalmente es provocada por una deficiente técnica de limpieza oral.

b).- También una incorrecta limpieza oral va a provocar acumulación de sarro, el cual va a actuar como agente irritativo, que puede desencadenar el ciclo que perpetúa y agrava progresivamente una parodontopatía; iniciada con una gingivitis marginal crónica generalizada.

c).- La mala odontología restauradora, provocará un trauma y de esta manera va a lesionar los tejidos parodontales y resorción del hueso alveolar.

d).- Una deficiente nutrición va a predisponer al parodonto, a las enfermedades de éste.

e).- Los malos hábitos van a ser los causantes, en muchas ocasiones de la malaoclusión.

COMO PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES -
ERA DE GRAN UTILIDAD LO SIGUIENTE:

a) EDUCACION DE LA SALUD.

b) NUTRICION.

c) VISITAS PERIODICAS AL DENTISTA: 1) profilaxia dental 2) Corrección de anomalías orales 3) --
examen de el paciente, historia médica, examen extrabucal (cabeza y cuello), examen intrabucal, examen periodontal.

d) FISIOTERAPIA BUCAL:

1) Control de placa: tinción con colorantes -
adecuados, técnica de Bass, técnica circular, técnica horizontal, hilo dental, Perio-Aid.

2) Estimulación y queratinización del tejido gingival:

- mantenimiento del contorno gingival normal-
- mantenimiento del contorno gingival alterado -

3) Tratamiento del tejido gingival con una prótesis fija.

4) Cuidados cuando existe una prótesis removible.

5) Tratamiento del tejido gingival en presencia de problemas especiales: dilantina, anemia, -
respiración bucal, embarazo, pubertad, factores diatrogénicos.

6) Tratamiento del tejido gingival cuando existe: gingivitis descamativa, herpes, laceraciones -
debidas a lastimaduras de cerdas, sensibilidad de la guma a cirugía gingival.

7) Tratamiento de furcaciones.

8) Tratamiento del tejido gingival cuando se presenta:

- Falta de colaboración -
- Incapacidad física (artritis, neuritis, etc.) -
- e) FLUORACION DE LAS AGUAS POTABLES Y APLICACIONES TOPICAS DE FLUOR.
- f) CORRECCION DE MALA ODONTOLOGIA RESTAURADORA.
- g) PREVENCIÓN DE MALOCLUSIONES: 1) prevención de caries, 2) mantenimiento de espacio, 3) ortodoncia interceptiva, 4) corrección de malos hábitos como: succión digital, succión labial, respirador bucal, bruxismo, deglución anormal.

a).- EDUCACION DE LA SALUD.

Se puede afirmar con seguridad que la educación sanitaria es el arma fundamental de la medicina preventiva, y una función indivisible de la medicina curativa y de rehabilitación.

Con lo anterior, se comprende que es mucho más fácil, y económico, educar a la comunidad y aplicar medidas profilácticas y preventivas, que invertir recursos en la recuperación de la salud.

Se ha comprobado que cuando un programa sanitario, se combina con actividades educativas, los resultados, son muy satisfactorios; se ha contado con una ayuda entusiasta, la comunidad misma interviene en el desarrollo del trabajo, y no solo eso, sino que la gente se acostumbra a ver las obras realizadas, como una creación propia.

Un aspecto que no debe escapar a la atención de quienes se dedican al ejercicio profesional de la medicina y de la salud pública, es la necesidad

de traducir la terminología médica al lenguaje popular, a fin de lograr que la acción educativa que se realicen en los problemas de la salud, sea no solo bien intencionado, sino susceptible de comprender cabalmente y traducirse en acciones positivas y prácticas de conducta en la solución de problemas de salud.

DEFINICIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD.

Definir un concepto nunca ha sido una tarea fácil porque en la mayoría de los casos, se corre el peligro de ser poco explícito, de presentar la realidad en forma incompleta, maxime cuando se trata de una disciplina de la naturaleza y de la amplitud del tema que nos ocupa. No obstante trataremos de formarnos una idea de lo que es o pretende ser la educación sanitaria.

Según la organización de la salud: "La educación higiénica consiste no solo en la diseminación de los conocimientos elementos relativos a la salud, sino sobre todo, en la formación en el conjunto de la comunidad, de hábitos concernientes a las enfermedades originadas por las condiciones del medio, la eliminación total o parcial de las posibilidades de transmisión que dependen en forma directa del comportamiento de los individuos".

Para la Sociedad Profesional de Educadores Sanitarios (SOPHE) de Estados Unidos, la educación para la salud consiste en; "La suma de actividades en los cuales se orientan las instituciones dedicadas al cuidado de la salud pública y los trabajadores de la salud para influir en el pensamiento, motivación y acción de los grupos humanos, en los aspectos concernientes a la salud individual y colectiva"

Otra definición usual de la educación higiénica es: "Es un proceso de evolución dentro del organismo humano, el cual tiene como meta alcanzar la-

salud personal y de la comunidad.

FACTORES PSICOLOGICOS DEL APRENDIZAJE.

La educación del ser humano es un proceso eminentemente social que se inicia prácticamente en el momento de nacer y perdura a través de todas las fases de la existencia.

Todo el proceso de la educación se finca en el fenómeno de el aprendizaje, que no consiste como se ha creído frecuentemente en la simple memorización de hechos, cifras o datos, sino en desarrollar al máximo y de manera armónica toda la potencialidad física y espiritual, mental y social del hombre, conforme a los bienes y valores aceptados por la comunidad.

El aprendizaje de acuerdo con la opinión autorizada de expertos en psicología y pedagogía, consta de 3 etapas:

PRIMERA: Llamada de motivación, consiste básicamente en generar interés, despertar curiosidad y centrar la atención en un asunto determinado a través del proceso natural de sensaciones, percepciones, juicios y razonamientos específicos.

SEGUNDA: Se denomina de incorporación o apropiación del contenido educativo a través del cultivo de habilidades o destrezas o memorización y de factores y características diferenciales que individualizan al objeto de aprendizaje.

TERCERA: Se conoce como fase de transferencia de los conocimientos y se reconoce a través de la aplicación de los conceptos o habilidades adquiridos a las situaciones nuevas de la problemática de la vida diaria.

Para captar el interés de los alumnos se recurre a ciertos aspectos de interés vital como la conservación de la salud, la protección de los pe-

ligros que encierra el medio ambiente, la utilidad de las cosas y el bienestar general ya que son motivaciones que despiertan, mantienen y vigorizan - la curiosidad y la atención.

Conviene señalar que el verdadero aprendizaje es aquel que procede de la experiencia, sólo cuando se hace algo puede afirmarse que se sabe; lo demás es una historia o lejana caricatura del conocimiento.

ACTIVIDADES FUNDAMENTALES EN LA EDUCACION DE LA SALUD.

La educación de la salud se lleva a cabo mediante la interacción de un complejo de actividades que se correlacionan y se auxilian en el logro de las metas y finalidades propuestas.

A continuación citaremos algunas de las actividades básicas:

a).- LA INFORMACION. El acto de informar simplemente consiste en presentar una idea, un hecho, una situación que requiere ser conocida por un individuo o por un grupo social.

Las características más importantes que debe reunir la información, es el contacto efectivo entre el informante y el informado. El establecimiento de relaciones cordiales y amistosas, la conquista de la simpatía y la confianza del individuo y del grupo social. Estos factores son la mayoría de las veces, los determinantes del éxito de la labor informativa.

b) - LA PUBLICIDAD Y LA PROPAGANDA. Son indudablemente uno de los recursos más poderosos de la educación de la salud. La información por si sola, no es suficiente para cumplir con las exigencias de la vida moderna y con los fines trascendentales de la educación de la salud. No basta con dar-

a conocer los hechos y promover el interés de los individuos y de la comunidad, es indispensable influenciar la voluntad, encaminándola hacia la adaptación y modificación positiva de la conducta; ésta es justamente la misión de la publicidad y la propaganda educativa y en ello radica esencialmente la diferencia entre la información y la publicidad.

c).- LA INSTRUCCION. Es otra de las actividades fundamentales de la educación de la salud. La instrucción en materia de educación higiénica, debe iniciarse prácticamente desde la cuna, en el seno del grupo familiar, continuarse en los jardines de niños, robustecerse con los conocimientos adquiridos en la escuela primaria, ampliándose posteriormente de acuerdo con las inclinaciones de los interesados en las instituciones media y superior.

c).- MEDIOS DE COMUNICACION. Los medios de comunicación que podemos ocupar para la educación de la salud son variados entre éstos contaremos con: ilustraciones, periódico mural, transparencias o diapositivas, carteles, hoja de aviso, folletos, teatro de muñecos animados, películas cinematográficas, radio, conferencias, discusiones de grupo etc.

B).- NUTRICION.

Sobre la nutrición, como método específico de fomento de la salud parodontal, podemos decir que no existen métodos o características especiales de una nutrición que fuese aconsejable desde el punto de vista de la salud del parodonto, que la diferencia de la recomendable para la salud en general.

El organismo es un todo del cual el parodonto es una parte, la equilibrada nutrición que contenga los minerales y las vitaminas necesarias, así como los alimentos energéticos y plásticos deseables pa

ra la salud del organismo en general, es en esencia la misma que requiere el buen estado del parodonto; si hay deficiencias en la dieta o desequilibrio en la proporción en que entran diversos componentes, se debe corregir el defecto encontrado, tanto por razones de orden parodóntico, como por razones de orden general.

NUTRICION DE LA MUJER. Muchas de las veces la mujer ignora que está embarazada, aún 3 meses después de la fecundación y justamente estos 3 meses correspondientes al período teratógeno, más susceptible de la organogénesis, así pues; las recomendaciones de tipo dietético adquieren suma importancia durante los años de fecundidad de la mujer ya que ayudan a prevenir trastornos potenciales; en el mismo orden de ideas las adolescentes embarazadas deben recibir una atención especial, puesto que sus necesidades metabólicas son mayores debido al esfuerzo adicional de crecimiento de la adolescencia.

