

24. 33



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

INDICE DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y
PARODONTAL EN LA CLINICA ARAGON

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

- ② GOMEZ LOPEZ ALMA ROSA
- ① BEDOLLA LUNA FERNANDO
- ③ LOPEZ SANDOVAL JOSE GABRIEL



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción:

CAPITULO 1.- PARODONTO.

- 1) Definición.
- 2) Anatomía, histología, y fisiología de los tejidos del parodonto.
 - a) Encía
 - b) Ligamento Parodontal.
 - c) Cemento Radicular.
 - d) Hueso Alveolar.

CAPITULO 2.- INFLAMACION.

- 1) Definición.
- 2) Etiología.
- 3) Tipos de inflamación.
- 4) Fenómenos vasculares.
- 5) Inflamación a nivel de encía.
- 6) Extensión de la inflamación desde la encía hacia los tejidos Parodontales de soporte.

CAPITULO 3.- ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.

- a) Factores Biológicos.
- b) " Físicos.
- c) " Químicos.
- d) " Condicionados.
- e) " Sistémicos.
- f) " Psicossomáticos.

- g) Introgénicos.
- h) Etiología Desconocida.
- i) Nutricionales.

CAPITULO 4.- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PARODONTALES.

- a) Gingivitis.
- b) Gingivosis.
- c) Gingivitis Necrosante Ulcerosa.
- d) Gingivitis Herédica.
- e) Gingivitis Estreptococcica.
- f) Gingivitis Menopáusica.
- g) Gingivitis del Embarazo.
- h) Gingivitis en Respiradores Bucales.
- i) Periodontitis.
- j) Periodontosis.
- k) Abscesos.
- l) Quistes.
- m) Distrofas.
- n) Atrofia por desuso.
- o) Trauma Oclusal.
- p) Parodontomas.
- q) Hipertrofia Gingival.
- r) Agrandamientos Neoplásicos.
- s) Benígnos.
- t) Malignos.

CAPITULO 5.- ESTUDIO REALIZADO.

- a) Introducción.
- b) Instrumental.

- c) Principios Generales de Instrumentación
- d) Aplicación de FUCSINA BASICA y PROTIS.
- e) El Índice de I.H.O.S.
- f) El Índice Parodontal.
- g) Ficha Clínica.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

" P R O L O G O "

De repente un día, le dimos el adiós a nuestra querida Clínica, muy dentro de nosotros pensábamos en que dejamos muy atrás nuestras luchas y desesperanzas derrotas y victorias, que todo lo transcurrido había sido el sueño de un día.

El venir clareando la mañana, significó el inicio de nuestra carrera, con la incertidumbre de lo desconocido, conforme transcurría el tiempo la mañana en pleno nos sorprendió con nuestras risas y alegrías y la satisfacción de encontrarnos a la mitad del camino que nos habíamos señalado mismo - que ya estábamos forjando y que aún faltaba recorrer en toda su plenitud.

Llegaron por fin los días solitarios, los que reflejaban en cada uno de nosotros la tristeza del adiós, de modo tal que si el tiempo pudiese estirarse, el final se hubiera prolongado hacia las estrellas, pero, ya nos embargaba la luz y la sombra del fin de la carrera el crepúsculo de nuestro sueño hecho día.

Es difícil partir sin decir adiós, con la mirada serena y la tristeza en la voz, sentir el final, la tarde de nuestro día, tendríamos tan sólo las sombras de un recuerdo y así.. nos fuimos con el alma rota en silencio.

En el transcurso de nuestra estancia en Clínica observamos-

un índice elevado de enfermedades parodontales y gingivales, ésto motivó en nosotros el interés por una de las ramas de la Odontología, la Parodoncia.

Ya que la Parodoncia es la base necesaria para la salud y el sostén de las piezas dentarias y sabemos que para curar una enfermedad parodontal hay que penetrar y descubrir el fondo del problema que lo causa.

En la dentadura uno de los grandes problemas que aqueja al individuo es la enfermedad gingival la cuál causa al paciente, gingivorragias, sialorrea, cambio de consistencia, dolor al cepillado, aumento de la temperatura etc. Y también la enfermedad parodontal, que ocasiona la presencia de bolsas parodontales, movilidad retracción gingival, xerostomía, halitosis, exudado purulento, Etc. Dando como resultado la pérdida prematura de los dientes, quedando el individuo desdentado aún siendo joven.

De este trabajo nuestro primer intento de investigación, reconociendo al realizarlo que no poseemos méritos de genio para descubrir nada que no sea conocido, pero tomando en cuenta, que es el estudio que recordaremos toda nuestra vida, deberá por tanto exigir nuestra máxima capacidad para elaborar lo.

Sirva lo anterior al Honorable Jurado, como presentación de esta tesis y reciban la reiterada promesa de que no cejaremos en nuestro intento de llegar a las angustias y desvelos que

el ejercicio de nuestra carrera profesional nos depare en el futuro.

P R O Y E C T O .

El mayor interés para realizar nuestra Tesis se basa en la investigación, ya que por medio de la investigación podremos encontrar los factores extrínsecos e intrínsecos más frecuentes de la enfermedad gingival y parodontal.

Dicha investigación se llevará a cabo con todos los pacientes que asistan a la Clínica E.N.E.P. ARAGON.

Entre los métodos a seguir se encuentran: Las Tinciones por medio de FUCSINA BASICA, para observar las zonas más afectadas por los microorganismos, también por medio de FROTIS para poder tener un porcentaje de los microorganismos más frecuentes en la PLACA BACTERIANA.

Dichos métodos se realizarán por cuadrantes para obtener el índice de la enfermedad gingival y parodontal.

También se hará un reporte de, cuales fueron los tratamientos más frecuentes en los pacientes intervenidos, y cuales son -- los dientes más afectados y ¿por qué? a lo mismo, que la edad del paciente.

Tratando con ésta investigación poder tener una buena estadística e índice de la enfermedad gingival y parodontal en la zona donde se encuentra ubicada la CLINICA E.N.E.P. ARAGON.

CAPITULO # I. -

" EL PARODONTO "

Definición:

Es el término genérico de la unidad funcional de los tejidos que sostienen al diente. Este término comprende:

- a).- La encía.
- b).- Membrana periodontal (ligeramento parodontal).
- c).- Cemento de la superficie radicular.
- d).- Apófisis alveolar (hueso alveolar).

" E N C I A "

Definición:

Es la parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

A N A T O M I A :

Características clínicas de una encía normal; color, rosa pálido, puede variar por el grado de vascularización, de queratinización epitelial de pigmentación y grosor del epitelio.

CONTORNO PAPILAR. -

Debe terminar en forma de punta llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto.

CONTORNO MARGINAL.

Debe ser delgado y terminar como filo de cuchillo.

CONTEXTURA:

La encía debe ser punteada por vestibular.

CONSISTENCIA:

Firme, la encía insertada debe estar adherida con firmeza a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

LA ENCIA SE DIVIDE EN:

- a) ENCIA LIBRE O MARGINAL: Rodea los dientes a modo de collar, demarcada de la encía insertada por el surco marginal y forma la pared blanda del surco gingival.
- b) SURCO GINGIVAL: Es la hendidura sómera al rededor del diente, limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía, su profundidad va de 1 a 2 mm.
- c) ENCIA INSERTADA: Se continúa con la encía marginal. Estrechamente unida al cemento y al hueso alveolar subyacente, por vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar, la separa la línea muco-gingival., su ancho varia de 1 a 9 mm. por lingual termina en la unión de la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca, por palatino se une con la mucosa palatina.
- d) MUCOSA ALVEOLAR: Es el tejido que se extiende desde la encía insertada hasta el vestibulo, separada por la línea muco-gingival de la encía insertada. Este tejido es bastante delgado movable.

no queratinizado y es de un color más rojo que la encía insertada.

- e) PAPILA INTERDENTAL: Colocado en los espacios interdentaes, en dentadura normal con dientes adyacentes en contacto, son de forma piramidal. Sus crestas formadas por encía libre.

HISTOLOGIA:

La encía consta de un corión de tejido conectivo denso y pobre en fibras elásticas cubierto por un epitelio escamoso estratificado en la encía insertada está queratinizado pero, no así en la mucosa alveolar. El epitelio es grueso en el margen gingival.

El punteado o papilas de la encía insertada es debido a haces de fibras colágenas que se organizan en los siguientes grupos de las fibras gingivales:

1. Grupo Odontogingival.- Se dirigen desde el cemento, debajo de la inserción epitelial, hasta la lámina propia de la encía.
2. Grupo alveologingival.- Nace de la cresta alveolar y se inserta en la lámina propia.
3. Grupo circular.- Van por el tejido conectivo de la encía marginal e interdental rodeando al diente.
4. Grupo Transeptal.- Fibras horizontales se extienden

interproximalmente entre dientes adyacentes.

5. Grupo Odontoperiostal.- Se extienden desde el periostio del hueso alveolar hasta el diente por la superficie vestibular labial o palatina.

El tejido conectivo de la encía está cubierto por un epitelio escamoso estratificado, que consta de las siguientes capas:

- 1).- CAPA BASAL: De células cuboideas.
- 2).- CAPA ESPINOSA: Compuesto de células poligonales.

Las células basales y espinosas se conectan unas con otras en zonas periféricas llamadas desmosomas que son puentes intercelulares continuos que irradian tonofibrillas.

- 3).- CAPA GRANULOSA: De células achatadas, con prominentes gránulos basófilos de queratohialina en el citoplasma y un núcleo hiperocrómico contraído.

- 4).- CAPA CORNEA.- Que puede ser queratinizada o paraqueratinizada.

ADHERENCIA EPITELIAL: Esta se une a través de hemidesmosomas a través de mucopolisacáridos ayudado por tres fuerzas aditivas, las tres son dipolares: El puente dicalcico, puente de hidrógeno, Vander Walls.

La adherencia epitelial de la encía al diente es reforzada --

por las fibras gingivales, que ajusta la encía marginal contra la superficie del diente.

Por esta razón la adherencia epitelial y las fibras gingivales son consideradas como una unidad funcional, llamada UNION DENTOGINGIVAL.

El surco gingival contiene un líquido que se filtra dentro de él desde el tejido conectivo gingival, éste es el líquido gingival.

CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO GINGIVAL:

- 1.- Limpia el material del surco.
- 2.- Contiene proteínas.
- 3.- Propiedades antimicrobianas.
- 4.- Anticuerpos en defensa de la encía.

FISILOGIA: Funciones específicas, permitiendo un equilibrio armónico con el resto de los tejidos.

FUNCION DE REVESTIMIENTO: La encía sigue la forma del hueso, y adosada al diente permitiendo las fuerzas de la masticación soportando fricciones y presiones.

FUNCION DE DEFENSA: Tanto la inserción epitelial como el epitelio del intersticio y las fibras gingivales de sostén sirven de barrera a la invasión bacteriana del tejido conectivo-subyacente.

IRRIGACION: La principal irrigación se encuentra en el lado del periostio de la cara bucal y lingual y apófisis alveolar.

El riego también viene de los vasos que vienen de la membrana periodontal hasta la encía, y vasos intraalveolares que van de hueso al tejido blando.

Las arterias alveolares que nutren la encía del maxilar inferior derivan de la arteria dentaria inferior, que es rama colateral de la arteria maxilar interna la cual es rama colateral de la carótida externa.

Las arterias alveolares que nutren la encía del maxilar superior nacen de la arteria palatina superior que es rama colateral de la arteria maxilar interna, que deriva de la carótida externa.

INERVACION: La inervación gingival deriva de las fibras provenientes de nervios del ligamento periodontal y de los nervios del ligamento periodontal y de los nervios labial, bucal y palatino. Las fibras argirófilas que se extienden dentro del epitelio, corpúsculos táctiles tipo Meissner y terminaciones Krausen.

Estas terminaciones nerviosas derivan del maxilar superior de las ramas alveolares como la postero-superior, superior media, ramas anteriores, . . .

palatino anterior y nasopalatino, los tres primeros nacen del nervio infraorbitario que a su vez es ramo del maxilar superior, segundo ramo del trigémino. Los dos restantes nacen del esfenopalatino que también son ramas del maxilar superior ramo del trigémino.

En la mandíbula la inervación está dada por el nervio alveolar inferior, que nace del maxilar inferior, tercera rama del trigémino.

LIGAMENTO PARODONTAL:

Definición: Inserción de tejido conjuntivo denso y uniforme que rodea al diente. Y se continúa con el tejido conectivo de la encía y comunica con los espacios medulares a través de los canales vasculares del hueso.

ANATOMIA: Anchura, varía según la edad del individuo y las necesidades funcionales del diente, en un diente en función es de 0.25 mm. más o menos a 0.10 mm.

HISTOLOGIA: Plexo intermedio: Constituido por fibras colágenas se insertan de cemento a hueso alveolar, ó sea en el centro del espacio periodontal se mezclan los haces de fibras y forman el plexo intermedio.

Sus fibras colágenas no son elásticas, las fibras elásticas de la membrana están en las paredes de-

algunos vasos sanguíneos. Las porciones terminales de las fibras principales se insertan en cemento y hueso y se llaman fibras de Sharpey.

FIBRAS PRINCIPALES:

- 1). FIBRAS GINGIVALES LIBRES: Se insertan en el cemento a nivel de la porción superior del tercio cervical radicular y de ahí se dirigen hacia arriba y afuera para terminar entremezclándose los elementos estructurales del tejido, conjuntivo denso submucoso de la encía.
- 2). FIBRAS TRANSEPTALES: Van de la superficie mesial del tercio cervical de un diente hasta el mismo tercio de la superficie distal del cemento del diente contiguo.
- 3). FIBRAS CRESTO-ALVEOLARES: Van del tercio cervical del cemento hasta la apófisis alveolar.
- 4). FIBRAS HORIZONTALES: Se extienden horizontalmente desde el cemento hasta el hueso alveolar.
- 5). FIBRAS OBLICUAS: Fibras más numerosas, van en sentido apical y oblicuamente desde el hueso alveolar al cemento.
- 6). FIBRAS APICALES: Tienen una dirección radiada al rededor del ápice.

FISIOLOGIA: La principal función es de sostén o sea mantener el diente en su alveolo.

FUNCION FISICA: Transmite las fuerzas oclusales al hueso.

FUNCION FORMATIVA: Forma y reabsorbe hueso, cemento y encía

FUNCION SENSORIAL: Da el sentido del lugar de sitio por la sensibilidad táctil propioceptiva

IRRIGACION: Los vasos sanguíneos penetran en la membrana periodontal desde los espacios medulares a través de los canales que perforan el hueso y se anastomosan en el espacio periodontal.