La mujer embarazada y la mujer lactante, necesita un ingreso diario mayor de proteínas, sales minerales, vitaminas, en comparación con la mujer normal, para asegurar un aporte nutricional adecuado, para el feto que se va desarrollando y para proporcionar reservas maternas suficientes para la mujer que tendrá que amamantar al recién nacido.

CARACTER FISICO DE LA DIETA. La consistencia del alimento ingerido, deberá ser fibroso, resistente, que ofrezca estímulo a los tejidos parodontales, y favorezca la autolimpieza, en cambio la alimentación blanda es apta para que acumulen residuos y haya fermentaciones bucales, lo que favorece la inflamación gingival.

C).- VISITAS PERIODICAS AL DENTISTA.

1) Profilaxis dental. Será de gran valor las profilaxis dentales periódicas, porque al remover el sarro se va a suprimir un agente irritativo que

puede desencadenar una parodontopatía, que comienza con una gingivitis simple.

2) Corrección de anomalías orales. Si el paciente hace visitas periódicas al dentista, dará oportunidad a éste, de detectar caries, problemas gingivales incipientes, y de este modo dar una pronta atención, y evitar que se agraven.

3) Examen del paciente. El dentista a fin de detectar cualquier anomalía, hará un examen del paciente que va a consistir en:

- Historia médica -
- Examen extrabucal (cabeza y cuello)-
- Examen intrabucal -
- Examen periodontal -

HISTORIA MEDICA.

Se hará una revisión de los sistemas mediante un cuestionario:

¿Tuvo algún cambio en el estado de salud?

¿Fue hospitalizado durante el último año?.

¿Tuvo enfermedades u operaciones graves?.

DERMATOLOGICO: ¿Erupciones de la piel?, ¿Irritaciones?.

GASTROINTESTINAL: ¿Úlcera del estómago?, ¿indigestión?, ¿enfermedad hepática o histeria? - ¿heces oscuras o con sangre?, ¿constipación?.

RESPIRATORIO: ¿sinusitis?, ¿tos persistente?, ¿resfriados frecuentes?, ¿expectoración con sangre?, ¿antecedentes de tuberculosis?.

ALERGIAS: ¿fiebre del heno?, ¿asma?, ¿erupciones?, ¿alergia o sensibilidad a la droga?.

HEMATICO Y LINFATICO: ¿anemia?, ¿nódulos linfáticos agrandados?, ¿hematomas fáciles?, ¿hemorragia prolongada?, ¿dicatrización prolongada?.

MEDICACIONES: ¿cuál?, ¿con que frecuencia?.

PSICOLOGICO: ¿tipo de personalidad?, ¿tensión? ¿desmayos?.

CARDIOVASCULAR: ¿cardiopatía?, ¿presión sanguínea alta o baja?, ¿lesiones congénitas?, ¿corazón reumático?, ¿falta de alimento durante el ejercicio?, ¿dolores de pecho?, ¿inflamación de los tobillos?.

ENDOCRINO: ¿diabetes?, ¿diuresis frecuente?, ¿boca seca?.

ESQUELETO MUSCULAR: ¿articulaciones doloridas? ¿calambres musculares?, ¿artritis?.

EXAMEN EXTRABUCAL (cabeza y cuello);

CABEZA: Observar postura y posición, movimientos, tamaño y forma.

CUELLO: Observar agrandamientos simétricos, palpar nódulos linfáticos (lámina 1), parótidas, tiroides, vasos.

ROSTRO: Observar color, rasgos faciales, expresiones, tono de la piel, tono muscular, simetría

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: Observar desviaciones en la apertura, grado de apertura, palpar; chasquidos, sensibilidad, simetría, simetría de movimientos, auscultar: chasquidos.

EXAMEN INTRABUCAL:

LABIOS: color, grietas y fisuras.

VESTIBULO: lesiones, frenillo.

PALADAR: forma y altura, torus.

PISO DE LA BOCA: lesiones, glándulas (pal -- par).

LENGUA: tamaño, indentación del margen, papi-
las, superficie, fisuras, color.

FARINGE: Lesiones, secreciones.

EXAMEN PERIODONTAL:

- Encía -
- Periodoncio-
- Dientes-
- Forma del arco-
- Análisis oclusal-

ENCIA:

1) COLOR: más claro rosa coral = normal más oscuro
lesiones blancas inflamación
descamación
policitemia

2) TEXTURA SUPERFICIAL:
brillante punteada = normal rugosa

3) TONO TISULAR:
edematosa firme = normal fibrosa

4) MARGENES (1am. 2):
grietas en filo de cuchillo festones
= normal (agrandamien-
tos).

5) POSICION DEL MARGEN Y LA ADHERENCIA EPITELIAL:
a) recesión b) normal, c) erupción retardada, -
d) agrandamiento. (véase 1am. 3).

6) PAPILAS INTERDENTARIAS (1am. 4):
ondulada = normal agrandadas
romas
socavadas
cráter gingival

7) VARIOS: fístulas, lesiones.

PERIODONCIO:

1) Profundidad y contorno de la bolsa (utilícese la sonda periodontal en el sentido del eje mayor del diente); regístrese todo trastorno notable y también las mediciones corrientes en las 4 caras: vestibular, lingual, mesial, distal.

2) Exudados del surco: a) hemorragia, b) supuración, fluido gingival, d) pseudomembrana.

3) Lesiones de furcaciones. Utilícese un explorador número 23. (lam. 5).

4) Tracción del frenillo. Examinése los labios y carrillos, observando el margen gingival libre para detectar: a) isquemia b) desplazamiento.

5) Relaciones periodontales (lam. 6). Observar: a) margen gingival libre, b) fondo de la bolsa (inserción epitelial), c) cresta del hueso alveolar, d) línea mucogingival.

DIENTES:

1) Presencia o ausencia.

2) Restauraciones y calidad: a) márgenes sobreeextendidos o escasos, b) contorno, c) contactos

3) Facetas de desgaste: a) funcionales, b) para funcionales: ocupacionales, habituales, neuróticas.

4) Depósitos (uso de tabletas o soluciones reveladoras): a) pigmentaciones, b) placa, c) cálculos, d) materia alba.

5) Movilidad (uso de tabletas o soluciones revelantes):

- a) Clase I: movimiento apenas discernible.
- b) Clase II: movimiento hasta de un milímetro.
- c) Clase III: movimiento mayor que un milímetro.

- 6) Percusión: a) vertical, b) horizontal,
- 7) Prueba de vitalidad: a) calor, b) frfo, -
c) corriente eléctrica.

8) Transluminación: a) opacidad, b) translucidez.

FORMA DEL ARCO:

1) Forma del arco: a) angosto, b) normal, -
c) ancho, lam. 7

2) Plano de oclusión: a) 1, 2, o 3 planos, --
b) localización o desarmonías.

3) Apiñamiento de dientes.

4) Rotaciones e inclinaciones: a) hacia me-
sial, b) hacia vestibular, c) hacia lingual.

5) Extrusión e intrusión.

6) Relaciones de oclusión cruzada.

7) Otras malposiciones.

8) Torus: a) palatino, b) mandibular

9) altura del paladar: (ver lam. 8) a) oji --
val (alto) b) normal, c) plano.

10) Relaciones intermaxilares, clasificación-
de Angle (véase lámina 9):

a) Clase I. El maxilar inferior se halla en-
su relación anteroposterior normal respecto del ma-
xilar superior, hay mal posición de dientes aisla-
dos.

b) Clase II. Hay relación distal de las cú-
pides de los dientes inferiores con los superiores
tiene 2 divisiones:

- División 1. Protusión de los dientes anteriores, arco angosto y contraído, paladar alto.

- División 2. Retrusión de dientes anteriores arco de ancho normal.

c) Clase III. Hay relación mesial de las cúspides de los dientes inferiores con los superiores

11) Zonas de acúñamiento de alimento vertical:

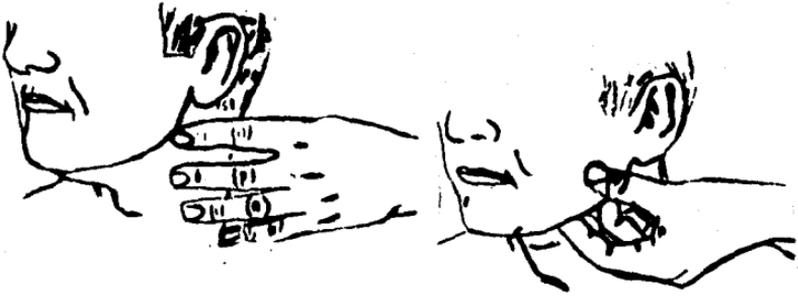
a) Contactos abiertos, b) rebordes marginales irregulares. c) cúspides impelentes.

ANÁLISIS OCLUSAL:

Vamos a observar:

- 1) Relación céntrica
- 2) Oclusión céntrica
- 3) Posiciones y excursiones protusivas
- 4) Posiciones y excursiones laterales
- 5) Espacio libre.
- 6) Parafunción
- 7) Traumatismo oclusal secundario (posible necesidad de ferulizar).
- 8) Dimensión vertical.
- 9) Desviaciones musculares mandibulares
- 10) Tipo y grado de desgaste oclusal
- 11) Forma de los dientes, esto se determina mediante: modelos, mordida en cera, papel de articular, observación.
- 12) Exámen radiográfico, observense los siguientes signos radiográficos de traumatismo oclusal, (lam. 11):
 - a) Alteración de la cortical: espesamiento, discontinuidad o pérdida.
 - b) Espesamiento del espacio del ligamento paradontal (2).
 - c) Ensanchamiento cuneiforme del espacio del ligamento periodontal.

- d) Reabsorción radicular. (4)
- e) Hipercementosis.
- f) Osteoesclerosis.
- g) Calcificación pulpar. (1)
- h) Desgarros cementarios. (3)
- i) Fractura radicular.
- j) Osteoporosis (radiolucidez).



Lam. I Nódulos linfáticos palpación.



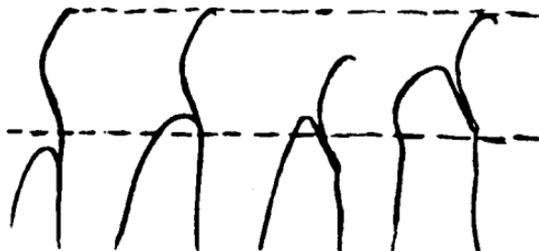
normal



grietas



Lam. 2 festones



recesión normal erupción pasiva agrandamiento
retardada

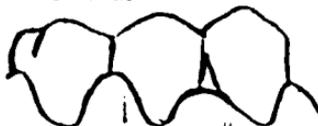
Lam. 3



Normal



Papilla



papilla agrandada

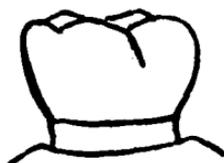


erupción pasiva

Lam. 4



normal |

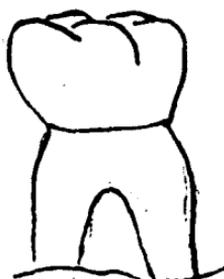


clase I incipiente



clase II parcial

Lam.5



clase III completa



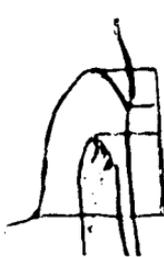
Lam.6

gingivitis incipiente

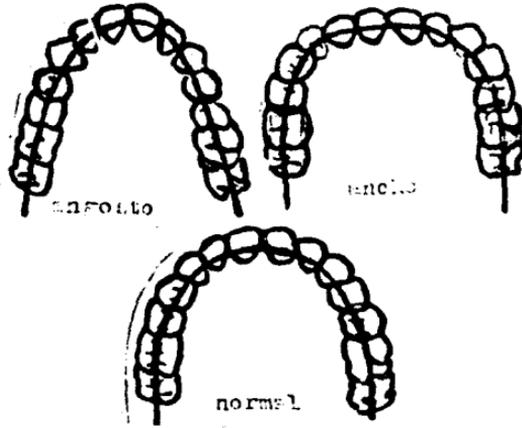


normal

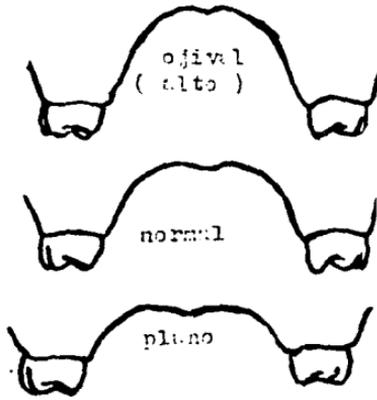
- 1 margen gingival libre
- 2 inserción epitelial
- 3 cresta alveolar
- 4 línea mucogingival



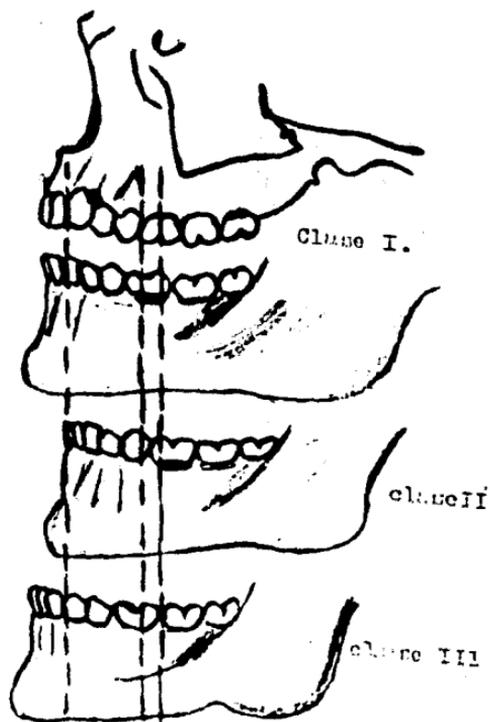
gingivitis con bolsa periodontitis bolsa infradésea



Lam. 7



Lam. 8



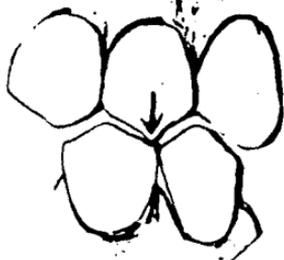
Lam. 9



contactos abiertos



rebordes marginales
irregulares



cúspide impelente

Lam.10



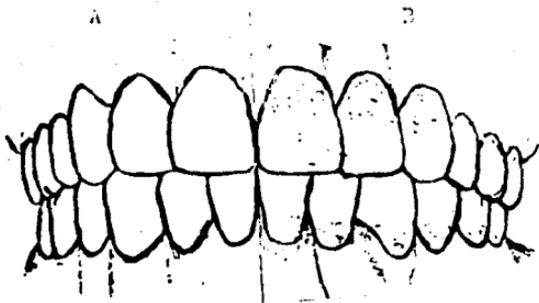
I calcificación pulpar

3 desgarros cementarios

4 espesamiento del espacio
del ligamento

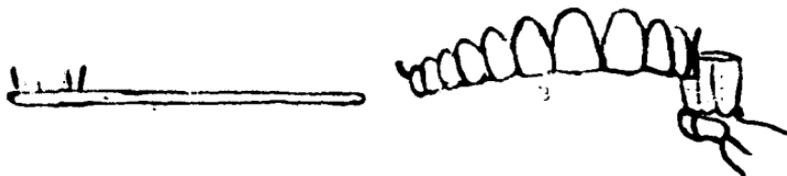
5 reabsorción radicular

Lam.II

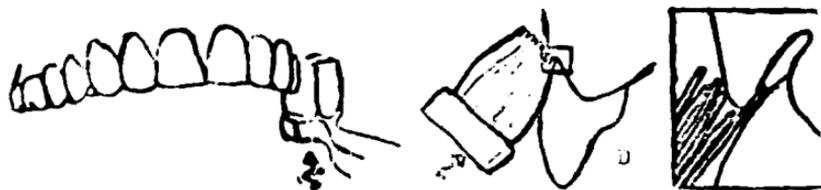


Control de placa.

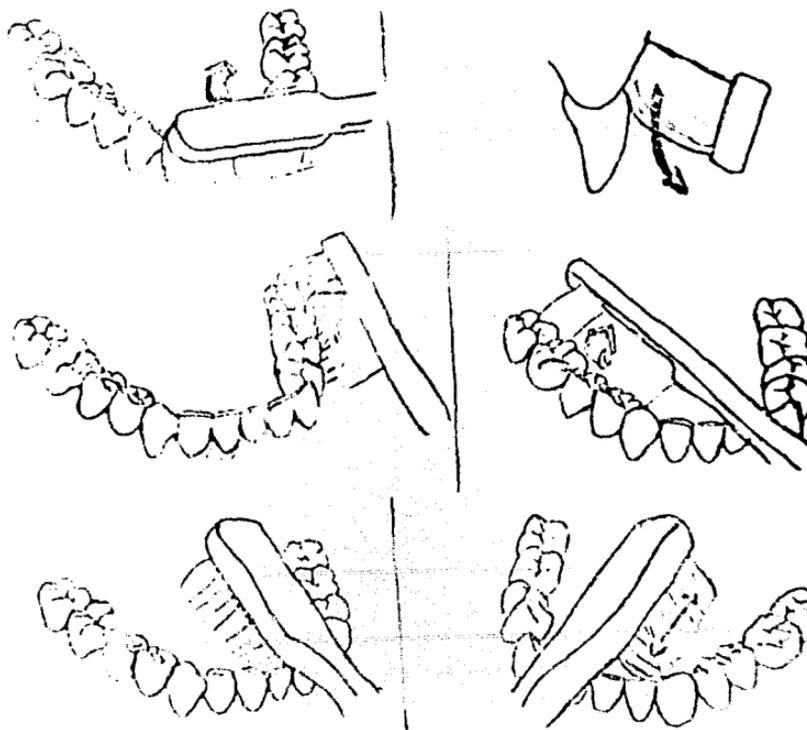
Lam.12

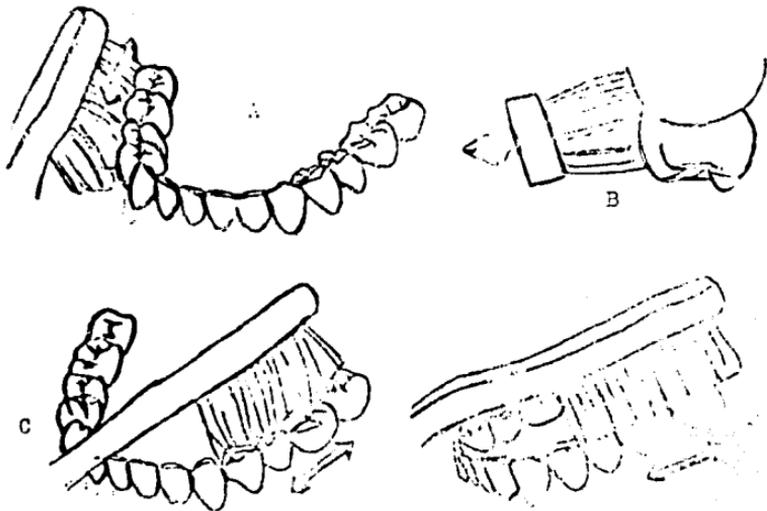


Lam. 13 Técnica de Bass.

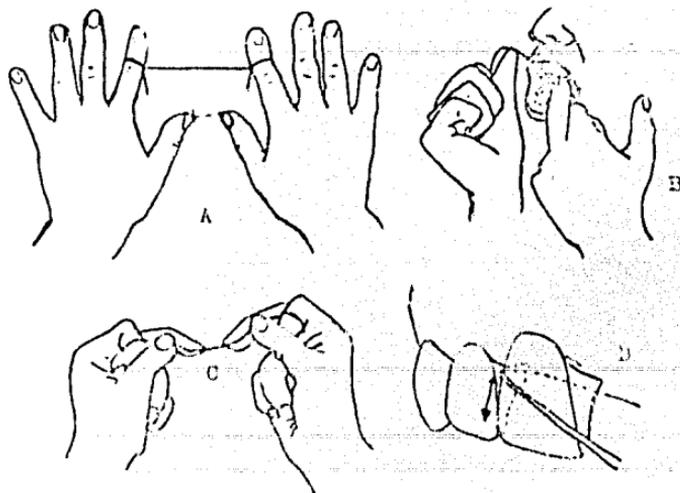


Lam. 14 Técnica Circular.