INERVACION: Abundantes fibras nerviosas sensoriales, capaces de transmitir sensaciones táctiles, de presión y de dolor por la vía del trigémino.

C E M E N T O:

DEFINICION: Es el tejido calcificado, especializado de origen mesenquimático. Cubre la superficie de la raíz anatómica del diente.

ANATOMIA: Color: amarillo pálido de aspecto pétreo y su superficie rugosa. El grosor es mayor a nivel del ápice radicular, de ahí va disminuyendo hasta la región cervical.

UNION AMELOCEMENTARIA: El cemento puede encontrarse en contacto exactamente con el esmalte. Puede No - -

ponerse en contacto con el esmalte dejando al descubierto una porción de dentina. Puede cubrir ligeramente el esmalte.

HISTOLOGIA:

Es una variedad de tejido conjuntivo, su formación se debe a las células mesenquimáticas diferenciadas (cementoblastos) por un proceso continuo de aposición, su superficie, está formada por la capa más reciente no calcificada, (cementoide) cubierta por los cementoblastos. La aposición de cemento diferencia al cemento del hueso ya que por su composición química es similar.

FISIOLOGIA:

La función principal es la de insertar en la superficie del diente las fibras de la membrana periodontal y cubrir la dentina de la raíz.

HUESO ALVEOLAR O APOFISIS ALVEOLAR:

DEFINICION:

Es la porción de hueso de los maxilares o mandíbula que forma y sostiene los alveolos, donde están colocados los dientes.

ANATOMIA:

Por adaptación funcional se distinguen dos partes:

- 1). Hueso alveolar propiamente dicho.
- 2). Hueso de soporte.

HISTOLOGIA:

El hueso alveolar está compuesto por osteocitos situados en cavidades u osteoplastos y de una matriz, intercelular calcificada. Los osteocitos tienen prolongaciones dentro de canaliculos que los comunican con los vasos sanguíneos. Los canaliculos forman un sistema anastomótico en toda la sustancia intercelular del hueso, que trae oxígeno y sustancias nutritivas al osteocito y elimina productos metabólicos de deshecho.

FISIOLOGIA:

Formado para sostener al diente. El hueso alveolar es el menos estable de los tejidos periodontales.

En la versión mesiofisiológica en el lado mesial se efectúa resorción y por distal formación de hueso nuevo (aposisición).

IRRIGACION:

El aporte sanguíneo al hueso deriva de los vasos del ligamento periodontal y de los espacios medulares, y también de pequeñas ramas de vasos periféricos que atraviesan las corticales externas.

PLACA BACTERIANA:

INTRODUCCION: Hay muchas causas locales de la enfermedad gingival y periodontal, pero la higiene bucal insuficiente eclipsa a todas las demás. En experiencias con seres humanos, cuando se interrumpen los procedimientos de higiene bucal se acumula placa y la gingivitis aparece entre los 10 y 21 días.

La importancia fundamental de la placa dentaria en la etiología de la enfermedad gingival y periodontal reside en la concentración de bacterias y sus productos.

En la superficie dentaria muchas clases de depósitos se clasifican en blandos y duros, firmemente unidos, adhesivos o poco adhesivos, coloreados o incoloros, transparentes u opacos.

DEFINICION DE PLACA BACTERIANA: Es una colonia de microorganismos que tiene la capacidad de proliferar, que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios.

Se adhiere firmemente a la superficie subyacente de la cual se desprende solamente mediante la limpieza mecánica. A medida que se

acumula, se convierte en una masa globular - que va de color gris a gris amarillento.

La placa aparece en sectores supragingivales, en su mayor parte sobre el tercio gingival de los dientes, y subgingivalmente, con predilección por defectos dentarios. Se forma más en los dientes posteriores que en los anteriores, más en las superficies proximales, en menor cantidad en vestibular y en menor aún en lingual.

MECANISMO DE FORMACION: La placa dentaria se deposita sobre una película acelular formada previamente, que se denomina película adquirida pero se puede formar también directamente sobre la superficie dentaria. Las dos situaciones se pueden presentar en áreas cercanas de un mismo diente.

A medida que la placa madura, la película subyacente persiste, experimenta degradación bacteriana es una capa delgada lisa, incolora, translúcida difusamente distribuida sobre la corona, en cantidades algo mayores cerca de la encía.

La película se forma sobre una superficie dentaria limpia en pocos minutos, mide de 0.05 a

0.8 micrones de espesor.

La película adquirida es un producto de la saliva. No tiene bacterias.

La formación de la placa comienza por la aposición de una capa única de bacterias sobre la película adquirida o la superficie dentaria, los microorganismos son unidos al diente:

- 1). Por una materia adhesiva interbacteriana, o.
- 2). Por una afinidad de la hidroxiapatita admantina por las glucoproteínas, que atrae la película adquirida y las bacterias al diente.

LA PLACA CRECE POR:

- 1). Agregado de nuevas bacterias.
- 2). Multiplicación de las bacterias.
- 3). Acumulación de productos bacterianos.

COMPOSICION DE LA PLACA: La placa dentaria consiste principalmente en microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen a rededor de 20 por 100 de la placa, el resto es agua.

PAPEL DE LOS ALIMENTOS INGERIDOS EN LA FORMACION DE LA PLACA-

BACTERIANA:

La placa no es residuo de los alimentos, pero las bacterias de la placa utilizan los alimentos ingeridos para formar los componentes de la matriz. Los alimentos que más se utilizan son aquellos que se difunden fácilmente por la placa como los azúcares solubles: Sacarosa, glucosa, fructosa, maltosa y cantidades menores de lactosa. Los almidones, que son moléculas más grandes y menos difusibles, también sirven comúnmente como sustratos bacterianos.

Los productos extracelulares principales son los polisacáridos: Dextran y leván.

El dextrán es el más importante por su mayor cantidad, sus propiedades adhesivas que pueden unir a la placa al diente y su relativa insolubilidad y resistencia a la destrucción bacteriana. El dextrán es producido a partir de la sacarosa por los estreptococos, especialmente por el estreptococo Mutans y estreptococo Sanguis.

El leván es un componente mucho menor de la matriz de la placa, es generado por *Odontomyces Viscosus*, filamento aerobio gran positivo, y por ciertos estreptococos. Producto bacteriano, el leván es utilizado como carbohidra-

tos por las bacterias de la placa en ausencia de fuentes exógenas.

DIAGNOSTICO:

Es difícil ver cantidades pequeñas de placa, pero acumulaciones más intensas aparecen como un material gris amarillento o blanco (materia alba) acumulado sobre los dientes. Se usan colorantes reveladores en forma de soluciones o tabletas para localizar la placa y película que de otra manera escapan a la detección.

I N F L A M A C I O N .

DEFINICION:

Reacción de un tejido al contacto de un agente patógeno, y se caracteriza por los cuatro signos cardinales locales: DOLOR, RUBOR, CALOR, y TUMEFACCION.

Se puede considerar también, como una reacción local inespecífica del organismo, que trae como consecuencia alteraciones del tejido conectivo, produciendo exudado abundante en proteínas y siempre está causado por daño, y se considera como una reacción de defensa ó protector.

ETIOLOGIA:

Causas de inflamación: Cualquier agente orgánico ó inorgánico capaz de producir destrucción celular puede ser causante de inflamación.

- 1) Agentes Físicos.
- 2) Parásitos.
- 3) Tóxicos exógenos que atraviesan los epitelios
- 4) Tóxicos endógenos.
- 5) Antígenos.
- 6) Causas Mixtas.

TIPOS DE INFLAMACION:

- 1) INFLAMACION AGUDA O EXUDATIVA.- Predominan-

fenómenos vasculares y exudativos. Infiltración inflamatoria de polimorfonucleares-neutrófilos. Si no cede en semanas debe considerarse crónica.

- 2) INFILTRACION CRONICA: Fenómenos vasculares - entremezclados con proliferativos, no exudativa. Infiltrado linfocitario, macrofágico, fibroblástico y fibrogénesis.

SEGUN EL CARACTER DEL EXUDADO SE DIVIDE EN:

- 1) Serosa
- 2) Fibrosa.
- 3) Catarral.
- 4) Supurada ó Purulenta.

SEGUN SU LOCALIZACION:

- 1) Absceso; Es una colección localizada de pús, rodeada por cápsula conjuntiva y necrosis tisular.
- 2) Celulitis; Infiltrado de neutrófilos no localizados, en forma difusa.
- 3) Ulceras; Es una solución de continuidad, defecto ó excavación locales de la superficie de un tejido, causado por ESFACELO de tejido necrótico inflamatorio.

4) Pseudomembranoso.

FENOMENOS VASCULARES:

- 1) Vasoconstricción, a veces intensa.- Es de corta duración; de 30 Seg. a 1 minuto.
- 2) Vasodilatación.- Arteriolar, capilar y venular.
- 3) Aumento del riego sanguíneo.
- 4) Dilatación y aumento de permeabilidad de los capilares.
- 5) Exudado de líquido, paso del líquido inflamatorio a través de una membrana lesionada que contiene todas las proteínas del plasma. Albúmina, globulina, fibrinógeno.
- 6) Concentración ó aglomeración de hematiés en los capilares.
- 7) Retardo o estásis del riego sanguíneo, en ocasiones llega al estancamiento completo.
- 8) Orientación periférica de los leucocitos en los capilares.
- 9) Migración de leucocitos de los vasos hacia el foco inflamatorio. En primer lugar salen los polimorfonucleares seguidos de monocitos, linfocitos y células plasmáticas.

Muchas de éstas modificaciones comienzan si multáneamente y evolucionan con rapidez diferente, y se manifiestan en ese orden.

INFLAMACION A NIVEL DE ENCIA: El primer fenómeno no se nota, por su poca duración.

El segundo, vasodilatación, si se nota y para considerarla debemos de tener en cuenta cuatro factores:

- 1) Color de la piel del individuo en su influencia sobre el color de la encía.
- 2) Grosor del epitelio.
- 3) Grado de queratinización.
- 4) Y la vascularización.

Normalmente la encía marginal y la encía insertada, la línea mucogingival, nos va a servir de parámetro para establecer salud o enfermedad.

En la hiperemia activa, la primera que cambia de color es la punta de la pápila, generalmente es de color rojo brillante, como la encía alveolar, ya que ésta es la primera que cambia de color, por ser menos queratinizada.

Si la respuesta defensiva es adecuada, el proceso inflamatorio a este nivel se puede quedar en el estado de hiperemia activa.

Si continúa, el color rojo brillante va a invadir el margen gingival, y si continúa va a llegar a la salida del plasma.

Al extravasar el plasma a éste nivel se nota la encía umenta da de volumen, en este punto es donde se pierde el puntílleo de la encía insertada.

La superficie de la encía se va a ser lisa y brillante y en este punto la respuesta defensiva del cuerpo es tal que permite que el fibroblasto forme fibras colágenas, entonces el edema irá acompañado de fibrósis. Una encía fibrótica la vamos a observar muy firme, aumentada de volumen y perdiendo su forma fisiológica.

Si continúa el proceso inflamatorio de tal manera que empieza a disminuir el flujo sanguíneo por pérdida de elementos la encía cambia de rojo brillante a rojo oscuro, y ese a nivel celular nos dá una hiperemia pasiva. Continuando el proceso inflamatorio, hasta llegar al éxtasis y es cuando se observa un color azulado o violáceo en la encía. Estos colores nos van a dar el grado de hipóxia, que existe en los tejidos.

EXTENSION DE LA INFLAMACION DESDE LA ENCIA HACIA LOS TEJIDOS-PERIODONTALES DE SOPORTE.

La extensión de la inflamación: Desde el margen gingival hacia los tejidos periodontales de soporte, marca la transición ó gingivitis a periodontitis.

PERIODONTITIS MARGINAL: Con este nombre se especifica la ex-

tención de la inflamación, de encía a tejidos periodontales - de soporte. Vías de extensión de la inflamación gingival hacia los tejidos de soporte.

Las vías de propagación son importantes porque, afectan a la forma de la destrucción ó sea, en la enfermedad periodontal.

VIAS DE LA INFLAMACION GINGIVAL: Irritación local, produce - la inflamación del margen gingival, y la papila interdientaria Luego penetra en las fibras gingivales y las destruye a corta distancia de su inserción en el cemento, después se propaga - hacia los tejidos de soporte por las siguientes vías:

VIAS INTERPROXIMALES: Zona interproximal; la inflamación se - extiende por el tejido conectivo laxo que rodean a los vasos - sanguíneos, a través de las fibras transeptales y luego den - tro del hueso a través de los conductos de los vasos que per - foran la cresta del tabique interdentario.

El lugar en que la inflamación entra en el hueso depende de la localización de los conductos vasculares, (por el tabique inter - dentario en el centro de la cresta) hacia un costado de la - - cresta en el ángulo del tabique, y puede entrar al hueso por - vías de un conducto una vez que alcanzó los espacios medula - res, puede retornar desde el hueso al ligamento periodontal, - con menor frecuencia la inflamacion se extiende desde la encía directamente, hacia el ligamento periodontal, y de allí al ta - bique interdentario.

VIAS VESTIBULAR Y LINGUAL: Se extiende por la superficie pe -

rióstica externa del hueso, y penetra en los espacios medulares a través de los conductos vasculares en la corteza exterior.

RESTABLECIMIENTO DE LAS FIBRAS:

TRANS:PTALES: La inflamación los reduce a fragmentos granulares desorganizados, dispérsos entre las células y el edema inflamatorio. Pero hay una tendencia continua a regenerar fibras transeptales, por la cresta del tabique interdentario a medida que la destrucción ó sea avanza, como consecuencia hay fibras transeptales, incluso en casos de pérdida ó sea periodontal extrema.

Las fibras transeptales densas son de importancia clínica, cuando se emplean procedimientos quirúrgicos para la eliminación de bolsas periodontales, forman una capa fina sobre el hueso que se encuentra una vez eliminado el tejido de granulación superficial.

Alteración de las vías de la inflamación causada por fuerzas oclusales excesivas; fuerzas oclusales excesivas alteran los tejidos de soporte hasta el punto de desviar la inflamación de su curso habitual, así alteran el patrón de destrucción horizontal se producen defectos óseos angulares y cráteres con bolsas infraóseas.

La presión excesiva afecta a la disposición de las fibras transeptales, y se tornan oblicuas en vez de horizontales y produce la compresión degeneración y realineación de las fibras del ligamento periodontal, y quedan más paralelas que

perpendiculares al diente y hueso, en lugar de seguir su curso interdentario, el exudado inflamatorio es canalizado entre las fibras transeptales, directamente hacia el ligamento periodontal. Hay un ensanchamiento en forma de embudo del espacio del ligamento, agravado por el aumento de la resorción ósea generado por la presión oclusal excesiva. Las fuerzas oclusales excesivas también alteran las vías de la inflamación en las superficies vestibular y lingual, pero los defectos infraóseos se producen allí en menos frecuencia.