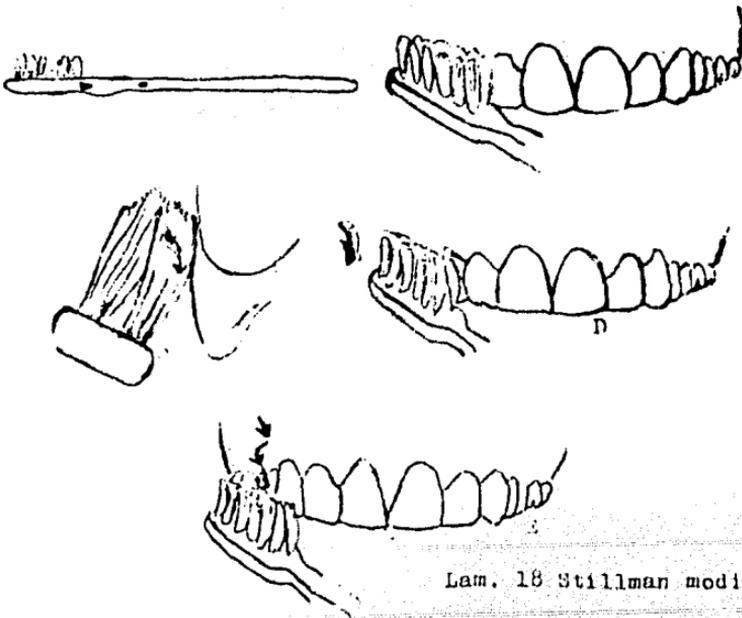
Lam.15 Técnica Horizontal



Lam. 16 Técnica Horizontal



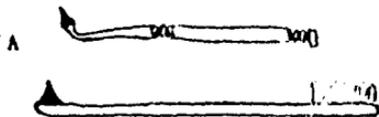
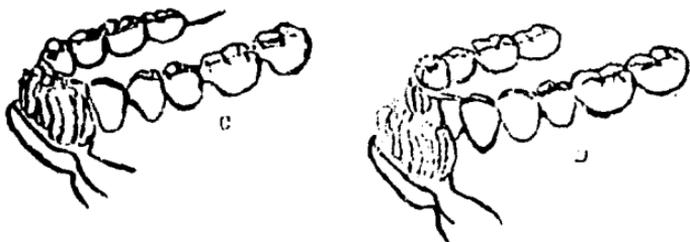
Lam. 17 Perio-Aid.



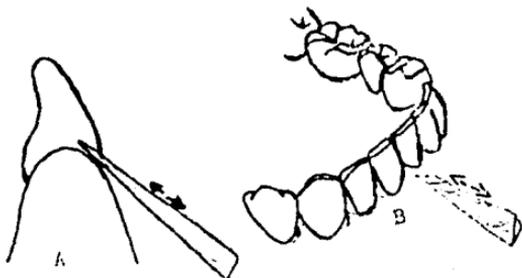
Lam. 18 Stillman modificada.



Lam. 19 Charters



Lam. 20 Cono de goma



Lam. 21 Stim- U - Bert.

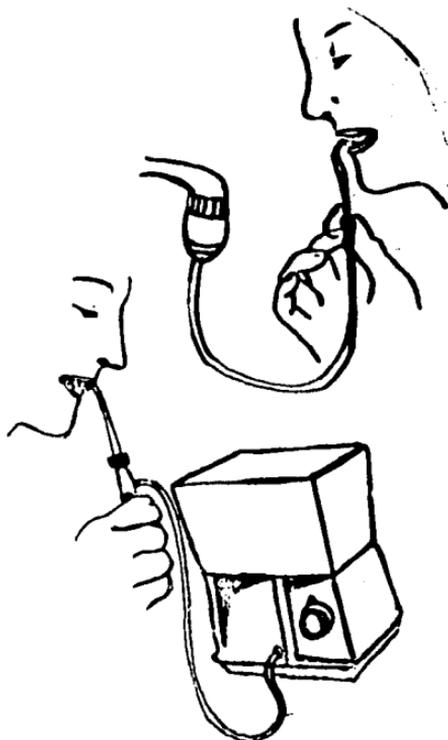




Lam. 23 agrandamiento gingival



Lam. 25 limpiapipas



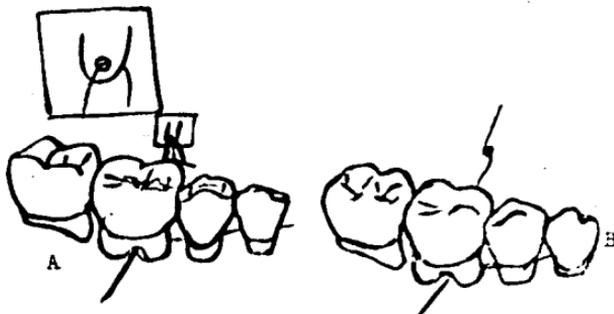
Lam. 22 Aparatos irrigadores



A



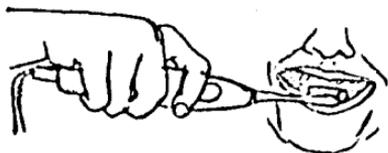
Lam. 24 Caza de goma.



Lam. 26 iortahilo



Lam. 27 Limpiador de plástico



Lam. 28 Cepillo eléctrico

FISIOTERAPIA BUCAL (D):

1) CONTROL DE LA PLACA. La presencia y la localización de la placa son desconocidos para el paciente (lam. 12.A). La tinción con colorantes adecuados, tales como la eritrosina, la fluorescina, y el marrón de Bismark, revelan la presencia de la placa (lam. 12,B).

Metodología. Los colorantes pueden ser en forma de solución o de tabletas; la solución se aplica sobre el margen gingival con una torunda de algodón. La tableta se disuelve en la boca. La punta de la lengua se usa para bañar todas las superficies de los dientes, distribuyendo la saliva hacia vestibular, lingual, y zonas interproximales, el colorante se fija revela las colonias bacterianas.

Técnica: 1) Bass, 2) Circular, 3) Horizontal, 4) Hilo dental, 5) Perio-Aid.

1) Bass:

Instrumento. Cepillo multipenacho blando con cerdas de nylon pulidas de extremos redondeados. (lam. 13, A).

Método. Colóquese las cerdas con los extremos orientados hacia el margen gingival (lam. 13, B), vibrese las cerdas en el surco gingival hasta eliminar el colorante (lam. 13, C y lam. 13, D).

2) Circular:

Instrumento. Cepillo multipenacho blando con cerdas de nylon pulido y extremos redondeados, 3 o 4 hileras de cerdas (lam. 14, A).

Método. Colóquese las cerdas alrededor de 2mm. por debajo del margen gingival, inclínelas alrededor de 45 grados, barriendo hacia incisal en forma circular (lam. 14, B a F); repítase este movimiento 3 o 4 veces en cada zona.

3) Horizontal:

Instrumento. cepillo multipenacho blando con cerdas de nylon pulidas y extremos redondeados, - 3, o 4 hileras de cerdas (lam. 14, A).

Método. Colóquese los extremos de las cerdas en sentido horizontal a la encía, moviendo el cepillo en vaivén (lam 15, A a D).

En las superficies linguales anteriores, sosténgase el cepillo en posición vertical (lam. 15, E).

4) Hilo dental:

Instrumento, Hilo de nylon, sin encerar de unos 45 cms. de largo.

Método envuélvanse los extremos del hilo entorno al dedo índice de cada mano, usando los pulgares como guía. Déjese alrededor de 1.5 cm. entre los 2 extremos para ser utilizado para eliminar residuos de entre las superficies interproximales de los dientes (lam. 16, A).

Límpiese el sector inferior, usando como guía del hilo entre los dientes, a los dedos mayores (lam. 5 C). Una vez pasado el hilo entre los dientes, asegúrese de deslizar el hilo a lo largo de las superficies de cada diente. Esta acción tiene efecto de raspado, en ningún caso se hará movimiento de barrido. (lam. 16, D).

Límpiese el sector superior guiando el hilo entre los dientes con la ayuda de los dedos pulgar y mayor, hasta abarcar el surco gingival (lam. 16, B).

Téngase cuidado de no lastimar la encía. Guíese el hilo para quitar la placa de las superficies proximales de todos los dientes.

Es conveniente tener un plan definido y comenzar de la parte posterior del último diente y continuar hacia adelante, abarcando todos los dientes superiores e inferiores.

5) Perio-aid.

Instrumento. Un mango de plástico con una -
abertura cónica en un extremo y un palillo redondo de madera dura, introducido dentro de la abertura, con el sobrante eliminado (lam. 17, A).

Método. Colóquese la punta roma y los costados del palillo dental en el surco para limpiar y quitar la placa adherida; la superficie lateral - del palillo dental pule simultáneamente las superficies radiculares expuestas (lam. 6, B). Límpiese entre las superficies irregulares y las prótesis - fijas.

ESTIMULACION Y QUERATINIZACION DEL TEJIDO GINGIVAL

- Mantenimiento del contorno gingival normal
- Mantenimiento del contorno gingival alterado

Mantenimiento del contorno gingival normal:

- Técnica de Stillman modificada-
- Técnica Circular-

Técnica de Stillman modificada:

Instrumento. Un cepillo de cerdas naturales - y/o nylon; 2 hileras de cerdas, o 3 hileras. (lam. 18, A).

Método. Colóquese el cepillo contra el eje - mayor de diente con las cerdas orientadas hacia el margen gingival (lam. 18, B y C). El borde del cepillo se puede utilizar como guía, apoyando el cepillo contra los bordes incisales de los dientes.