La tensión excesiva afecta a las vías de la inflamación, causa el estiramiento de los haces de fibras principales del ligamento periodontal y disminuye su interdigitación reduciendo la barrera que proporciona los haces intactos, y permitiendo el acceso directo de la inflamación al ligamento periodontal.

ASPECTOS CLINICOS DE LA INFLAMACION EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL:

Si se extiende directamente desde la encía como a través del hueso alveolar, la inflamación está con frecuencia presente en el ligamento periodontal, contribuyendo a la movilidad dentaria y al dolor.

MOVILIDAD DENTARIA: La inflamación del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar y el trauma de la oclusión, son los factores causales de la movilidad dentaria. patológica.

El exudado inflamatorio reduce el soporte dentario al producir la degeneración y destrucción de las fibras principales y una solución de continuidad, entre la raíz y el hueso.

D O L O R : La inflamación del ligamento periodontal suele - ser clínico y asintomático. Pero la inflamación aguda sobre agregada, la causa frecuente del dolor considerable.

Al afluir el exudado agudo, el diente se eleva en el alveolo - y el paciente siente el deseo de "Frotar" contra él.

El contacto repetido con diente antagonistas, hacen que el -- diente se torne sensible a la percusión. Este estado puede - evolucionar hacia el absceso periodontal agudo, salvo que se - eliminen los agentes irritantes.

CAPITULO IV.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES Y GINGIVALES:

INFLAMATORIAS: GINGIVITIS PARODONTITIS:

DISTROFICAS: DEGENERATIVAS-GINGINOSIS-PARADONTOSIS-ATROFICAS
RECESION DESUSO-HIPERPLASICA-HIPERPLASIA GINGIVAL.

TRAUMATICAS: TRAUMATISMOS PRIMARIO, SECUNDARIO.

GINGIVITIS: Definición: Es la inflamación de la encía.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS: Se considera. - - -
color, cambios de tamaño y forma, consistencia, textura superficial y posición, facilidad de hemorragia y dolor.

La inflamación puede ser aguda ó crónica, puede haber hiperplasia, ulceración, necrosis, pseudomembranas y exudado purulento y seroso. Según su extensión las lesiones pueden ser locales, se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes, o generales, abarca toda la boca.

Según su distribución: Si afecta la encía papilar, marginal, ó insertada y difusa cuando cubre todas estas áreas.

Los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila.

EVOLUCION Y DURACION DE LA GINGIVITIS:

GINGIVITIS AGUDA: Se instala repentinamente y es de corta duración, encía roja brillante, ulcerada, hemorrágica y posiblemente dolorosa.

GINGIVITIS SUB AGUDA: Una fase menos grave que la afección aguda.

GINGIVITIS RECURRENTE: Enfermedad que reaparece después de -- haber sido eliminada mediante tratamiento, ó que desaparece -- espontáneamente y reaparece.

GINGIVITIS CRONICA: Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones -- agudas ó subagudas.

Hay agrandamiento del tejido, color magenta ó más fibrosa y no tan hemorrágica, es una lesión fluctuante en la cual las zonas inflamadas persisten ó se tornan normales, y las zonas normales se inflaman.

E T I O L O G I A : Factores extrínsecos que causan GINGIVITIS Y PARODONTITIS: Placa bacteriana, bacterias, cálculo, materia alba y residuos de alimentos retenidos, anatomía dentaria, - - carie, mala odontología, aparatos de ortodoncia, hábitos lesivos, factores funcionales y para funcionales, defecto en la -- anatomía de los tejidos blandos en relación con los dientes.

FACTORES INTRINSECOS: Agravan ó modifican la inflamación: Trastornos hormonales, Ej: Embarazo, deficiencia nutricional, -- trastornos endocrinos.

Factores Psicosomáticos.

BOLSAS PARODONTALES: Cuando el surco gingival se profundiza por efecto de la enfermedad.

Así tenemos: Bolsa Gingival ó Pseudobolsa.- No existe migración de la adherencia epitelial, esta bolsa está dada por el agrandamiento gingival.

BOLSA SUPRAOSEA: La adherencia epitelial ha migrado hacia -- apical, su localización es coronal, respecto hacia la cresta ósea.

BOLSA INFRAOSEA: La adherencia epitelial ha migrado y su localización es apical respecto a la cresta ósea.

BOLSA COMPLEJA: Describe un uso irregular al rededor de toda la raíz, la bolsa compleja es siempre infraósea.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA O GINGIVOSIS: Es un padecimiento distrófico o degenerativo. Generalmente se presenta en mujeres menopáusicas. Se caracteriza por la caída del epitelio bucal, a nivel de la encía papilar, marginal e insertada.

Afecta primordialmente a la capa basal del tejido conjuntivo, perdiéndose la íntima unión del tejido epitelial y el tejido conjuntivo, con el consiguiente resultado de descamación epitelial, que el paciente reporta.

CLINICAMENTE: Se presentan zonas irregulares en toda la encía, son de color rojo vivo, lisas y brillantes, que al frotar la puede desprenderse el epitelio superficial, dejando una superficie sangrante y dolorosa de tejido conectivo expuesto. Estas lesiones comienzan como erupciones vesiculares y se rompen.

Se observa que la mucosa bucal se encuentra seca, hay sensación de ardor ó quemaduras, que se agravan con los condimentos, alimentos ácidos y bebidas carbonatadas, que producen el dolor. Hay sabor salado y en raras ocasiones dolor espontáneo.

La lesión se limita a la encía vestibular, a veces en la mucosa alveolar, bucal ó paladar duro en torno a los dientes.

Se debe diferenciar: De la estomatitis estreptocócica aguda, el pénfigo vulgar y determinadas infecciones micóticas. Se puede confundir con la gingivitis ulceronecrotizante, con las alergias a ciertos alimentos como el pescado, o los fármacos que producen cuadros semejantes.

Su etiología es desconocida.

Tratamiento: Aplicación tóptica de corticoides (2.5 por 100), en una base adhesiva (kenalong en Orabase) durante seis meses ó más.

Higiene bucal excelente.

También el cuadro mejora sensiblemente con la administración de extrógenos. Los enjuagatorios con agua oxigenada están contraindicados.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE.
(GINGIVITIS DE VINCENT)

Es una infección aguda de la encía, signos y síntomas.-

- 1).- Ulceración de las puntas de las papilas interdientarias.
- 2).- Hemorragia,
- 3).- Instalación repentina.
- 4).- Dolor,
- 5).- Olor desagradable.
- 6).- Sialorrea,
- 7).- Malestar general y fiebre.

Hay sensación de prurito en la papila interdientaria que desaparece ó disminuye al apretar los dientes.

EN LA FASE INCIPIENTE LEVE, SE PRESENTA CON DOS SIGNOS

CLINICOS:

- 1).- Necrosis de las puntas de las papilas interdientarias.
- 2).- Tendencia a la hemorragia gingival facial, puede no haber dolor.

Se clasifica en aguda, subaguda y crónica, se basa en la intensidad duración e instalación de la infección.

Se diagnostica por el aspecto clínico.- Papilas interdientarias erosionadas, carcomidas ó recortadas (por la destrucción ulcerativa). Las úlceras avanzan hasta la encía marginal y raramente la insertada. La lesión se halla cubierta por una pseudo membrana blanquesina, amarillenta, ó gris. La encía que rodea las úlceras es de color rojo subido, cuando se toca sangran,

los ganglios linfáticos regionales pueden estar agrandados ó dolorosos.

Pueden ser atacadas todas las zonas de la boca.

Se instala con mayor frecuencia en las zonas de incisivos y - capuchones de terceros molares. La infección puede difundirse a otras partes de la mucosa, aunque es raro.

El contacto directo produce úlceras en los labios y lengua.

A la infección gingival puede unirse la faringea ó sea (Angina de Vincent).

El dolor es la molestia más grande, al ser retirado el tejido necrozado deja una lesión en forma de taza ó cráter sangrante, el cual es muy doloroso, y está expuesto el tejido conjuntivo.

El paciente siente los dientes como separados, ó como de - - "Madera". Alteraciones de la forma de los tejidos.- Cuando la lesión avanza aparecen cráteres, y proliferación leve del tejido adyacente a la zona necrótica, produciendo deformación. El cráter puede ser profundo y las papilas proliferan, y por lingual y vestibular forman lenguetas móviles. Si se detiene la enfermedad queda una grieta profunda, y puede generar perio dontitis.

Por ello demanda corrección quirúrgica.

GUN Recurrente.- Se produce al abandonar el tratamiento y la -

higiene bucal adecuada, continuando los factores etiológicos extrínsecos y psicógenos. Presentándose la recidiva. La -- tendencia a la recidiva es grande, por eso se debe hacer una observación a intervalos regulares, durante un año después - de la curación. A veces la GUN recurrente se convierte en un fenómeno crónico. Las exacerbaciones agudas se sobre agregan a una periodontitis básica, el resultado es una combinación de los dos fenómenos.

HISTOPATOLOGIA:

Proceso inflamatorio agudo con úlceras y presencia de una pseudo membrana sobre la superficie, que en caso subagudo se le - observan leucocitosis, igual en los tejidos, en estos casos - recurrentes se acumulan plasmocitos en las capas profundas, - habiendo necrosis, y las espiroquetas invaden los tejidos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debe diferenciarse de la gingivostomatitis herpética, estomatitis estreptocócica el eritema multiforme y la mononucleosis infecciosa.

La GUN puede estar sobre agregada a una agranulocitosis, leucemia aguda ó envenenamiento por metales pesados subyacentes, que pueden complicarse éstas con GUN.

La GUN no aparece en niños menores de doce años.

ETIOLOGIA: No del todo conocida. Se atribuye: A bacterias, factores extrínsecos y factores intrínsecos y psicógenos.

BACTERIAS; aumento de espiroquetas y bacilos fusiformes.

El bacilo; fusobacterium fusiforme espiroqueta; borrelia vincent.

FACTORES EXTRINSECOS.- Caries, mala higiene bucal, mala odontología cálculos, Etc.

Factores intrínsecos.- Después de enfermedades febriles ó - - debilitantes.

Causas psicógenas.- Tensiones, ansiedad, temor, angustia, el stress, Etc.

TRATAMIENTO.- Es inmediato: Objetivos: 1).- Reducción de los síntomas agudos; con medicación, limpieza, y la institución de procedimientos de higiene bucal; con medicación, limpieza, y - la institución de procedimientos de higiene bucal;

2).- Eliminación de factores predisponentes (extrínsecos e - - intrínsecos). Y factores que disminuyan la resistencia de los tejidos; fatiga, alcoholismo y fumar en exceso, en casos graves; guardar cama si hay fiebre.

PRIMERA SESION: Se hace el diagnóstico, con un chorro de agua se quita la pseudo membrana.

El lavado es útil para la limpieza de bacterias y tejidos - - necróticos.

Se indica hacer enjuagatorios con agua caliente, tan caliente como lo soporte, se hace pasar con fuerza entre los dientes - durante varios minutos, varias veces al día.

A las 24 horas hay mejoría en vez de agua caliente se puede - usar: Una solución diluída de peróxido de hidrógeno (una -- parte en 4 partes de agua tibia).

La aplicación tópica de "Proxygel" (antiséptico bucal), ó - - Gly-Oxide (una preparación de peróxido de hidrógeno y urea en glicerina), tienen efectos benéficos.

El uso de drogas oxigenadoras debe suspenderse después de dos semanas. Ya que su uso más prolongado produce lengua negra y descalcificación de las substancias dentarias.

Uso de antibióticos.- Locales ó por vía general. Locales; - que no se usen con frecuencia por vía parenteral, ó que no -- causen sensibilización. (La mayoría no necesita antibióticos).

La ventaja del uso de antibióticos: Remisión rápida del proceso.

DESVENTAJAS: Posibilidad de sensibilización.

PENICILINA TOPICA: Es un peligro, no se aconseja su uso.

Con el uso de antibióticos puede aparecer la candidiasis en - forma temporal.

Se receta: Una cápsula de 250 Mg. de polvo de clortetraciclina (Aureomicina), mezclado en partes iguales con goma tragacan

to polvo para dentaduras).

La mezcla se esparce sobre la mucosa enferma, mediante un - - insuflador, hasta que una capa amarilla y consistente proteja la superficie ulcerada.

DIETA.- Jugos de fruta, los primeros días que siguen al ataque. La dieta será blanda y líquida.

Se aconseja se haga refuerzo con vitaminas: Recetar una preparación que contenga por lo menos 150 Mg. de ácido ascórbico, 50 mg. de riboflavina, y el doble de las cantidades mínimas - de otros componentes del grupo del complejo "B", dos veces al día.

SEGUNDA SESION.- Ya hay mejoría considerable, el dolor se reduce ó desaparece. Se sigue haciendo raspaje con anestesia - tópica. Se enseñan procedimientos de higiene bucal con cepillo blando.

SESIONES SUCESIVAS.- Una vez por semana, se completa el raspaje y el pulido de los dientes y se controla la higiene bucal.

CORRECCION DE LA DEFORMACION DE LOS TEJIDOS: La cirugía, extracciones se posponen hasta que la infección cure. Hay que - eliminar focos de infecciones (capuchones 3eros. Molares).

La enfermedad se superpone a la periodontitis ó lleva a ella. Los cráteres pequeños, se recuperan con la aplicación rigurosa de higiene bucal. Si persisten, se hará cirugía ósea y gingival

Si no se hace hay recidiva, ó periodontitis.

GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA:

Se produce a partir de las infecciones primaria por uno de los herpes virus bucales.

Se presenta en niños de 6 meses a 10 años. Con menor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. Pero principalmente en la mujer durante la menstruación.

Consiste: En vesículas aisladas ó múltiples, que se inician como puntos rojos ó eritematosos, que luego se vuelven en - - vesículas ó ampollas. Que se rompen rápidamente, dejando úlceras someras y amarillentas. Estas úlceras no se confinan a la encía. Se pueden ver en cualquier zona de la cavidad bucal.

En el momento de la erupción bucal, se observan vesículas ó - grupos de vesículas en el rostro, ó en otra zona del cuerpo.

Es de instalación repentina. Su evolución duran entre 10 y 16 días. Hay fiebre y debilidad. La temperatura puede elevarse hasta 40°centígrados se experimenta malestar y la boca se torna tan sensible que la ingesta de alimentos es difícil ó imposible hay sensación de quemadura ó ardor prurito, que aumenta con la deglución de los alimentos irritantes ó calientes.