Inclínese el cepillo a 45 grados para presionar contra la encía, produciendo isquemia del tejido (lam. 18, D). Vibrese el cepillo 1 mm. en sentido mesiodistal, contanto hasta diez. A medida que se vibra el cepillo, muévaselo hasta que las cerdas alcancen los bordes incisales (lam. 18, E).

TECNICA CIRCULAR: (remitirse a la lam.14).

MANTENIMIENTO DEL CONTORNO GINGIVAL ALTERADO:

Técnicas:

- Charters -
- Bass -
- Elementos auxiliares (como de goma)

CHARTERS:

Instrumento. Un cepillo de cerdas naturales - y/o nylon con 2 o 3 hileras de cerdas (lam. 18,A).

Método. colóquese el cepillo al eje mayor del diente con las cerdas orientadas hacia incisal - (lam. 19, A).

Inclínese el cepillo alrededor de 45 grados y muévaselo hacia abajo hasta que las cerdas, toquen los tejidos gingivales y zonas interproximales - (lam. 19, B a D).

BASS (remitirse a la figura 13).

ELEMENTOS AUXILIARES:

CONO DE GOMA:

Instrumento. Una punta cónica de goma o plástico, reemplazable, colocadas en un mango de metal o plástico especialmente diseñado, o en el extremo de un cepillo dental (lam. 20, A).

Método. Colóquese suavemente el cono de goma en los nichos interproximales (lam. 20, B) e inclínese el cono alrededor de 45 grados, siguiendo el-

contorno de la encía (lam. 20 C). Gírese el instrumento en una posición fija, contando hasta 10, retírese el instrumento en dirección incisal, abarcando las superficies de los dientes.

Repite el procedimiento en todas las superficies vestibulares, linguales e interproximales.

TRATAMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL CON UNA PROTESIS - FIJA.

Técnicas:

- Circular -
- Horizontal -
- Elementos auxiliares: perio-aid, cono de goma, Stim-U-Dent, aparatos irrigadores.

TECNICA CIRCULAR (véase la lámina 14).

TECNICA HORIZONTAL (véase la lámina 15).

ELEMENTOS AUXILIARES:

Perio-Aid (véase lam. 17).

Cono de goma (véase lam. 20).

Stim-U-Dent:

Instrumento. Una cuña triangular de madera de balsa (lam. 21, A) y/o palo de naranja.

Método. El paciente debe mojar la cuña con saliva y colocar la base de la cuña contra el tejido interproximal, con el vértice apuntando hacia incisal; indíquesele que mueva la cuña, sosteniéndola con una angulación de 45 grados, en sentido vestibulolingual, limpiando las superficies proximales de los dientes vecinos. Evítese que la cuña se trabé. Esta técnica es más eficaz en las superficies vestibulares anteriores.

APARATOS IRRIGADORES:

Instrumento. Un instrumento cuya finalidad es forzar un chorro dirigido de agua a través de una abertura restringida; puede funcionar con electricidad o conectarse directamente con la canilla.

El instrumento que funciona con energía eléctrica tiene una corriente intermitente, controlada y pulsátil. El aparato conectado a la canilla sólo se controla manualmente y no es intermitente. -- (lam. 22).

Método. Aplíquese el extremo del instrumento de modo que al chorro pase por los espacios interproximales, y barra así residuos flojos y partículas; de este modo diluye los productos bacterianos tóxicos en el surco gingival. (lam. 22).

Regúlese la presión evitar la lesión de los tejidos.

Debemos de tener en cuenta que los aparatos irrigadores NO ELIMINAN depósitos muy adheridos de placa o cálculos.

CUIDADOS CUANDO EXISTE UNA PROTESIS REMOVIBLE:

La adherencia de la placa a las superficies de aparatos removibles en la vecindad de apoyos oclusales y ganchos es importante y plantea un problema que demanda cuidados diligentes.

Técnica:

- Horizontal -
- Elementos auxiliares: Perio-Aid y cono de goma.

TECNICA HORIZONTAL (véase la lámina 15).

ELEMENTOS AUXILIARES:

Perio-Aid (véase la lámina 17).

Cono de goma (véase la lámina 15).

TRATAMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL EN PRESENCIA DE -
PROBLEMAS ESPECIALES:

AGRANDAMIENTO GINGIVAL
POR:

- 1) Dilantina.
- 2) Anemia.
- 3) Respiración bucal.
- 4) Embarazo.
- 5) Pubertad.
- 6) Factores iatrogénicos

Técnicas:

Charters (véase la lámina 18, A y lámina 19).

Elementos auxiliares:

- Cono de goma -
- Taza de goma -
- Vaselina -

Cono de goma (véase la lámina 20).

Tazas de goma:

Instrumento. Un mango de plástico con una taza de succión o tres en un extremo (lam. 24, A).

Método. Aplíquese la taza o tazas, con presión suave sobre las encías agrandadas para generar acción de vacío; repítase esto tres o cuatro veces en cada zona.

Vaselina. Aplíquese vaselina en la encía -- deshidratada, cuando hay respiración bucal para -- evitar la deshidratación.

TRATAMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL CUANDO EXISTE:

- Gingivosis descamativa -
- Herpes -
- Laceraciones debidas a lastimaduras de heridas
- Sensibilidad debida a la cirugía gingival -

Técnicas:

Circular (véase la lámina 14).

Elementos auxiliares:

Ungentos adhesivos (orabase).

Ungentos anestésicos tópicos; aplíquese los - según lo necesario en las zonas afectados para proporcionar protección y alivio.

TRATAMIENTO DE FURCACIONES:

Técnicas:

- Bass -

- Circular -

- Horizontal -

- Elementos auxiliares: 1) aparatos irrigadores, 2) Perio-Aid, 3) Limpiapipas, 4) Cono de goma 5) Cuñas de madera, 6) Portahilo, 7) Limpiador de plástico.

Técnica de Bass (véase la lámina 13).

Técnica circular (véase la lámina 14).

Técnica horizontal (véase la lámina 15).

Elementos auxiliares:

1) Aparatos irrigadores (véase la lámina 22).

2) Perio-Aid (véase la lámina 17).

3) Limpiapipas:

Instrumento. Limpiapipas blando comercial.

Método. Colóquese el limpiapipas a través de una furcación y muévaselo en sentido vestibulolingual, limpiando las superficies proximales de las raíces (lámina 25).

En lugar de usar un limpiapipas se puede usar un trozo de gasa retorcida.

4) Cono de goma
Instrumento. (Véase la lámina 20, A).

Método. El procedimiento es similar al que se utiliza para el limpiapipas; sin embargo, úselo - también en la superficie lingual.

5) Cuñas de madera;
Instrumento. (véase la lámina 21, A).

Método . El procedimiento es similar al uso-- del limpiapipas.

6) Portahilo:

Instrumento. Hágase un ansa con alambre de ligadura de acero inoxidable de 0.01 de 5 cm. de -- longitud. El hilo también se puede sujetar con un instrumento comercial (lam. 26. A).

Método. Asegúrese un trozo de hilo dental de nylon o hilo encerado al ansa y pásese el alambre a través de la furcación, traccionándolo, tomando así las superficies proximales y limpiando - la zona. (lámina 26, B).

7) Limpiador de plástico:

Instrumento de plástico, angular y afinado, - para permitir la fácil manipulación para limpiar - todas las superficies de los dientes. (lámina 27).

Método. El método es similar al empleado para las cuñas de madera.

TRATAMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL EN CASO DE :

- Falta de colaboración -
- Incapacidad física (artritis, neuritis, etc)

Instrumentos:

- Aparatos para cepillado mecánico, (lam.28).
- Aparatos irrigadores (lam. 22).

Técnica:

Horizontal (lam. 15 Esta técnica se modifica dejando que el cepillo mecánico cree movimiento.

Irrigación (véase lam. 22).

FLUORACION DE AGUAS POTABLES Y APLICACIONES TOPICAS DE FLUOR:

De momento, nuestros mejores métodos de prevención de caries dental son aquellos que se relacionan con el mecanismo de defensa, más específicamente, con la utilización del flúor.

Disponemos de dos métodos establecidos de utilización del flúor:

- La fluoración de las aguas potables
- Las aplicaciones tópicas.

Existen alternativas prometedoras pero aún no completamente demostradas como: la pasta dentrífica conteniendo fluoruro estañoso, en la sal de cocina, el uso de flúor en comprimidos.

- Fluoración de las aguas potables:

Es un hecho fatal el que entre el descubrimiento de una medida preventiva y su aplicación práctica, transcurre siempre un cierto lapso de tiempo; pero en el caso de la fluoración de las aguas potables ese período se va haciendo demasiado largo, en 1955 es considerada la fluoración del agua, como una medida científicamente comprobada, sin embargo son muy pocos los países que la han adoptado.

En E. U. U. ya beben 33 millones de habitantes, agua enriquecida artificialmente con flúor. En América latina existen en países (Brasil y Chile) ya más de diez comunidades usando agua fluorada; sin embargo en la mayoría de los países el pro

greso ha sido lento.

Acción oral de la fluoración:

- La fluoración del agua reduce a la mitad la incidencia de la caries.

Algunos investigadores afirman que la enfermedad periodontal es menor en áreas fluoradas y que las alteraciones gingivales en niños que consumen 1.0 a 1.2 ppm. de fluoruro en el agua son menores que los que consumen 0.1 ppm.

Por otro lado, se demostró que el fluoruro reduce la intensidad de resorción del hueso alveolar inducida por la cortisona. También inhibe la resorción ósea en el cultivo de tejidos.

Ventaja:

La gran ventaja de la fluoración del agua sobre otros métodos, es que no requiere ningún esfuerzo de cooperación de los individuos, que de ella se benefician, a no ser por su acción política para su implantación.

APLICACIONES TOPICAS DE FLUOR:

Nos encontramos aquí con un método de protección menos favorables que el anterior por estas razones:

1) Se necesita colaboración de el paciente.

2) Hasta hoy no sabemos con certeza si las aplicaciones tópicas de flúor constituyen en realidad medidas de prevención de la caries o si se limitan tan solo su aplazamiento, sabemos que la fluoración del agua deja efectos permanentes, pero desconocemos por cuanto tiempo perduran los efectos de las aplicaciones de flúor.

Hasta este momento, la técnica del Dr. Knutson en la más aceptada, de acuerdo con ella, se utiliza el fluoruro de sodio al 2% en 4 aplicacio-

nes, constitutivas de cada serie de tratamiento.

La primera aplicación de cada serie deberá ser precedida de una profilaxis dental. Las series de aplicaciones deberán ser hechas en ciclos trienales, a los 3, 6-7, 9-10 y de 12 - 13 años, de forma que podamos abarcar las superficies de varios grupos de dientes, a medida que van haciendo erupción en la boca.

CORRECCION DE LA MALA ODONTOLOGIA RESTAURADORA

Es frecuente encontrarse con la comprobación hecha por el parodontista, de que la aparición de una parodontopatía, está directamente vinculada, a un trabajo dental realizado con deficiencia de orden técnico. Sin la corrección del defecto observado, resulta inútil el tratamiento del parodontista.

La inadecuación del tratamiento puede consistir en obturaciones irregulares, coronas sobreextendidas, restauraciones dentales impropriamente contorneadas, bordes marginales incorrectos y ganchos mal diseñados, todo lo anterior a menudo causa inflamación gingival y destrucción del hueso alveolar.

PREVENCION DE MALOCLUSIONES:

- Prevención de caries -
- Mantenimiento de espacio -
- Ortodoncia interceptiva -
- Corrección de malos hábitos: 1) succión digital, 2) succión labial, 3) respirador bucal 4) bruxismo, 5) deglución anormal.

Prevención de caries. La pérdida temprana de cualquier diente, puede ser considerada como causa de maloclusión: así que para prevenir la pérdida dental es necesario poner un programa contra la caries en el que será de gran valor:

a) Las visitas periódicas al dentista para -- que el detecte cualquier pieza dental cariada y -- así evitar la pérdida de el diente.

b) Enseñanza de una correcta técnica de lim-- pieza.

c) Otra forma será las aplicaciones tópicas - de flúor y la fluorización de las aguas potables.

Mantenimiento de espacio:

Otra forma de evitar maloclusiones será la de mantener el espacio, cuando se ha perdido en forma temprana un diente; el primer y segundo molar temporal son particularmente importantes en el mantenimiento de espacio.

Para evitar que se pierda el espacio deberá colocar un aparato para mantener el espacio y así evitar que se cierre.

Ortodoncia interceptiva:

Para interrumpir la marcha de una maloclusión en su inicio, dispone la ortodoncia en la actualidad, innumerables artificios a fin de sorprender - en esa fase inicial esta maloclusión, se hace necesario ejercer una vigilancia constante del niño a través de exámenes periódicos llevados a cabo por dentistas clínicos con una buena preparación en ortodoncia; ya que resultaría utópico pensar en ortodontistas para vigilar millares y millares de niños, cuando aparatos móviles muy simples y planos-inclinados, son a veces suficientes para evitar - en el momento oportuno una mordida cruzada que -- años más tarde exigiría un tratamiento costoso.

Corrección de malos hábitos:

Existen una serie de malos hábitos que favorecen la aparición de maloclusiones, y cuya corrección debe ser considerada como método preventivo, algunos de estos malos hábitos serán: succión digital, succión labial, respirador bucal, bruxismo, -

glución normal, de los que hablaremos en seguida:

SUCCION DIGITAL.

Etiología:

Existen varias teorías acerca de la etiología del hábito de los niños que se chupan el dedo, entre éstas tenemos:

1) Por la frustración que el niño desarrolla debido a la falta de atención y cariño por parte de sus padres.

2) Otros autores opinan que es un reflejo librado que se debe a tensiones psicológicas de el niño.

3) Algunas otras opiniones es de que es normal en el niño de 2 a 3 años, y por lo tanto desaparece solo, ya que cuando sigue es provocado quizá por el disgusto de los padres por este hábito del niño.

Repercusiones:

1) Mordida abierta.

2) Disto-Oclusión al obstaculizar, los movimientos de la mandíbula y además evita su desarrollo normal.

3) Si además de succionar el dedo, el resto de la mano se apoya en la nariz, se dificulta la respiración nasal, causando elevación del paladar.

4) Por la constante humedad provoca la aparición de micosis

Tratamiento:

Es preferible principiar el tratamiento con un método sencillo y poco traumático para el niño; si éste no respondiera, iremos empleando métodos más drásticos, el orden que seguiremos, será el primero el más sencillo y después los más drásti-

cos:

Primero: Poner en el dedo sustancias amargas o picantes.

Segundo: Aplicación de pequeñas férulas, colocadas en el pliegue del codo que pueden ser construidas con cartón o un abatelenguas, sujetándose en el brazo por medio de vendas; ésto se hace para que no se pueda mover el brazo, y su dedo no alcance así su boca; estas férulas deben colocarse en ambos brazos, pues si se colocan solo del lado donde se succiona el dedo, el niño succionará el equivalente de la otra mano.

Tercero. En casos extremos en que los métodos anteriores no han sido suficientes para desechar el hábito, se procederá a la instalación de un aparato interceptivo.

Confección del aparato:

1) Se toma una impresión de la arcada superior con alginato y se corre el modelo.

2) Sobre el modelo se adaptan las coronas metálicas prefabricadas de acero cromo en los segundos molares temporales.

3) Construcción del arco palatino con alambre de .036, el arco va desde mesial del segundo molar temporal, hasta el espacio entre canino y primer molar temporal, en este punto se dobla el alambre en ángulo recto hasta llevarlo al mismo espacio correspondiente del lado opuesto.

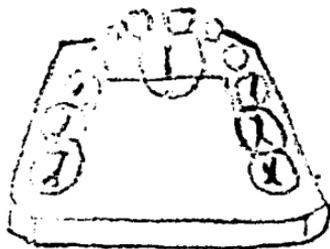
4) Se adapta otro alambre del mismo diámetro en forma de "U", colocado en sentido contrario al anterior; los brazos de éste se doblan hacia el paladar tocándolo suavemente, éste se solda al arco palatino, entre los brazos se solda un tercer arco barra principal doblado en la misma forma que los anteriores.

- 5) Se solda el arco palatino a las coronas.
- 6) Se limpia, se pule y se cementa.

El aparato deberá usarse de 6 a 20 semanas, - aunque el hábito desaparece generalmente en la primera semana de uso. Después de 3 meses se cortan - los brazos. Si no hay reincidencias del hábito, 3- semanas después se corta el alambre posterior, y - tres semanas más tarde se retira todo el aparato.

Será necesario aconsejar a los padres que vigilen de cerca a su hijo cuando el hábito ha sido eliminado, porque algunos niños suelen adoptar otro que pueda causar mayor daño a su oclusión.

Una buena época para la colocación del aparato será cuando el niño asista a clases ya que el - hecho de impedir que el niño continúe con el hábito, lo pondrá sumamente nervioso y el mantenerse - ocupado podrá cesar su angustia. Por las noches se rá conveniente administrar barbitúricos, para -- tranquilizarlo los primeros días.



ESQUEMA DEL APARATO TERMINADO Y COLOCADO EN EL MO-
DELO DE TRABAJO.

SUCCION LABIAL:

Etiología:

Su etiología es parecida a la succión digital.

fectos nocivos:

-) Protusión de los incisivos superiores.
-) Apilamiento de los incisivos inferiores.
-) Sobre-entrecruzamiento vertical u horizontal.

tratamiento:

- Ejercicio muscular recomendado por el Dr. Strang
- Aparato del Dr. Graber -

Ejercicio muscular recomendado por el Dr. -
Strang:

1) Posición habitual con los incisivos protuf
dos.

2) Extender el labio superior para aumentar -
la tonicidad y efectuar una fuerte contracción del
labio inferior.

3) Mantener los labios en estado de contrac--
ción forzada, mientras el paciente cuenta hasta -
20, luego se deja descansar el labio.

4) Repetir 10 veces la operación

5) El número de contracciones aumenta cada -
día hasta llegar a 20.

6) El ejercicio se efectúa por lo menos 3 ve-
ces al día, pero puede repetirse tantas veces como
el paciente lo desee.

Es de gran importancia en la eliminación de -
este hábito la corrección de la oclusión, para po-
der llevar los labios a su lugar.

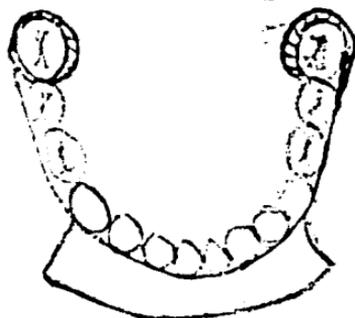
APARATO DEL DR. GRABER:

1) Se construyen 2 buenas bandas en los primer
ros molares inferiores y directamente en la boca.

2) Tomamos una impresión inferior con las band
das en su lugar. Una vez retirada la impresión co-
locamos las bandas en su lugar respectivo en la -
impresión, y hacemos un vaciado en yeso.

3) Construimos un arco labial de alambre delgado y le soldamos porciones de alambre en la zona anterior para retener mejor el acrílico. Soldamos el arco sobre la cara labial de las bandas con las soldaduras de plata y colocamos acrílico de autopolimerización sobre las retenciones, tanto como sea necesario para impedir que el niño pueda morder el albio con facilidad.

4) Una vez terminado se cementa en la boca: aproximadamente será necesario un mes de uso para la erradicación del hábito.



ESQUEMA DEL APARATO DEL DR. GRABER.

ESPIRADOR BUCAL:

La respiración normal se efectúa a través de la fosa nasales cuyas funciones principales son:

- 1) Calentar el aire por medio de los cornetes del tabique medio.
- 2) Humidificación del aire en grado considerable incluso antes de pasar más allá de la nariz.
- 3) Filtración del aire que es la función más importante.