En los antecedentes del caso, se relata que hubo algún contacto, con una persona que tenía una lesión herpética labial - - activa.

Después del primer ataque, se presenta como herpes labial ó -
ataques bucales, de uno ó dos grupos aislados de ampollas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Cura espontáneamente.

Dura una ó dos semanas.

Se usan antibióticos para combatir invasores secundarios.

Líquidos intravenosos en casos muy graves.

La penicilina está contraindicada.

Son de gran utilidad aplicaciones tópicas de clorte traciclina.

ENJUAGATORIOS SUAVES.- Agua tibia - jarabe karo blanco -
Xilocafna viscosa.

INDICACIONES.- Enjuagarse 5 veces al día, antes de las comidas.
y dar calmantes, ó aplicar pomadas para mucosas (Orabase), dar
alimentos blandos, y complementos (Metrecal, Segó, Nutrament).

El peróxido de hidrógeno no es eficaz, irrita más la boca.

GINGIVITIS EN RESPIRADORES BUCALES.

Se observa gingivitis marginal, papilar e hiperplástica. Estos
cambios son más exagerados en la encía vestibular anterior.

Puede presentarse acompañada de: Mordida abierta anterior y
mala higiene bucal, en las pacientes pueden sufrir dismenorrea-
desde el comienzo de la pubertad, y acné.

TRATAMIENTO: Alisado radicular, curetaje gingival, instrucción de higiene bucal, ajuste oclusal y confección de una placa protectora bucal de uso nocturno. El resultado se vé después de 6 meses.

Este tratamiento se hace con ayuda del otorrinolaringólogo y el alergista.

Al tratar éstos trastornos, se aplican las siguientes medidas:

- 1).- Aplicación de vaselina sobre la encía, antes de dormir.
- 2).- Corrección de la posición de sueño. (aconséjese al paciente que duerma de costado, ó si solo puede dormir de espaldas, que use una almohada dura ó dos).
- 3).- Confección de un protector bucal.

GINGIVITIS ESTREPTOCOCICA:

El agente causal es el estreptococo beta hemolítica, se presenta en todas las edades, con más frecuencia en niños.

SINTOMAS.- Malestar general, fiebre; la encía, se vé lisa y brillante, no hay halitosis, ni sangra fácilmente.

TRATAMIENTO.- Solcoceril en forma tópica, ó según el caso.

P E R I O D O N T I T I S :

DEFINICION.- Es la enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos de soporte.

Se caracteriza por la formación de debolsas y destrucción ósea.

La periodontitis es considerada como la extensión directa de la gingivitis que avanzó.

Es originada principalmente por factores irritativos extrínsecos, más trauma oclusal. Puede estar complicada por enfermedades intrínsecas, trastornos endocrinos, deficiencia de la nutrición, traumatismos ó otros factores.

PATOGENIA.- Cuando se haya destruido parte del ligamento periodontal, se puede hacer el diagnóstico de periodontitis.

RASGO CARACTERISTICO: Es la bolsa periodontal, que no tiene su origen en el agrandamiento e hinchazón del margen gingival, sino en la invasión progresiva de la bolsa sobre el ligamento periodontal, acompañado de resorción de la cresta alveolar.

El diagnóstico clínico se basa en la inflamación gingival y sus características clínicas más importantes; como la bolsa, el exudado de esas bolsas y la resorción alveolar. Por lo general es indolora, puede haber movilidad temprana ó tardía, a veces es mínima. La bolsa periodontal está limitada por un lado, por la superficie del diente (Cemento expuesto, cubierto por depósitos calcáreos y placa), y por el otro, por la encía (con diversos grados de inflamación). El cemento coronario al fondo de la bolsa, es un tejido necrótico.

Epitelio de la bolsa (pared blanda de la bolsa), cubierta de

epitelio escamoso no queratinizado, estratificado. En la inflamación es frecuente que esté ulcerado, penetrando por ahílos productos tóxicos de la bolsa, llegando en esta forma al tejido conectivo y causando inflamación, o penetrando por los espacios intercelulares de la bolsa y el epitelio de inserción.

La progresión de gingivitis a periodontitis; parece basarse en la extensión de la reacción inflamatoria por los conductos vasculares hacia el hueso. Se supone que la inflamación también se propaga en la lámina propia, para destruir los haces de fibras, directamente debajo del epitelio de inserción.

PATOGENIA DE LA BOLSA.- En el fondo de la bolsa es un punto vulnerable del epitelio de inserción (aquí el epitelio se inserta al cemento), si las células epiteliales son dañadas o destruidas la bolsa se profundiza.

Hay dentro de la bolsa; depósitos, bacterias, toxinas y otros irritantes que provocan la respuesta inflamatoria, y llevan a emigración de leucocitos y exudado en la bolsa.

FISIOLOGIA DE LA UNION DENTOGINGIVAL.- La función principal del epitelio de inserción, es mantener la inserción epitelial, que constituye un sello protector. El epitelio del surco, también tiene función de protección, el tejido conectivo da al epitelio apoyo mecánico y biológico. El mecánico es realizado por las fibras de colágeno y el biológico por la reacción-inflamatoria de los tejidos ante la irritación.

En la periodontitis la misión mecánica está trabada por el --

proceso inflamatorio, puede haber alteraciones enzimáticas en las fibras de colágeno y en la sustancia fundamental, se acumula líquido donde existan elementos fibrosos y la encía se hace laxa y blanda.

ABSCEOS .-

Es una inflamación circunscrita, aguda y purulenta de los tejidos blandos en el diente o en torno a él.

Se produce por una infección mixta de microorganismos bucales. La zona afectada presenta hinchazón y dolor, puede haber malestar general, aumento de temperatura y linfadenitis concomitantes. El pus distiende la encía y se extiende hacia los tejidos subyacentes. No hay bacterias en los tejidos: cuando entran, hay emigración de leucocitos para contener la infección.

La zona queda cercada por trombosis de los vasos y obstrucción fibrinosa.

El número de leucocitos y microorganismos sigue en aumento este va seguido de necrosis y licuefacción de la zona central, con formación de pus.

ABSCEO PERIODONTAL.-

Puede ser la exacerbación aguda de la enfermedad periodontal crónica, puede producirse cuando la infección pasa a los tejidos a través del epitelio de la bolsa. Tales abscesos son consecuencias de la oclusión de las salidas angostas de bolsas tortuosas o bolsas intraalveolares profundas.

A veces se acumula pus en los quistes periodontales laterales.

ABSCESO GINGIVAL. -

(relativa rareza). Aparece cuando las -- bacterias invaden por alguna rotura de la superficie gingival, originada durante la masticación, higiene o tratamiento dental.

El absceso se extiende a la profundidad del tejido conectivo, ataca al hueso alveolar y se comunica con el surco.

(la resistencia del paciente es un factor de peso).

ABSCESO PERIAPICAL. -

Resultado de la infección pulpar, que se extiende a través de agujero apical a los tejidos periapicales. Generan trayectos fistulosos que comunican con la cavidad buca, e hacen una comunicación con la bolsa periodontal e el surco gingival. La infección pulpar puede llegar a los tejidos periodontales por canales aberrantes, -- fracturas radiculares e una perforación, este absceso es el más común.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. -

Los abscesos dentarios se asemejan desde el punto de vista clínico, pero difieren en su origen, pero por ejemplo el absceso periodontal es capaz de producir un necrosis pulpar y los abscesos periapicales en última instancia, pueden producir bolsa.

DIAGNOSTICO. -

Se basa en los hallazgos clínicos, en el examen radiográfico, y en la prueba pulpar. Caries, lesiones pulpares y patología periapical, sugiere que podría --

tratarse de un absceso periapical, mientras que las bolsas la pérdida ósea alveolar, y la patología periodontal, hacen pensar en el absceso periodontal, cuando ninguno de éstos-indicios es obvio, se sospechará que es un absceso gingival.

Los abscesos periodontales pueden aparecer en dientes sin vitalidad y, por el contrario, pueden producirse abscesos periapicales en dientes con enfermedades periodontales, in clase sucede que la infección se promaga del periodonte a la pulpa e viceversa (y el absceso periodontal y periapical).

Los abscesos tienen periodos de exacerbación y remisión. Las exacerbaciones repetidas causan pérdidas óseas amplias y caprichosas.

PRONOSTICO.-

Absceso Gingival ; favorable.

ABSCESO PERIAPICAL.-

depende de la posibilidad de hacer tratamiento endodéutico.

ABSCESO PERIODONTAL.-

Se basa en la cantidad y naturaleza de la pérdida ósea y en la posición estratégica del diente. En el apogeo del absceso hay mayor movilidad, no es síntoma concluyente,

PRONOSTICO.-

Es prometedor, salvo en raras casos en --

que aparece osteomielitis localizada.

TRATAMIENTO DE LOS ABSCEOS.

Extracción, endodencia e tratamiento ---
periodontal, según sea el absceso.

PRIMER PASO.

Reducción del absceso; administración de
antibióticos cuando hay fiebre y malestar general. Si ne-
les hay, se establecerá el drenaje, mediante curetaje de
la bolsa e incisión del absceso, cuando sea preciso, se
hará extracción, para hacer drenaje, reducido ya el absce-
so se hará el tratamiento correspondiente.

Se indicará hacer buches con agua caliente cada dos horas
ésto ayuda a que el absceso madure.

Si hay que hacer incisión, se hará en forma horizontal en
el centro del absceso, se puede colocar gasa yodoferrada-
(las incisiones verticales no se aconsejan por ser anties-
téticas). A veces se hace un colgajo. ejem: cuando al re-
crescer el hueso alveolar en un periodo agudo, y se forman
sequestros pequeños, que hay que eliminarlos haciendo un
colgajo.

Si la lesión es irreparable el diente se extraerá.

Cuando hay pérdida ósea extensa, los procedimientos que re-
quieren mayor sacrificio de hueso están contraindicados.

El absceso que abarca tejido periapical y periodontal, se
hace tratamiento combinado (curetaje y apicectomía), medi-
ante un colgajo anillo.

QUISTES .-

QUISTE GINGIVAL .-

Nódulo indoloro, de color gris azulado, en la encía, de aspecto y consistencia de un mucocele.

No aparece en las radiografías.

QUISTE PERIODONTAL .-

(quiste periodontal lateral). Radiográficamente se ve una lesión radiolúcida bien definida, adyacente a una raíz, se haya en el hueso, a veces se abre paso a través de tabla ósea produciendo agrandamiento de la encía.

Frecuencia y origen.- Son raras.

Se originan en los restos del epitelio odontogénico del ligamento periodontal o la encía, también la implantación traumática del epitelio superficial, que más tarde sufre degeneración sistica, y evolución a partir del epitelio glandular heterotópico o evolución cística dentro de un absceso periodontal lateral.

La mayoría de los quistes periodontales aparecen alrededor de los caninos inferiores. A veces éstos se infectan y forman un absceso que induce a confusiones.

DISTROFIAS

Son estados patológicos producidos por nutrición anormal de los tejidos lo cual lleva a trastornos del metabolismo celular, y se manifiesta por degeneración atrofia e hiperplasia.

ATROFIA.-

Es un estado en el cual el órgano o sus elementos celulares disminuyen de tamaño una vez alcanzada la madurez normal (puede ser patológica o fisiológica).

En la encía se manifiesta por la resección gingival, puede no haber patología, la textura es delgada y fina, color rosado pálido, margen gingival delgado y papilas puntiagudas relativamente alargada y los surcos gingivales son poco profundos.

La Resección.- Es generalizada o localizada en un solo diente, o grupo de dientes, se puede relacionar con determinadas factores anatómicos predisponentes.

Grietas.- Producidas por atrofia o destrucción desigual de la encía marginal. Es más frecuentes verlas en la superficie vestibular (algunas desaparecen espontáneamente), se forman grietas faltas por hipertrofia del tejido adyacente.

Etiología de la Resección.- Se le atribuye a: 1) lesión por cepillado. 2) fuerzas ortodénticas. 3) otros irritantes extrínsecos (químicos, físicos, bacterianos) 4) traumatismo oclusal, 5) alineación inadecuada de los dientes 6) anomalías anatómicas, 7) hábitos lesivos, 8) retenedores y barras protéticas inferiores linguales, 9) envejecimiento.

Medidas Terapéuticas.- Higiene bucal apropiada, dentífricos de brasis finos.

Los principios básicos son: 1) control de placa, 2) aliado radicular frecuente y cuidadoso, sin que lesione la

encia. Se pueden hacer restauraciones e injertos.

ATROFIA PERIODONTAL POR DESUSO.-

Densidad del hueso, que no esta en función oclusal, aparece poroso con trabéculas delgadas y espaciados espacios medulares anchos. El lado funcional; más trabéculas son más gruesas, y espacios medulares más pequeños (hay cortical ósea alrededor de ambas). Microscópicamente la atrofia por desuso, aparece como un agrandamiento de los espacios medulares óseos y desaparición de una gran parte del trabécula ósea.

Diferencia.- Del que no tiene función, y del que no tiene función. Es poca cantidad de hueso esponjoso alrededor de uno, y la buena trama de hueso en torno al otro. Las trabéculas del diente en formación tiene distribución compacta, cierta, a modo de nido de abejas.

Osteoporosis.- Se produce mediante resorción osteoclástica de trabéculas óseas, en zonas de inactividad funcional (afecta todo el tejido óseo). Se produce por falta de función, el tratamiento sería restaurar la función.

El diente en función.- El espacio periodontal es más ancho y el cemento más delgado, el ligamento periodontal está bien organizado. El diente que no funciona.- En el ligamento periodontal no hay fibras periodontales, sólo hay tejido conectivo laxo que ocupa el espacio del ligamento periodontal.

Sobre el cemento viejo se deposita una capa gruesa de cemento.

El hueso se deposita en sentido paralelo a la superficie-cava sobre cava; y el lado periodontal de la cervical, -- aparece como una línea gruesa oscura, denominada línea de revese. (ésto es por la falta de estímulos funcionales o sea presenta atrofia por desuso).

Tratamiento.- Es devolver la función, al hacerle repentinamente los dientes se hacen sensibles a la percusión, e al uso oclusal, ésto tarda entre 4 o 6 semanas, hay algunas hemorragias, para el hueso de soporte se requiere un tiempo mayor, (de 3 a 6 meses). Hay que advertir sobre la molestia temporal.

Todo ésto es visible, gracias a la capacidad de adaptación del periodonto.

PERIODONTOSIS

Es una enfermedad poco frecuente; se caracteriza por pérdida ósea alveolar vertical rápida, en torno a los primeros molares e incisivos permanentes (pueden estar afectados otros dientes).

Etiología y Patología.- Son desconocidas.

Afecta a adolescentes sanos, y se puede hallar en la edad adulta temprana. El diagnóstico se hace sobre la base de la especificidad de las características clínicas y la frecuencia.

Características clínicas.- Cuando es incipiente es difícil diagnosticarla, pues hat pocos signos y síntomas, solo se leza por medio de radiografías. En éstos casos la en-

Enfermedad que no presenta signos clásicos manifiestos de inflamación.

Características clínicas tardías.- Migración de los dientes, con avariciencia de diastemas, y extrusión de los dientes. Cuando se observa al paciente suele hacer bolsas profundas.

Características Distintivas en relación con la periodontitis.- 1) Edad de la instalación (entre 11 y 13 años). 2) en relación con el sexo (ataca más a mujeres que a hombres). 3) tendencias familiares (tiende a seguir la línea materna). La pérdida de inserción es simétrica. 4) falta de relación proporcionada entre los factores etiológicos locales (extrínsecos) y la magnitud de la respuesta (destrucción periodontal profunda). 5) patrón radiográfico, distintivo de pérdida ósea alveolar. 6) velocidad de avance (de 3 a 4 veces mayor que en la periodontitis).

En las fases tempranas la encía presenta un aspecto casi normal con color y contorno fisiológicos. Se localizan bolsas periodontales cuando se ve pérdida ósea en la Rx. No son comunes grandes depósitos de cálculos subgingivales - en éstos pacientes, aunque la bolsa se extiende casi hasta los ápices, existe placa.

Cuando hay mala higiene, existe placa y cálculos supragingivales la inflamación gingival clínica, es más evidente en casos avanzados, es común ver signos de inflamación, hinchazón al principio en la superficie proximal del primer molar de cada arco, al avanzar la enfermedad va invadiendo las otras superficies proximales.

La anatomía dentaria.- Raíces ciertas o delgadas, relación corona raíz es de 1:1 en lugar de ser de 1:1,5.

Microbiología.- No hay datos.

Histopatología.- No hay datos.

Tratamiento.- Cuando hay pérdida ósea alveolar extensa, - similar al de la periodontitis. Con pequeños cambios en - la énfasis.

1) Cuando hay defectos óseos muy profundos en un diente - -- floje, vecino de un diente firme, con excelente soporte óseo, (extraer el diente enfermo para que el sano tenga posibilidad de sobrevivir.

2).- No hay que dañar el diente sano, por conservar un - diente dudoso es posible que éstos se salven por los métodos de implantes óseos, o de médula ósea de zonas dadoras (cirugía ósea a se utiliza con prudencia).

3).- en casos de molares que se hallen parcialmente afectados, está indicada la amputación radicular y la hemisección

4).- la ferulización fija es favorable e importante, para el aspecto estético del paciente. 5) el tratamiento ortodóntico de los dientes empujados, mejora la evolución clínica de la enfermedad. 6).- cuando hay traumatismo occlusal (hay que realizar el ajuste) mediante el desgaste selectivo. 7).- A veces resulta beneficioso realizar el - desgaste sistemático y repetido de las superficies masticatorias, para permitir que el diente afectado eruzciana. - En la práctica; el último procedimiento sigue éstos pasos el diente afectado se deja fuera de occlusión, se anjestan los molares en sentido ovestibular a medida que se los-

acerta, se hace el tratamiento periodontal operación por colgajo, retiro del contenido blando del defecto óseo y raspaje radicular con cavitron y raspadores. En casos de que se presten, se hacen implantes óseos autógenos, hecha la cirugía el desgaste se repetirá cada 3 meses, es decir en cada visita para raspaje radicular. Si hay sensibilidad en la dentina expuesta, se trata con desensibilizantes electroferética, para que se fene dentina secundaria, si es extrema se hace el tratamiento endodóntico, -- para que se pueda seguir el desgaste de la corona. 8). --

Baer y Gamble tratamiento de la periodontitis en adolescentes: se extraen los primeros molares afectados, los alveolos vacíos se reparan para que el tercer molar; extraer el tercer molar y se trasplanta al alveolo del primer molar. Se hace en el momento de que las bifurcaciones del germen del tercer molar acaban de formarse. Durante la operación se quita el tabique que separa las raíces del primer molar y se coloca el germen dentario dentro de su nuevo alveolo, debajo del plano de oclusión. Después se sutura el colgajo (se obtiene excelente resultado). Esto indica que la lesión ósea completa (en estos casos). --

Pronóstico.- Reservado.

Cuando la destrucción está muy avanzada, habrá que sacrificar los dientes atacados (a veces se pierden todos los dientes.)

TRAUMA OCLUSAL

Trauma Periodontal: Definición: Es una lesión producida por fuerzas mecánicas; repetidas ejercidas sobre el periodo dente, que exceden de los límites fisiológicos de la tela

rancia de los tejidos, y contribuyen a la destrucción de los tejidos de soporte del diente. Estas fuerzas producen trastornos circulatorios tisulares en los tejidos periodontales, otros cambios tisulares, tales como roturas - se producen cuando el diente presiona sobre el hueso alveolar.

El trauma.- Se refiere a los trastornos propios de los tejidos, mientras que traumatismo.- designa el acto o los actos de producir el trauma.

Traumatismo Oclusal.- Significa que la fuerza sea occlusal, elementos que contribuyen al traumatismo: La función anormal de los labios y la lengua y los hábitos anormales de deglución, acciones habituales realizadas con los dientes (tocar un instrumento de viento, la abertura de oquillas y poder vivas) .

El traumatismo primario.- Es decir una fuerza excesiva normal orientada ejercida sobre un diente con soporte ósea normal.

El traumatismo secundario.- Cuando la fuerza es excesiva para el soporte óseo disminuido (Cuando un diente pierde una cantidad de su periodonto las fuerzas masticatorias normales pueden ser excesivas).

El traumatismo Oclusal no produce gingivitis, periodontitis, ni bolsa, más sus características patológicas son diferentes a las de la inflamación.

La lesión traumática cura por formación de tejidos de granulación proliferación de capilares, y fibroblastos, y por la actividad de los macrófagos.

(el trauma periodontal no es causa de enfermedades dis-
tróficas).

Cambios tisulares, causados por traumatismo periodontal:
ligamento periodontal; en la fase aguda hay congestión en
el lado de presión, ablastamiento, hemorragia, trombosis,
nécrosis del ligamento periodontal (éstos son fenómenos -
que se pueden producir).

Hay estiramiento en el lado sometido a tensión, éste a ve-
ces causa, trombosis de los vasos y desgarramiento del li-
gamento.

En fase crónica: El ligamento se ensancha; se manifiesta
movilidad clínica. (es visible que ocurra anquilosis).

En fase aguda, suele haber desgarramientos cementarios,
y fracturas. En la fase crónica, hay cambios reparativos
tales como hiperplasia de cemento y formación de espolones
de cemento. Se pueden observar, cambios destructivos con-
comitantes, en algunos casos hay ab resorción dentaria. -

En el hueso alveolar.- a la presión moderada, hay resor-
ción. Y a la tensión moderada, hay deposición.

En la fase aguda; puede haber necrosis ósea, en las zonas
de total compresión del ligamento periodontal; va segui-
do de resorción. (si continúa el traumatismo se produce -
ensanchamiento excesivo del ligamento periodontal.

La encía no hay pruebas de que se produzcan lesiones gin-
givales o bolsas. En la pulpa; se estimula la actividad -
odontoblastica, y se forma dentina secundaria. La cama--

re pulvar se estrecha, y puede llegar a obliterarse. Se forman nódulos pulvares, en algunos casos, incluso se llega a pulpitis y pérdida de la vitalidad pulpar.

TRATAMIENTO.

Diagnóstico clínico: se basará en el examen clínico, impresiones subjetivas.- El paciente refiere: 1) No muerdo bien 2) mis dientes están sensibles -- cuando muerdo, 3) este diente es más largo, 4) siento vibración en los dientes y encías, 5) me duelen los maxilares (músculos de la masticación), 6) mis dientes están sensibles (irritación pulpar,) 7) me duelen las articulaciones hacen ruido de chasquido, 8) rechina los dientes 9) mis dientes se aflojarán, 10) mis dientes se han movido, 11) --me resulta difícil abrir la mañana.

Signos y pruebas objetivas.- Las más importantes son movilidad de los dientes, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal en las Rx y migración patológica de -- los dientes.

Las facetas de desgaste, no revelan necesariamente, que -- hay traumatismo.

Si se ha diagnosticado una lesión producida por traumatismo oclusal, se deberá establecer la fuente del trauma.

Hay que examinar la oclusión, para descubrir desarmonías, obtener una idea de los tipos de movimientos mandibulares que el paciente es capaz de hacer.

Tratamiento del trauma oclusal. 1) ajuste oclusal, 2) tratamiento de ortodoncia, 3) feralización, 4) reconstrucción

protética, 5) confección de protectores de la oclusión.

Es frecuente que se deban dar más de uno de éstos casos.

HIPERTROFIA GINGIVAL (AGRANDAMIENTO)

Hiperplasia.- es el aumento de tamaño de un órgano e de sus partes. Se caracteriza por el aumento del número de elementos celulares del órgano, y porque no desempeña sus funciones.

Hipertrofia.- Es un crecimiento excesivo que resulta del aumento de tamaño de los elementos celulares de un órgano en respuesta al aumento de función (el agrandamiento de la encía es una hiperplasia. No hay hipertrofia gingival.).

Otras estructuras del periodonto experimentan hipertrofia en respuesta al aumento de la demanda funcional. Ejemplo: el cemento, el ligamento periodontal, hueso alveolar, (y a éste se le llama hipertrofia periodontal.

Hiperplasia Gingival.- Es un crecimiento excesivo causado por el aumento de los elementos del tejido fibroso de la encía, una hiperplasia fibrosa. (No es una infección-inflamatoria), aunque con frecuencia se presentan juntas.

Hiperplasia Localizada.- La hiperplasia gingival se presenta como un sobrecrecimiento localizado, limitado a una determinada zona.

Estomatitis.- Dencogénica. (La irritación local asociada con un factor constitucional, podría ser la causa de su aparición). Hay aumento de los elementos fibrosos y celulares. Puede haber calcificación y esificación.

Tratamiento.- extirpación quirúrgica, y la eliminación - del factor irritativo local articular. (Caries contactos abiertos).

Prognóstico.- Es favorable, aunque vuelve a parecer.

(Otro agrandamiento Gingival localizado no localizado inflamatorio es el carcinoma de la encía).

HIPERPLASIA (FIBROMATOSIS) GENERALIZADA IDEOPATICA.

La hiperplasia fibrosa generalizada, es rara, afecta a - personas jóvenes y puede ser bastante extensa.

Características clínicas; afecta a la encía insertada marginal y papilas interdientarias. Abarca superficies vestibular y lingual de los dos maxilares, puede ser sólo en una la encía agrandada es rosada, firme, consistencia semejante a la del cuerno, una superficie característica, firmemente "quijarrosa" .

En casos avanzados, los dientes están casi totalmente cubiertos, y el agrandamiento se proyecta hacia la cavidad bucal. Los maxilares se forman por los agrandamientos abultados de la encía. Las alteraciones inflamatorias secundarias, son más comunes, en el margen gingival.

HISTOPATOLOGIA.- Hay aumento abultado de tejido conectivo, el epitelio superficial está ensanchado y hay acantosis con brotes alargados.

Etiología.- Se cree en bases hereditarias. Pero es desconocida.

Tratamiento.—Quirúrgico; generalmente extracción de todos los dientes, y Alveolectomía. Es frecuente que un factor constitucional consénite desempeñe un factor importante.

El criterio terapéutico, dictará el tratamiento de cada caso.

El agrandamiento gingival tiende a la recidiva, después de excisión (gingivectomía) pero no después de la extracción.

HIPERPLASIA EN EL TRATAMIENTO CON DIFENIL HIDANTOINA.

La administración de éste medicamento (Dilantina, Epinutina) en el tratamiento de la epilepsia, puede ir seguida de agrandamiento hiperplástico e inflamatorio de la encía. Este tiende a desaparecer al interrumpir la administración de la droga. No todos los pacientes que permanecen esta droga presentan hiperplasia gingival. El promedio es del 40%. La hiperplasia es más pronunciada en los dientes inferiores y más extensa en las superficies vestibulares, que en las orales; también es mayor en el maxilar inferior.

Probablemente, el agrandamiento sea más pronunciado, cuando mayor sea la dosis.

Los factores etiológicos locales en la cantidad y localización del agrandamiento. Entre uno y uno y medio meses, el paciente bajo esta medicación, presenta signos típicos de hiperplasia (período de latencia).

El cuadro clínico.— Es algo diferente de la hiperplasia fibrosa idiospática. Por lo común, agranda las papilas, y afecta menos al margen, sino lo afecta, .

Casi siempre hay signos de inflamación.

El cuadro microscópico.- también difiere algo, del de la hiperplasia fibrosa ideopática. Además del aumento de los elementos del tejido fibroso hay una tendencia proliferativa en el epitelio, y aumento de la acumulación de células inflamatorias.

El mecanismo biológico del agrandamiento, no se conoce del todo.

La química tisular local, se altera por efecto de esta droga.

Tratamiento Complementario.- Con una higiene bucal excelente la extensión del agrandamiento se mantiene en el mínimo e se evita. En el momento de la cirugía e inmediatamente después, se puede substituir la droga, para evitar --recidiva del agrandamiento sinival, durante la cicatrización.

Otras veces se disminuye la dosis de difenil-hidantoína, mediante combinaciones con otras drogas.

Cuando la substitución de la droga es imposible, sólo se hará con la venia del neurólogo. (la difenil-hidantoína sigue siendo el tratamiento de elección para el gran mal) Hay que establecer un programa de higiene bucal, para prevenir la formación de hiperplasia, e mantenerla reducida al mínimo.

Cuando el agrandamiento va está presente, se toman las siguientes medidas:

- 1.- Institución de prácticas rígidas de Higiene Bucal.
- 2.- Aplicación de adáptos de precisión.
- 3.- Gingivectomía y Gingivoplastia, cuando de el agrandamiento es extenso.

AGRANDAMIENTO EN LA PUBERTAD (GINGIVITIS EN LA PUBERTAD)

Afecta tanto a varones como a mujeres, en áreas de irritación local.

Cuadro clínico.-Se ve una gingivitis marginal y apical, crónica hiperplásica, papilas abultadas, por lo general - en vestibular, hay inflamación y sangrado. Presenta todas las características propias de la enfermedad gingival inflamatoria crónica.