Causas de la respiración bucal:

Por la obstrucción nasal a causa de hipertrofia del tejido linfoideo, faríngeo y adenoides, - por las membranas congestivas que acompañan a un catarro crónico, asma o fiebres de heno, por desviaciones del séptum.

Puede ser solo un hábito, sin presentarse ningún defecto intranasal.

Existe una controversia acerca de si la respiración bucal da protusión de los dientes o si los dientes protuidos favorecen la respiración bucal.

FORMA DE DESCUBRIR AL RESPIRADOR BUCAL:

El hecho de que un niño permanezca con la boca abierta no es indicativo de respiración bucal.

Los indicios para saber si el paciente es respirador bucal serán:

1) La cavidad oral es cerrada en su parte anterior por los labios y por el contacto del dorso de la lengua en el paladar blando en la parte posterior; la falta de cierre en ambos extremos de la cavidad bucal es lo que caracteriza a la respiración bucal.

2) La protusión de los incisivos y el estrechamiento de el arco superior son otras de las características de la respiración bucal.

EFFECTOS NOCIVOS EN LA CAVIDAD BUCAL PROVOCADA POR LA RESPIRACION BUCAL.

a) Protusión de los incisivos. La protusión de los incisivos se debe a la falta de tonicidad del labio cuya acción es la fuerza equilibrante de las fuerzas creadas por los contactos funcionales de los dientes inferiores contra los planos inclinados de los superiores que tienden a despla-

ar a los dientes hacia labial.

b) Estrechamiento del arco superior.

TATAMIENTO

Cuando se ha hecho un diagnóstico de respiración bucal deberá eliminarse la causa de este hábito con la ayuda de un otorrinolaringólogo; el hábito no se quitará el eliminar la causa que la produce; con la pantalla oral ayudaremos al niño a respirar normalmente.

Existen 2 tipos de pantallas orales:

- 1) Una a base de acrílico de autopolimerización.
- 2) La otra de plexi-glas.

PANTALLA ORAL DE ACRILICO.

Pasos para la construcción de la pantalla de acrílico:

a) Se toman impresiones de alginato del maxilar superior e inferior y se vacían en yeso.

b) Se montan los modelos en un articulador de bisagra.

c) Con los modelos en oclusión se rellenan con yeso los espacios que pudieran servir de retención, dejando una superficie continua entre el modelo superior e inferior.

d) Se diseña la pantalla oral, siguiendo el contorno de la línea mucogingival, llevándolo aproximadamente 2 o 3 mm. antes del fondo de saco, extendiéndose hasta la región de los caninos o de los primeros o segundos premolares, si se desea dar mayor retención a la pantalla.

e) Se bordea con cera negra el contorno del diente.

f) Se coloca el acrílico de autopolimerización dentro del borde formado por la cera, produ-

ando dejar una superficie tersa.

g) Se pule.

ASO PARA LA CONSTRUCCION DE LA PANTALLA ORAL ON PLEXI-GLAS.

- 1) Plexi-glas en hoja.
- 2) Papel de estaño.
- 3) Segueta.
- 4) Una banda de hule que se puede obtener recortando una porción de cámara de llanta de auto-móvil.

PASOS:

- 1) Se toman modelos superior e inferior y se preparan en la misma forma que los empleados para la pantalla acrílica.
- 2) Una vez diseñada la pantalla, colocamos papel estaño, lo adaptamos al modelo y recortamos el sobrante.
- 3) Colocamos el papel de estaño sobre el plexi-glas y dibujamos con lápiz para celofán el contorno del papel.
- 4) Con la segueta recortamos el plexi-glas guiándonos del diseño.
- 5) Calentamos a la pantalla de Plexi-glas en una lámpara de alcohol, procurando no mantenerla mucho tiempo en la flama; únicamente deberá resblandecerse.
- 6) Colocamos la pantalla resblandecida sobre el modelo y presionaremos con la banda de hule.

El niño deberá usar la pantalla durante toda la noche hasta eliminar el hábito. Es recomendable aplicar al niño una cinta adhesivas (durex) en forma de cruz sobre los labios, para evitar que la pantalla se desaloje.

BRUXISMO:

El bruxismo o bricomafia, es el hábito de hacer rechinar, crujir o apretar los dientes. Aunque los niños hagan rechinar los dientes durante el sueño, a causa de trastornos nerviosos o perturbaciones psicógenas, este hábito puede derivar también de la oclusión traumática, de una dentición defectuosa o de quistes dentígeros.

LAS CAUSAS HABITUALES DE RECHINAMIENTO DE DIENTES EN LOS ADULTOS:

- Oclusión traumática
- Irritabilidad nerviosa
- Disfunciones endócrinas

EFFECTOS NOCIVOS DEL BRUXISMO EN EL PARAODONTO:

- Hemorragia
- Trombosis
- Necrosis
- Las fibras apicales, se ven seriamente -- afectadas, causando la necrosis del tejido.
- Reabsorción del hueso alveolar.

Cuando las fuerzas excesivas producidas por el bruxismo son eliminadas, las lesiones podrán ser reparadas. Pero si estas siguen ejerciendo su acción y si la resistencia del tejido es baja, -- encontraremos movilidad de los dientes.

TRATAMIENTO.

Para realizar el tratamiento de este hábito, construiremos guardas nocturnas ya sean de acrílico o de materia flexible, que deberán ser usadas durante la noche, para impedir el rechinar al evitar el contacto de los dientes. Para que el tratamiento sea más efectivo solicitaremos la colaboración de un médico o de un psiquiatra, dependiendo la etiología del hábito.

PASOS PARA LA CONSTRUCCION DE LA GUARDA NOCTURNA DE ACRILICO:

- 1) Se toma una impresión del maxilar superior y se corre el modelo superior, (generalmente, la guarda se construye para la arcada superior, aunque puede construirse para la inferior o para --

ambas, según el caso.)

2) Se resblandece ligeramente a la flama -
tres hojas de cera rosa en forma de herradura y -
se colocan entre los dientes del paciente.

3) Se le instruye al paciente para que cie -
rre en relación centrica hasta unos 2 mm. de la -
oclusión normal.

4) El registro de cera se asienta sobre el -
modelo de yeso, se le adhiere este registro al -
modelo de yeso con un instrumento caliente y se -
recorta el exceso.

5) Por las caras labial y palatina se agrega
una hoja de cera para base rectangular con la que
se obtiene un patrón en forma de herradura (la ce -
ra que llega al surco vestibular y a las zonas de
inserción muscular hay que aliviarla para que no
haga intrusión en ellas). La cera de el lado pala -
tino será llevada hasta la periferia del proceso -
alveolar y por distal hasta la base de la tuberosi
dad.

6) Con una espátula caliente se unen y ali -
san las porciones oclusal, vestibular y palatina.

7) En la mitad de la mufla se pone el modelo
con la cera y se aplica un separador, luego se -
vacía la otra mitad en yeso piedra.

8) Una vez que ha fraguado el yeso, se eli -
minan las partes de cera con agua hirviendo y se -
separan en 2 mitades.

9) Se prepara el acrílico mezclando el polí -
mero con el monómero, aproximadamente de 3 a 1, se
empaqueta el material en la cámara de moldeo.

10) Se cierra la mufla y se prensa.

11) Se retira la prensa, se separan las 2 -
mitades de la mufia y se recortan los excedentes -
del material.

12) Se prensa nuevamente y así se mantiene -
hasta después de curada la resina (el tiempo de -
cura es aproximadamente de 2 horas y media).

13) Se deja enfriar se separa la mufia y se
retira la guarda.

14) Se recortan los excedentes y se pule.

GUARDA DE TIPO FLEXIBLE:

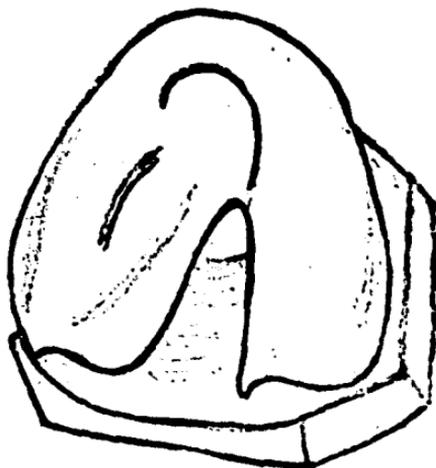
Para confeccionar la guarda de tipo flexible
existe un material fabricado por la Rocky mountain
a base de hule sumamente fácil de manipular.

Manipulación:

El material se amolda con los datos sobre -
el modelo de piedra para obtener la férula con la
conformación deseada. Para curar se coloca en un -
calentador seco a 350 grados F.

Este tipo de guarda es más recomendable que
la acrílica, por su consistencia flexible es más
cómoda y menos molesta.

Si existiera alguna malposición sencilla, -
ésta puede corregirse con una guarda de este tipo,
colocando en el modelo de yeso los dientes en la -
posición deseada y así se confecciona la guarda, -
que por su consistencia elástica permite a los -
dientes colocarse en su posición correcta.



ESQUEMA DE LA GUARDA NOCTURNA DE ACRILICO FABRICADA PARA LA ARCADA SUPERIOR.

DEGLUCION ANORMAL:

Siendo el hábito de deglución anormal uno de los más difíciles de erradicar pensamos que es de suma importancia explicar la deglución y oclusión normales para comprender mejor el hábito.

DEGLUCION Y OCLUSION NORMALES:

Después de masticar los alimentos es preciso deglutirlos. El mecanismo de la masticación se encuentra parcialmente bajo el control de la voluntad, pero la deglución una vez iniciada se hace en forma involuntaria.

BOSMA HA DIVIDIDO EL PROCESO DE LA DEGLUCION EN 4 ETAPAS:

- 1) La posición del bolo preparatorio para la deglución dentro de la boca.
- 2) El paso desde la boca a la faringe.
- 3) El paso a través de la faringe.
- 4) El paso a través del esfínter hipofaríngeo.