Esto comienza en la pubertad, sino se trata empeora progresivamente. En esta etapa hay respuesta exagerada a los irritantes, puede tener su origen en trastornos hormonales puede agravarse por la exposición incompleta de las coronas anatómicas, habiendo retención de alimentos.

Tratamiento.- Quitar los irritantes locales, y una adecuada higiene bucal, se puede aceptar una cura para la inflamación y el sangrado.

GINGIVITIS EN EL EMBARAZO

Se presenta en el 50% de las mujeres embarazadas. Debido a una alteración endocrina y placa bacteriana, oscila entre grave y leve.

Las no embarazadas presentan la misma frecuencia; pero en menor grado. En el embarazo la gingivitis se agrava por las tendencias proliferativas de los tejidos, como se ve en el epitelio, el tejido conectivo y las células endoteliales.

Una de las características microscópicas más particulares, durante el embarazo, es la proliferación de cavidades.

La inflamación clínica.- Se confina a las papilas (son prominentes y se demarcan netamente de la encía insertada),- los márgenes son irregulares y poco consistentes.

Esta hiperplasia se limita a varias zonas localizadas. La encía es en extremo friable y sangra al más leve contacto, las papilas individuales se pueden agrandar mucho y se les denomina tumores del embarazo, éste agrandamiento puede ser marginal e generalizado e presentarse como masas múltiples de aspecto tumoral una masa esférica achatada, fungiforme, aislada con indentaciones, lobulada en su periferia e insertada en una base pediculada e césil que tiende a expandirse lateralmente. Aparece después del tercer mes del embarazo, puede presentarse antes. (No es un neoplasma) es una respuesta inflamatoria, a los irritantes locales, es indolora, a menos que interfiera en la oclusión produciendo úlceras dolorosas.

Cuadro clínico.- Agrandamiento marginal, varía considerablemente, es por lo común generalizado, más prominente en zonas interproximales, la encía agrandada es roja brillante o magenta, blanda y friable, superficie lisa y brillante sangra espontáneamente, y fácil.

HISTOLOGICAMENTE. -

Es imposible distinguir éstos tumores de los granulomas piógenos. El tumor del embarazo y la gingivitis tienden a desaparecer después del parto.

Tratamiento. - Eliminación de los irritantes locales, afección de las raíces, curetaje, buena higiene bucal y estimulación de los tejidos.

Después del parto, se hace un examen bucal minucioso, para verificar que no haya lesión tisular residual.

La gingivitis en el embarazo no se produce, sino hay una inflamación gingival por placa bacteriana antes del embarazo e durante él.

En la gingivitis grave, o tumores, y agrandamiento de los tejidos, se considera la cirugía por lo general en el segundo trimestre o el octavo mes. Porque hay un equilibrio endocrino ventajoso.

AGRANDAMIENTO LEUCÉMICO

Es una respuesta exagerada a la irritación local. Se manifiesta por un infiltrado denso de leucocitos inmaduros y proliferantes. En algunos casos es el resultado de una inflamación crónica, sin intervención de células leucémicas. El agrandamiento leucémico verdadero, ocurre en la leucemia aguda e subaguda cuando hay irritantes locales y raras veces en la leucemia crónica.

Clinicamente es difuso y marginal, localizado e generalizado.

Aparece como un agrandamiento difuso de la mucosa gingival, una sobreextensión exagerada de la encía marginal, - una masa interproximal circunscrita de aspecto tumoral.

La encía es roja azulada, u de superficie brillante, de consistencia moderadamente firme, con tendencia a la friabilidad y a la hemorragia espontánea, e a la irritación leve. Con frecuencia hay inflamación ulceronecrosante aguda en el surco que se forma entre la encía agrandada y las superficies dentarias contiguas, hay movilidad dentaria, y edentalgias.

AGRANDAMIENTO EN LA DEFICIENCIA DE VITAMINA "C" (GINGIVITIS ESCORBUTICA).

Es fundamentalmente, una respuesta condicionada, ante irritantes locales. La deficiencia aguda de vitamina "C" se, causa por sí mismo la inflamación gingival, pero si produce hemorragia degeneración colágena y edema del tejido conectivo gingival.

El efecto combinado de la deficiencia de vitamina "C" e inflamación produce el agrandamiento gingival masivo en el escorbuto.

Síntomas Generales.- Hemorragia de las articulaciones, músculos y piel, e incapacidad para caminar.

Clinicamente.- La encía presenta color rojo brillante, - gingivitis papilar y marginal generalizada, que se extiende levemente hacia la encía insertada, la encía es hiperplástica, ulcerada, blanda y friable, con una superficie-

LISA y brillante, hemorragia espontánea o la provocación leve y la necrosis superficial con una pseudomembrana, son características comunes.

Aspecto Microscópico de las tejidas.- Encía muy edematizada con inflamación aguda, ulceración en la totalidad de la superficie de la bolsa, vasos angüíneos dilatados, y en toda la encía hemorragias microscópicas, además desaparición de las r fibras de la celágena del tejido conectivo.

Tratamiento.- Se han aplicado; dosis altas de vitamina "C", 1500 mg. per día, durante una semana.

Se reduje a 500 mg. per día, durante 4 semanas; después a 300 mg. per día, durante un mes. Y de ahí en adelante, a 100 mg. per día. A los 3 meses, se resolvió la agudeza de la inflamación., pero quedó la gingivitis marginal y o apilar crónica.

La inflamación residual demanda tratamiento local, ya que es causada per irritación local.

No hay factor intrínseco que per sí mismo, pueda generar un proceso inflamatorio bucal generalizado tal como gingivitis. (Estos factores intrínsecos, agravan y modifican, los estados patológicos de la boca).

Agrandamiento condicionada inespecífica.- (Granuloma piógeno).- De aspecto tumeral. Es una respuesta condicionada exagerada, a un traumatismo pequeño clínicamente.- -- Varía desde una masa circunscrita esférica de aspecto tumeral con una base pediculada, hasta un agrandamiento apla

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

nado de aspecto queleide de base ancha. Es rojo o púrpura brillante friable e firme, según su antigüedad, las más de las veces presenta úlceras superficiales y exudado purulento, tiende a evolucionar espontáneamente, para convertirse en naviloma fibroesitelial, e persiste igual durante años.

Tratamiento.- Eliminación quirúrgica, y suprimir los factores irritativos locales.

Su frecuencia de repetición es del 15 % .

Desde el punto de vista clínico y microscópico el granuloma piógeno es igual al agrandamiento Gingival Condicionado del embarazo.

El diagnóstico diferencial, se basa en la Historia del paciente.

AGRANDAMIENTO NEOPLASICO (TUMORES GINGIVALES)

Tumores Benignos de encía.- Epúlis, éste término se usa para designar clínicamente a todos los tumores de la encía. Localiza el tumor pero no lo describe. (muchos son inflamatorios, no neoplásicos).

FIBROMA.- Nacen del tejido conectivo o del ligamento interdental, son tumores esféricos, de crecimiento lento, que tienden a ser firmes e nódulares, pero pueden ser blandos e vasculares, los fibromas suelen ser pediculados (hay neoformación de hueso). Generalmente se encuentran encapsulados, por estar situados superficialmente pueden ulcerarse y sangrar, por ello puede cambiar su aspecto en el de un cráter abierto con bordes elevados, cuando la --

Lesión es grande, puede interferir en la masticación, se presenta con mayor frecuencia en la edad avanzada que durante la juventud.

Tratamiento.-Se anestesia, y se practica la resección quirúrgica.

Nevus.- (pigmentado o no pigmentado).- Es frecuente en la piel, pero se han registrado nevos gingival; que es una lesión benigna de crecimiento lento, su color varía entre el gris pálido y pardo oscuro, puede ser plano o algo elevado sobre la superficie gingival, césil o nodular.

Mieloblastoma.- Lesión benigna, nodular y algo elevada sobre la superficie gingival. A veces se le llama *éoullis con genite*

Hemangioma.- Tumores benignos de vasos sanguíneos, que a veces se presentan en la encía. Son de tipo capilar más comunes, o cavernoso. Son blandos césiles e pediculados, e indoleros. Pueden ser lisos de contorno abultado irregular su color varía del rojo oscuro al púrpura, y empalidece a la presión. Estas lesiones nacen en la lámina gingival interdientaria, y se extienden en sentido lateral, hasta abarcar los dientes adyacentes.

También se registra una forma congénita de Hemangioma; es plano, irregular y difuso, con lesiones comparables en la cara, o no. En la encía suelen producirse hematomas como consecuencia de traumatismos.

Tratamiento.- Cuando su tamaño no exceda de 1 Cm. está indicado la radioterapia. Si el tumor es más extenso no

cesitan una alta dosis de radiaciones, lo que hace necesaria la extirpación quirúrgica.

PAPILOMA.- Es una protuberancia dura, de aspecto verrucoso, que sobresale de la encía, la lesión puede ser pequeña y circunscrita o presentarse como elevaciones duras y anchas con superficie finamente irregular.

HISTOPATOLOGIA.- Presenta un núcleo central de tejido conectivo con una marcada proliferación e hiperqueratosis, del epitelio.

Granuloma Reparativo Periférico de Células Gigantes.- Surgen de la zona interdientaria, o del margen gingival, es más frecuente por vestibular, pueden ser cónicos o pediculados, su aspecto varía desde una masa irregular lisa hasta una protuberancia multilobulada irregular, con indentaciones superficiales, a veces hay ulceras en los bordes

Las lesiones son indoleras, de tamaño variable, llegan a cubrir varios dientes, pueden ser firmes y esponjosos, el color va del rosado al rojo oscuro o vórgura azulada.

Para el diagnóstico definitivo se precisa el exámen microscópico. Estas lesiones son respuesta a lesiones locales, y no neoplasmas. A veces invaden localmente y producen la destrucción del hueso subyacente.

Tratamiento.- Extirpación completa., con la remoción total de su pedículo, este se secciona, y se extirpa el hueso subyacente con una cucharilla cortante, si es de base ancha, la extirpación será más amplia. Se evitará la recidi

VA. Hay recuperación total.

Granuloma Reparativo Central de Células Gigantes.- Se originan dentro de los maxilares y producen cavidades centrales, en algunos casos, deforman el maxilar de modo de la encía parece agrandada.

También se descubren tumores mixtos, tumores del tipo del de glándulas salivales, granulomas eosinófilos y plasmocitomas de encía, pero no se ven con frecuencia.

Granuloma de Plasmocitos.- Lesión benigna de la encía marginal interdientaria, o encía insertada. Se presenta como una masa localizada, puede ser también generalizada. Es roja, friable, a veces granular, sangra con facilidad o va acompañada de distribución focal del hueso adyacente -

Microscópicamente.- Aparece como una acumulación densa de casi exclusivamente de plasmocitos en caps compactas extralobulales.

Tratamiento.- Basta con la eliminación de los irritantes locales mediante raspaje, o puede ser necesaria la extirpación quirúrgica.

Leucoplacia.- Se presenta en forma de lesiones, blancas grisáceas aplanadas equimocosas con variaciones que van desde hasta placas gruesas, irregulares queratinosas. Es causada por la irritación crónica.

Puede tener una transformación maligna.

Quiste Gingival.- Son comunes los microscópicos, raras veces alcanzan un tamaño importante. Clínicamente cuando-

Esto sucede, aparece como agrandamientos localizados, que pueden afectar a la encía marginal y la insertada.

Se produce en las zonas de caninos y premolares inferiores, son indoloros al extirparse puede causar la erosión de la superficie del hueso alveolar.

El quiste evoluciona a partir del epitelio ontogénico e epitelio del surco, introducido traumáticamente en la zona

Su extirpación va seguida de curación sin contratiempos.

Microscópicamente. - Presentan una cavidad quística tapizada por epitelio escamoso estratificado.

TUMORES MALIGNOS DE ENCIA

Carcinoma. - La encía es un lugar corriente de neoplasmas bucales.

El más común es el carcinoma de células escamosas.

El sitio más común es la zona de molares de la mandíbula. Los carcinomas pueden ser exofíticos o verrucosos de crecimiento en la zona gingival, e ulcerativos, (se ven como lesiones erosivas planas) invaden localmente y afectan al hueso subyacente y la mucosa circundante. Con frecuencia asintomáticos, pasan e inadvertidos, hasta que se complican en una inflamación dolorosa éstas alteraciones pueden enmascarar los neoplasmas.

Las metástasis por lo general se limita a la región subclavicular, puede llegar a incluir al pulmón el hígado y el hueso.

Los carcinomas gingivales, dan una supervivencia de cinco años en el 24%.

Melanoma Maligno. - Tumor bucal raro, aparece en la encía del sector anterior del maxilar superior. Es oscuro y con frecuencia le precede una pigmentación localizada. Puede ser plano o nodular de crecimiento rápido y metástasis tempranas.

Se genera a partir de los melanoblastos de la encía, carrillos e paladar. Es común la infiltración del hueso adyacente y la metástasis o nodules linfáticos del cuello y axilas.

Sarcoma. - El fibrosarcoma, el linfosarcoma, y el retículo-sarcoma de encía son raras.

Se describe un caso de linfoma maligno de encía, en una mujer de 19 años, se observó por primera vez en el alveolo que no cicatrizó después de la extracción. Se presentaba como una protuberancia persistente en forma de frambuesa en la superficie del alveolo junto con supuración, úlceras superficiales, y necrosis progresiva de la encía y hueso subyacente. Aparecieron más lesiones de encía en otras zonas seguidas de nudación de la raíz y pérdida del diente.

Las metástasis de tumores no son comunes en la encía.

Se han descrito tumores gingivales que hicieron metástasis a partir de un condrosarcoma primario de fémur.

Hay que tomar biopsia de toda úlcera que no responda al tratamiento corriente y de todo tumor gingival o lesión de

aspecto tumoral, y enviarla para que se realice el diagnóstico microscópico.

CAMBIOS GINGIVALES ASOCIADOS AL CICLO MENSTRUAL

En este período aumenta la frecuencia de la gingivitis -- la encía sangra y la sienten hinchada, en los días que -- preceden al flujo menstrual. La movilidad horizontal --- aumenta entre la tercera y la cuarta semana del ciclo --- menstrual. La cantidad de bacterias crece durante la menstruación. de 11 y 14 días antes.

El exudado de la encía ¹ inflamada aumenta.

Cambios Bucales., que aparecen varios días antes del ciclo menstrual.

Ulceraciones de la mucosa bucal, aftas y lesiones vesiculares y hemorragias sustitutiva en la cavidad bucal.

GINGIVITIS DE MENSTRUACION

Caracterizada por hemorragias periódicas con proliferaciones rojas brillantes y resacas en las papilas interdentarias y ulceración persistente de la lengua y mucosa bucal que empeora justo antes del período menstrual.

Microscópicamente. -- Hay descamación de células epiteliales del estrato granuloso y de la superficie, úlceras de repetición periódica en la boca, y a veces en la vulva -- pueden acompañar o preceder del período menstrual.

Las lesiones bucales duran de 3 a 4 días, y la sensibilidad

dad vaginal desaparece después de la menstruación, y por el resto del ciclo no aparecen si la paciente queda embarazada, pero se repiten después del parto.

Hay mejoría con estrógenos por vía general, u hormona -- hipofisiaria anterior.

GINGIVOESTOMATITIS MENOPAUSICA

Gingivitis Atrófica Senil.— aparece durante la menopausia o en el período postmenopáusico. A veces se presentan signos síntomas leves en los primeros trastornos menopáusicos. Las alteraciones bucales no son característica de la menopausa.

Clínicamente.— La encía y el resto de la mucosa bucal son secas y brillantes, color varía entre la palidez y el enrojecimiento anormal, y sangra fácilmente. A veces se ve fisuras en el pliegue muco-vestibular, y cambios comparables en la mucosa vaginal, el paciente se queja de sensación de ardor y sequedad en la cavidad bucal, sensibilidad extrema a los cambios térmicos, el gusto es anormal "salado", picante, "agrio", hay dificultad en las prótesis parciales removibles.

Microscópicamente.— La encía presenta la atrofia de las capas celulares terminal y estrellada del epitelio, y en ciertos casos, son las de ulceración.

En las zonas de prótesis la mucosa bucal se lastima fácilmente (espesamiento del epitelio no se produce para soportar la prótesis).

Se veina que la lesión hace de la atrofia y menor cuera-
tinización del epitelio bucal unidas a la disminución de-
estrógenos e un desequilibrio en su metabolismo.

Los Anticancerígenos Hormonales.- Agravan la respuesta gin-
gival a irritantes locales, de manera similar a la del em-
barazo, y en un número extremo pequeño de pacientes, pro-
ducen alteraciones gingivales, comparables a las observadas
en el embarazo.

CAPITULO V.- ESTUDIO REALIZADO.

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

La Odontología juega un papel importante en el desarrollo de la salud de la comunidad que con sus 18, 557 habitantes por kilómetro cuadrado, se enfrenta a un sinnúmero de problemas. Por lo que el funcionamiento de dicha rama de la medicina es imprescindible para la salud.

Ahora bien trataremos de dar un enfoque general de como está compuesto el Parodonto en salud y en enfermedad, sus principales etiologías que le afectan, así como, explicaremos y clasificaremos cada enfermedad gingival y parodontal.

Para nuestra investigación fué muy necesario exponer como se encuentra constituido , un parodonto sano o patológico así como para obtener el índice de la enfermedad gingival o parodontal, en un grupo de individuos, y así elaborar un buen tratamiento e bien dando una orientación por medio del conocimiento estimulado al paciente para su atención y cuidado bucal.

En este trabajo pretendemos informar acerca de la investigación que realizamos sobre diversos temas que en los siguientes capítulos se desarrollaran, porque creemos que esta profesión al integrarse con el equipo multidisciplinario de profesionales de la salud son imprescindibles -- sus actividades para la prevención, control e incremento de la salud en las comunidades.

Así pues un estudio epidemiológico en Odontología permite medir cuantitativa y cualitativamente las principales en-

enfermedades bucales y su incidencia en un grupo de población determinada, basándose en la historia natural de dichas enfermedades.

Pero para lograr una medición en un estudio epidemiológico es necesario que se identifiquen los diferentes índices, códigos y criterios, para determinar en esa forma el grado de prevalencia de cada una de las enfermedades bucales y establecer un mecanismo de acción, ya sea para prevenir o contrarrestar e inclusive rehabilitar a los pacientes que la padezcan (o NO).

Es indudable que en un diagnóstico bucal sólo puede ser eficaz cuando existan criterios, metodología de examen, fichas y códigos adecuados.

En la presente se plantean los diferentes índices para medir el grado de estado de higiene bucal, de enfermedades periodontales, así como códigos y criterios de dichos índices.

CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS PERIODONTALES UTILIZADOS EN ESTA INVESTIGACION

1.- SONDAS PERIODONTALES Y PINZAS MARCADORAS DE BOLSAS :

Para la localización y marcado de bolsas y determinación de su curso sobre la superficie dentaria individuales.

2.- EXPLORADORES PARA LA LOCALIZACION DE DEPOSITOS SOBRE LOS DIENTES.

3.- GKE para la eliminación de cálculos subgingival.

4.- ASADAS.- Para la eliminación de cálculos subgingivales y alisamiento de superficies radiculares.

5.- CURETAS: En forma de cuchara para la remoción de la superficie interna de la pared de la bolsa y la adherencia epitelial.

Instrumentos para la limpieza y pulido, tazas de goma, copillos de cerda, worta pulidores y tiras de papel para la limpieza y pulir la superficie dentaria.

PRINCIPIOS GENERALES PARA LA INSTRUMENTACION DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS EN LA CLINICA ARAGON.

- 1.- Máximo de Visibilidad.
- 2.- Accesibilidad.
- 3.- Iluminación.
- 4.- Comodidad del paciente y del operador.

VISIBILIDAD: fué importante para la localización y detección de tejido enfermo y cálculo, también empleamos la sensibilidad táctil y sutil, cuando se haya oculto el instrumento entre los tejidos.

ACCESIBILIDAD: Facilita la minuciosidad de la instrumentación y una mayor comodidad.

ILUMINACION: Se usa la directa y la indirecta.

Separación necesaria del campo operatorio que nos proporcionan los puntos anteriormente descritos y se usaran los dedos de la mano que trabaja y de la que no trabaja

el espejo o ambos., se setuvo el instrumento con seguridad y se estabiliza la mano para trabajar.

La posición del instrumento es realizada en tres formas: en lápícero, lápícero modificado, y presión palmar.

Los instrumentos utilizados tuvieron que estar bien afilados, para el tratamiento.

Se procedió con delicadeza y cuidado para evitar complicaciones post-operatorias. Se mantuvo el campo operatorio limpio con rallas de algodón e trozos de gasa, se pueden usar aspirador.

APLICACION DE LA FUCSINA BASICA

La solución reveladora tinta de fucsina básica al 10% se aplica sobre los dientes con una r torunda de algodón e rra ceado breve e diluido en agua como enjuagaterio.

Las tabletas de eritresina u otros colorantes se mastican y se desplazan por la boca alrededor de un minuto.

Las restauraciones dentales no toman la coloración, pero la muçosa bucal y los labios la retienen durante 1 a 2 horas.

Es útil cubrir los labios con vaselina antes de usar el colorante.

Este fué realizado con cada uno de los pacientes.

EL INDICE I H O S

1.- El índice I H O S Ha sido considerado como el método para evaluar el estado de higiene bucal de grupos de población.

Las siglas significan INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO.

El IHOS es útil en estudios epidemiológicos sobre parodontopatías y cálculo dental, así como en la determinación del estado de higiene bucal de un grupo de población.

2.- Dentro del índice se consideran principalmente dos aspectos éstos son: PLAGA DENTOBACTERIANA Y CALCULO DENTAL.

3.- Para que el índice sea usado como evaluador de las condiciones de higiene bucal de una población, deberá permitir la medición cuantitativa de los diferentes grados de higiene bucal y establecer criterios específicos para el diagnóstico cuantitativo. El índice no se lleva a cabo en dientes temporales.

Además el diente permanente, para ser examinado, debe de hacer oclusión con el antagonista sino no podrá tomarse en cuenta en el examen.

EL INDICE PARODONTAL

El índice parodontales está basado en señales visibles y clínicas de la enfermedad parodontal, en todas sus fases, para lo cual se requiere un mínimo de instrumental para su comprobación.

El examen se reduce a la formulación para cada diente de las siguientes preguntas:

- a) ¿ Existe Gingivitis ?
- b) ¿ Circunscribe al diente?
- c) ¿ Existe formación de bolsa?
- d) ¿ La función del diente está alterada?

Estos conceptos los describiremos brevemente a continuación:

a) La encía en condiciones normales es de color rosa coral presenta un aspecto granuloso que muchos clínicos llaman "aspecto de cáscara de naranja", es de textura y consistencia firmes está rígidamente adaptada al cuello de los dientes.

Algún cambio de color, aspecto y textura nos indica que existe gingivitis; esto es cuando se encuentra lisa y brillante de color rojizo y algunas veces sangra.

b) Si la inflamación está presente con los signos clínicos como los ya mencionados (encía lisa, brillante y de color rojizo) y se encuentra alrededor del cuello del diente, sobre la encía y no sólo situada en un sólo lugar del diente, diremos que la gingivitis circunscribe al diente. En algunos casos se encuentra cálculos.

c) A medida que el proceso destructivo avanza (la inflamación) llega a establecerse en el ligamento periodontal pudiendo existir formación de bolsas, que contiene exudado sanguíneo, resultando de ello la reabsorción del hueso alveolar. La existencia de bolsa se comprueba con una sonda periodontal con el explorador.

d) Algunas veces, a menos que el proceso sea interrumpido los dientes adquieren movilidad, debido a la pérdida - del tejido de soporte (hueso, ligamento parodontal) -- con tendencia a emigrar ocasionando alteraciones en la oclusión y pérdida de la función.

En éstos cuatro conceptos está basado el índice y basándonos en éstos elaboramos una ficha clínica así tenemos:

El llenar la ficha clínica es de vital importancia en un estudio epidemiológico en Odontología, ya que ahí van a quedar plasmados todos los hallazgos clínicos que posteriormente al ser analizados, van a darnos como resultado el grado de prevalencia e ausencia de la enfermedad (o enfermedades) bucales que deseamos cuantificar.

La ficha clínica es elaborada para éste estudio y consta de una hoja en la cual se encuentran todos los datos que son de importancia en un estudio epidemiológico. Se encuentran otros de mucha importancia para un estudio, como son: sexo, edad, fecha, comunidad a la que pertenece el paciente, ocupación, pero que por tener un código y criterios fueron abreviados, localizándose en la hoja, con las siglas o con palabras abreviadas. Las cuáles describiremos a continuación.

FICHA CLINICA

Para efectuar este estudio parodontal se ideó una fi--

cha, que como observaremos no tiene nada de parecido - con una historia clínica, pero éste es sólo, en lo físico, pues los datos, que se anotarán en ella son, en su mayoría, los que se ven en una historia clínica - odontológica.

LA EDAD.-

En la hoja impresa se encuentra la palabra edad y hacia abajo dos columnas con 10 rectángulos y en cada uno de ellos, números del "0 al 9", esto nos permite anotar, hacer una combinación de "0 0" - años de edad hasta "9, (9" años de edad

Así tenemos por ejemplo a un paciente de 24 años de edad, se marca en la primera, columna el 2 y en la siguiente columna el 4.

EL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

En la ficha clínica se observa el título I H O S que corresponde al índice de Higiene Oral Simplificado; debajo el título hay dos columnas horizontales de números. La columna superior (16, 11, 26, 36, 31, 46) corresponde a los dientes que se examinarán. Si el diente indicado para el examen no estuviese totalmente erupcionado o se encontrará restaurado con corona total o presentará en su superficie disminuida en tamaño debido a caries o traumatismo, se sustituye por otro diente o sea el 17, 21, 27, 37, 41, 47.

Inmediatamente hacia abajo se encuentra el título "0 PLACA

este es para anotar el grado de placa bacteriana encontrado en los dientes a examinar, o sea, el 1^o, 11, 21, 26, - etc. Pero para cada diente se encuentra un código (0, 1, 2, 3,) este significa lo siguiente:

- "0".- Ausencia de placa Bacteriana.
- "1".- Presencia de materia Alba cubriendo no más de 1/3 de la superficie
- "2".- Presencia de materia alba cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3. de la superficie examinada.
- "3".- Presencia de materia Alba cubriendo más de 2/3 de la superficie -- examinada.

Hacia abajo está el Título "CALCULO" con los mismos códigos (0, 1, 2, 3,) que corresponden a "PLACA" sólo que con los siguientes significados

- "0".- Ausencia de cálculo supra o subgingival.
- "1".- Presencia de cálculo supragingival cubriendo no, más de 1/3 de la superficie examinada.
- "2".- Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada, o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.
- "3".- Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, o presencia de cálculo

cula subgingival alrededor de la -
región cervical del diente.

Nuevamente en la FICHA CLINICA se encuentra el Título --
"SEXO" en sentido vertical. Un poco abajo se encuentran -
dos rectángulos en donde se pondrán las letras "M y F" --
(obviamente masculino y femenino).

En la parte superior de la ficha parodontal se encuentra
el título "INDICE PARODONTAL" abajo del título se observa
de izquierda a derecha unos títulos abreviados, que corres-
ponden a la secuencia de inspección de los dientes; es de-
cir, comenzando en el cuadrante superior derecho, (SUP DER)
luego el cuadrante superior izquierdo (SUP IZQ.) después-
el inferior derecho (INF. DER?), luego el inferior dere-
cho (INF. IZQ.)

En la ficha cada cuadrante está dividido por unas líneas-
verticales gruesas, y en cada uno de ellos se encuentran-
siete números que corresponden a cada diente según la na-
menclatura internacional de Odontología, siendo el 17 pa-
ra el segundo molar superior derecho, 16 para el primer m-
molar superior derecho, 15 para el segundo premolar, 14 p-
para el primer premolar, etc, hasta el número 11 que co-
rresponde al incisivo central. Se continúa con el número
21 para el incisivo central izquierdo superior, 22, 23 --
etc., hasta el 27 que corresponde al segundo molar supe-
rior iz-quierdo.

En la ficha se continúa con el 37 para el segundo molar in-
ferior izquierdo 36, 35, etc., hasta el 31, incisivo cen-
tral inferior izquierdo, se continúa con el 41 para el in-

incisivo central inferior derecho, luego el 42 para el ----
incisivo lateral, después el 43 canino inferior derecho -
etc., hasta terminar con el número 47 segundo molar infe-
rior derecho.

No se tomarán en cuenta los terceros molares de ninguna -
arcada.