La primera etapa comprende la colocación del líquido o del alimento masticado entre la lengua, los dientes anteriores y el paladar. En esta etapa los músculos faciales, peribucales y linguales -- se encuentran en actividad. A continuación la lengua empuja el bolo hacia atrás contra el paladar y a el interior de la faringe con movimiento ondulante, la cual se abre por delante del bolo.

Los músculos milohioides elevan el hueso hioides, el paladar blando se eleva, los músculos palatofaríngeos se contraen para cerrar la comunicación con la cavidad nasal y el maxilar es estabilizado en una posición posterior. Los dientes se mantienen juntos y la laringe se eleva con la glotis cerrada para interrumpir la respiración mientras pasa el bolo.

El bolo pasa sobre y alrededor de la epiglotis y es forzado a través de la hipofaringe dentro del esófago superior. Cuando el bolo alcanza el nivel de la clavícula se relaja el paladar, descende la laringe, se abre la glotis y se mueve la lengua hacia adelante, el maxilar se mueve hacia la posición de reposo y se reanuda la respiración. La deglución en el hombre es rápida y el bolo alcanza el extremo superior de el esófago, un segundo después de la iniciación de la deglución.

La deglución primaria refleja, puede iniciarse por estimulación de la mucosa de los pilares anterior y posterior de las fauces de la úvula,

la parte anterior del paladar blando, las paredes lateral y posterior de la hipofaringe y la epiglotis. El centro de la deglución se encuentra situada en el piso del cuarto ventrículo, ligeramente por arriba de el centro respiratorio.

ACTIVIDAD MUSCULAR EN LA DEGLUCION.

La deglución infantil o visceral se encuentra basada en un reflejo incondicionado en el cual los músculos faciales y peribucales, inician la deglución y la lengua es colocada contra el maxilar inferior; al erupcionar los dientes posteriores, el niño logra una deglución con los dientes en contacto que ha sido llamada deglución adulta o somática.

Algunos autores suponen que son 2 tipos diferentes de deglución: la infantil dominada por el séptimo par y la adulta dominada por los músculos-inervados por el quinto par.

Algunas personas evitan juntar sus dientes al efectuar la deglución debido a que colocan la lengua entre ellos para fijar el maxilar durante el acto de la deglución.

En la fase en la actividad de la deglución, cuando los dientes se encuentran juntos, los músculos masticadores y los faciales se encuentran ac-tivos, presentando los músculos masticadores una mayor actividad.

La deglución de los líquidos se efectúa a menudo con los dientes separados y cualquier persona puede fijar sus maxilares con la lengua y los labios de manera que no tenga que unir sus dientes durante la deglución.

Algunos autores han observado mediante la cinefluoroscopia, un empujón hacia atrás del maxi -

ar durante la deglución, también se ha encontrado que las interferencias a la oclusión o la premadurez en el recorrido retrusivo modifican los patrones de contracción muscular durante la deglución. Antes de restablecer la armonía muscular en la deglución será necesario eliminar las interferencias hasta la relación central.

Zander y colaboradores mediante radiotransmisores demostraron que durante la deglución de alimentos, ocasionalmente durante el vaciamiento de la boca, en la formación del bolo alimenticio, al colocarse en posición para ser deglutido y en ciertas ocasiones durante el sueño, sin que haya deglución se efectúan regularmente contactos de oclusión. Estos investigadores han dejado establecido que el maxilar normalmente se desliza hacia adelante a partir del contacto inicial en relación céntrica y es mantenido en oclusión céntrica durante la deglución.

Las fuerzas aplicadas están relacionadas con el tono muscular individual, el cual a su vez está relacionado con la tensión nerviosa y las interferencias o la premadurez de la oclusión.

Durante el estado de vigilia los contactos asociados con la deglución se efectúa aproximadamente cada 2 minutos pero son irregulares y mucho menos en el sueño profundo. Esta frecuencia de contactos asociados con la deglución explica las facetas de desgaste que se observan en el recorrido retrusivo entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.

DEGLUCION ANORMAL:

El patrón funcional de la lengua reviste gran importancia. Normalmente el extremo de la misma, se coloca sobre las arrugas palatinas, los labios se cierran para sellar la cavidad bucal y los dientes se articulan para proporcionar una

relación intermaxilar estable para la contracción de los músculos de la deglución.

En el patrón anormal la lengua es empujada hacia adelante entre los dientes anteriores y en sentido transversal entre los posteriores. El labio inferior se contrae con intensidad para sellar la cavidad bucal contra la punta de la lengua.

EFFECTOS NOCIVOS DE LA DEGLUCION ANORMAL:

Los patrones anormales de la deglución ejercen fuerzas intermitentes contra los dientes, esto provoca un rompimiento del equilibrio muscular que obliga a los dientes a cambiar de posición a fin de adaptarse a las nuevas fuerzas ejercidas sobre ellos.

Las manifestaciones orales serán:

a) Protusión de los incisivos superiores, por la presión ejercida en esta región.

b) El maxilar superior se estrecha por la fuerza de la contracción exagerada de los músculos que intervienen en la deglución.

c) La mordida abierta anterior es el síntoma clásico de un hábito de deglución anormal.

d) El paso continuo de la lengua entre los dientes impiden el contacto de los mismos; en el maxilar inferior los incisivos se encuentran apiñados.

e) La infraclusión de los molares debido a que algunos niños no solo introducen la punta de la lengua entre los dientes anteriores, sino también los bordes en la región de las piezas posteriores.

FORMA DE DESCUBRIR LA DEGLUCION ANORMAL:

1) Por el exagerado movimiento de los labios y de el mentón en el momento de la deglución.

2) Separar suavemente los labios e indicar al niño que degluta varias veces, observándose así que la lengua es presionada automáticamente entre los espacios existentes.

ETIOLOGIA:

La etiología de la deglución anormal podrá ser:

a) Este hábito puede aparecer a consecuencia de la eliminación de otro, como la succión del pulgar.

b) Por amigdalitis frecuentes o amígdalas hipertrofiadas son unas de las causas más frecuentes, ya que estas obstruyen el paso normal de los alimentos, y es además un tejido doloroso. Al protruir el paciente la lengua, el paso de los alimentos se hace menos molesto, al aumentar el espacio de la región amigdalina.

TRATAMIENTO:

Para poder controlar este hábito solicitaremos la colaboración de un otorrinolaringólogo, que de ser necesario efectuará la extirpación de las amígdalas.

Hecho ésto colocaremos una placa llamada: recordatorio lingual que es un paladar de acrílico, sostenido a los molares por medio de ganchos, con unos espolones de alambre que indicarán al paciente, la posición correcta de la lengua. Si el paciente es poco cooperativo el aparato que se colocará tendrá que ser fijo.

El recordatorio lingual se usará más de 6 meses por la dificultad de la eliminación del hábito.

Para ayudar al niño en el control de su hábito le indicaremos un ejercicio muy sencillo que se hace de la manera siguiente:

- 1) Tomar un poco de agua
- 2) Ocluir con todos los dientes
- 3) Efectuar la deglución sin despegar los dientes.

Este ejercicio se hace frente a un espejo con el objeto de que el niño observe que al deglutir no mueve los labios ni el mentón.

PASOS PARA LA CONSTRUCCION DE EL RECORDATORIO LINGUAL:

- 1) Se toman impresiones en alginato del maxilar superior e inferior, y se vacían en yeso.
- 2) Se montan los modelos en un articulador de bisagra.
- 3) Con alambre de el .9 se adaptan unos ganchos en los molares más retentivos.
- 4) Se coloca un separador de acrílico en el modelo superior.
- 5) Los ganchos de alambre se fijan al modelo con cera pegajosa.
- 6) Del alambre de .9 contornearemos 3 proyecciones que en su proyección basal tendrán retenciones para el acrílico y en su porción libre deberán llegar hasta el cíngulo de los dientes inferiores.

C O N C L U S I O N

En conclusión, observamos la imperiosa necesidad, de la implantación de las diferentes medidas preventivas, por parte de las diferentes instituciones a cargo del gobierno, por contar éstas con los medios económicos, técnicos y humanos para llevarlos a cabo tales como:

- a) Fluorización de las aguas potables.
- b) Educación odontológica a la población por medio del establecimiento permanente de campañas a nivel masivo, auxiliado por los diferentes medios de difusión.
- c) Reforma de los servicios dentales a nivel institucional, creando mayor comunicación entre odontólogo y paciente.

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

- AUTOR: Edward V. Zegarelli.
 TITULO: Diagnóstico en patología oral.
 LUGAR: Barcelona
 AÑO: 1976
 E.D. Salvat Editores
- AUTOR: Henry Goldman y Walter Cohen.
 TITULO: Periodoncia
 LUGAR: Buenos Aires
 AÑO: 1976
 E.D. Bibliográfica Omeba.
- AUTOR: Henry Goldman.
 TITULO: Terapéutica Periodontal.
 LUGAR: Buenos Aires.
 AÑO: 1962.
 E.D. S.E.D.
- AUTOR: Irving Glickman
 TITULO: Periodontología Clínica
 LUGAR: México.
 AÑO: 1976
 E.D. Interamericana.
- AUTOR: Odontología Clínica de Norteamérica
 TITULO: Interacción entre enfermedades bucales y-
 sistémicas.
 LUGAR: Buenos Aires.
 AÑO: 1960.
- AUTOR: Clínicas Odontológicas de Norteamérica
 TITULO: Nutrición
 LUGAR: México.
 AÑO: 1976.
 E.D. Interamericana.

AUTOR: Mario Chávez
TITULO: Odontología Sanitaria
LUGAR: Washington.
AÑO: 1962
E.D. Organización Panamericana de la Salud.

AUTOR: H. Euler.
TITULO: Tratado de Odontología
LUGAR: Barcelona.
AÑO: 1951
E.D. Labor

AUTOR: Ismael Clark.
TITULO: Principios de higiene general y generalidades de higiene bucal.
LUGAR: Barcelona.
AÑO: 1936
E.D. Labor.

AUTOR: Orban
TITULO: Periodoncia
AÑO: 1976
E.D. Interamericana
EDICION: Cuarta edición