Cada casilla contiene los números " 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,) -
este código es para cada uno de los dientes y significa -
los siguientes:

CODIGO	CRITERIO
"0"	<u>Negative.</u> - Ausencia de inflamación de los tejidos (Sano).
"1"	<u>Gingivitis leve.</u> - Presencia de inflamación de la encía libre.
"2"	<u>Gingivitis.</u> - La inflamación circunscribe al diente.
"3"	<u>Gingivitis con formación de B¹lsas.</u> - (Periodontitis). La inserción epitelial fué destruída y hay presencia de balsa.
"4"	<u>Destrucción avanzada con pérdida de la f</u> <u>función masticatoria.</u> El diente presenta movilidad, migración supuración por el - surco a presión digital, pérdida de la - función masticatoria, etc.
"5"	<u>Ausencia del diente.</u>

COMUNIDAD .-

En el extremo inferior derecho se encuentra el título COMUNIDAD este nos sirve para anotar el tipo de comunidad en donde vive el paciente en el momento de ser examinado, hacia abajo se encuentran unas letras, y su significado es:

"D" ./ Significa que la persona examinada pertenece al sector "Rural disperso" como rancharías, cabañas o casitas de campo que no se encuentran reunidas.

"C".- Personas que viven en el sector "Rural concentrado" como villas y poblados que son del tipo rural pero que no estén dispersos.

"UM".- Personas que viven en el sector "Urbano Marginado" o sea en zonas vecinas a una población.

"U".- Se refiere a personas que viven en el sector "Urbano".

"M".- Para personas que vivan en una "Metrópoli" (o zona Metropolitana)

OCUPACION.-

También tenemos el título "OCUPACION". Este es para anotar el tipo de trabajo que realiza el paciente por examinar. Además este renglón nos sirve para establecer tanto el nivel socio-económico del exami-

nado como para determinar si algún tipo de enfermedad bucal depende del tipo de ocupación (enfermedades ocupacionales).

Las letras significan lo siguiente, de arriba para abajo:

"P".- Para profesionales de cualquier área y técnicos relacionados con alguna profesión.

"A".- Para personas con cargos administrativos y gerenciales.

"O".- Para personas de oficina (eficiencia-
nistas, etc.

"C".- Para vendedores de cualquier tipo.

"S".- Para personas que presten cualquier tipo de servicio (taxistas, pastoreo, repartidores, meseros, belemos, etc.)

"G".- Para personas que se dedican a la agricultura, a la ganadería, pastoreo, madereros, cazadores, pescadores, etc.

"O".- Para productores de artesanías orfebrenía, etc.

"T".- Para transportistas y personas que se dedican a manejar vehículos ce-

me camiones, trailers, pala mecánica, etc

"L".- Para obreros de cualquier tipo.

"e".- Para cualquier persona que no tenga empleo u ocupación (amas de casa).

LA FECHA.-

Por último se encuentra el título "FECHA" y hacia abajo cada una de las letras significa cada uno de los meses. (E - Enero - F - Febrero, M - Marzo, etc.,) y los números del 75 al 82 o sea, los dos últimos dígitos de los años, en la que se marcará el año en que opera la ficha clínica.

FICHA CLINICA

INDICE PARADONTAL

	SUP. DER.					SUP. IZO.					INF. IZO.					INF. DER.											
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
8	<input type="checkbox"/>																										
9	<input type="checkbox"/>																										

ocupacion

SEXO

P M

U F

O A

C J

S J

G J

O A

I S

O O

FECHA

E N

F D

M 75

A 76

M 77

J 78

J 79

A 80

S 81

O 82

AÑO

edad

I	H	O	S
16 <input checked="" type="checkbox"/>	11 <input checked="" type="checkbox"/>	26 <input checked="" type="checkbox"/>	36 <input checked="" type="checkbox"/>
27 <input type="checkbox"/>	37 <input type="checkbox"/>	47 <input type="checkbox"/>	46 <input checked="" type="checkbox"/>
PLACA			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CALCULO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNIDAD

D

C

U

U

M

De acuerdo a nuestra Ficha Clínica ya descrita anteriormente se realizó la Estadística del Índice de Enfermedad Gingival y Periodontal de los pacientes que asistieron a la -- Clínica E.N.E.P. ARAGON.

Es decir de nuestra Ficha Clínica fueron obtenidos todos los datos para la elaboración de la Estadística.

Estos datos fueron agrupados por medio de tablas, para una mayor secuencia y comprensión de los mismos.

Obtenidos dichos datos se manifestaron por medio de gráficas, que son representativas de lo que se logró inferir.

Todo esto fué para realizarlo de la siguiente manera:

Primera para saber que edad había sido la más frecuente en la enfermedad gingival y periodontal de los pacientes examinados, así tenemos:

EDAD	FREC. NUMERO DE PACIENTES.
14 años	4
15 años	1
16 años	1
17 años.	5
18 años.	2
20 años	7
21 años.	15
22 años	5
23 años	12
24 años.	7
25 años	1
27 años-	2
28 años.	2
29 años.	2
30 años	6
32 años.	2
33 años	1
34 años	1
35 años	4
36 años	3
37 años	3
38 años	4

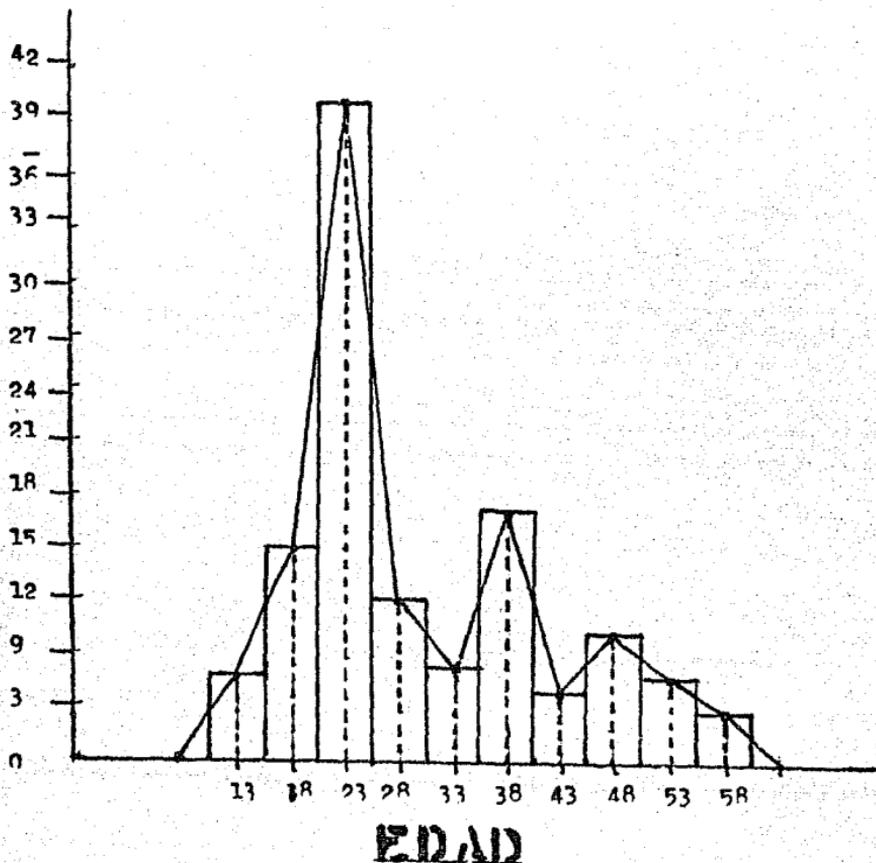
39 after	4
40 after	3
44 after	1
45 after	3
46 after	3
47 after	2
48 after	1
49 after	3
50 after	1
51 after	4
53 alone	2
58 after	3

Y para representar la gráfica se tomaron en cuenta edades en grupos de cinco en cinco y también se tuvo que sacar -- la marca de clase ó se a la edad promedio:

Por lo tanto tenemos que de:

EDAD	MARCA DE CLASE	Nº. DE PACIENTES FRECUENCIA.
11 a 15 años-	13 años.	5
16 a 20 años.	18 años	15
21 a 25 años	23 años	40
26 años a 30	28 años	12
31 a 35 años.	33 años.	8
36 a 40 años	38 años	17
41 a 45 años	43 años	4
46 a 50 años	48 años	10
51 a 55 años	53 años	6
56 a 60 años	58 años	3

GRAFICA DE EDAD EN LA QUE FUE MAS FRECUENTE
LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL.



Teniendo como resultado en la gráfica que en la edad de - 18 a 23 años fué la edad más frecuente en la enfermedad - Gingival y Parodontal.

Pero no pasa por desapercibido de que de los 30 a los 60 años existieron mucho más pacientes.

Dando como resultado el hecho de que los adultos padecen con más frecuencia las enfermedades parodontales.

También y mucho muy importante fué ver que diente o dientes eran los más dañados por la enfermedad gingival.

Los datos para la Estadística fueron tomados de la Ficha Clínica y tomando en cuenta si el diente en estudio tenía su antagonista y si no faltaban dientes en el cuadrante - contrario, así como el tipo de alimentos que ingería el - individuo, no faltando el saber que tipo de aseo bucal tenía el examinado.

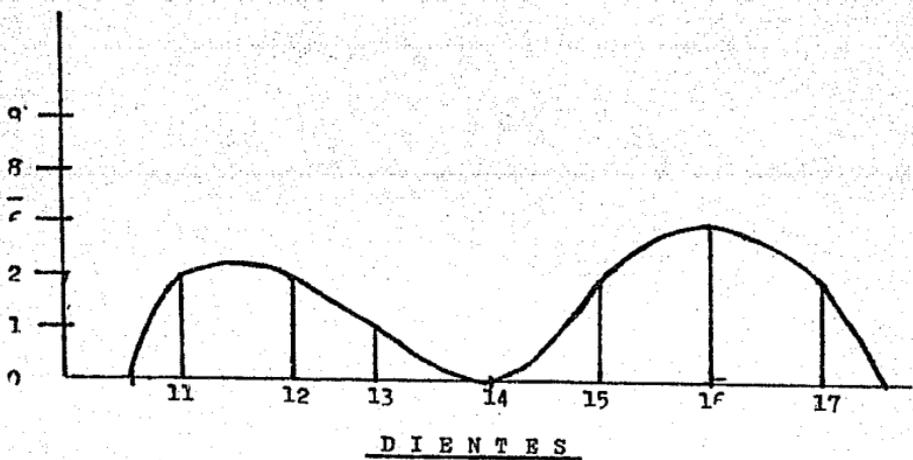
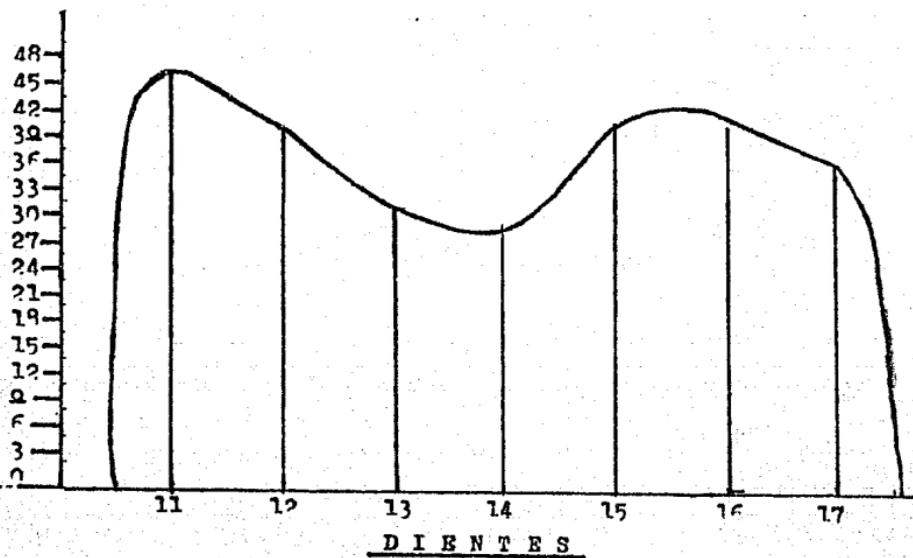
Y así manifestamos en nuestra tabla de datos el cuadrante en estudio (SUP DER, SUP IZQ, INF DER, INF IZQ) así como al diente el grado de gingivitis más frecuente y la totalidad o número más frecuente de individuos que manifestaron daño gingival en susodicho diente.

Así tenemos el primer cuadrante:

SUPERIOR DERECHO.

DIENTE	GRADO DE GINGIVITIS	FREC. # PACIENTES
INCISIVO C.	2	45
INCISIVO L.	2	40
CANINO	1	31
1o. PREMOLAR	0	29
2do. PREMOLAR	2	42
1 er. MOLAR	6	42
2 do. MOLAR	2	35

GRAFICAS DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO.



Así tenemos pues que los resultados de nuestras gráficas son:

En la primera se observa que el diente más frecuente en tener enfermedad gingival es el incisivo central, ya que le presenté un mayor número de pacientes.

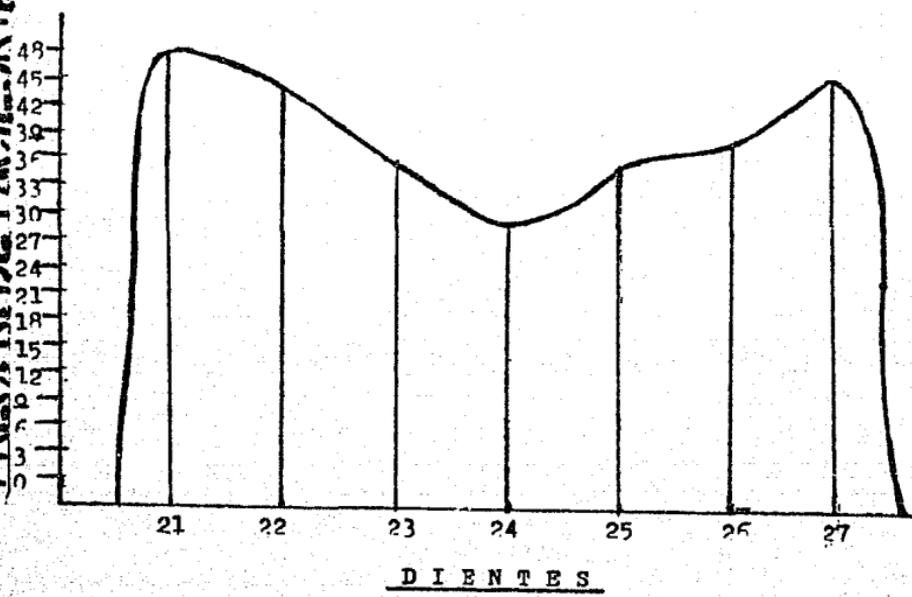
Y en la segunda gráfica se observa que el primer molar alcanzó el más alto grado de gingivitis.

Pasamos ahora al siguiente cuadrante.

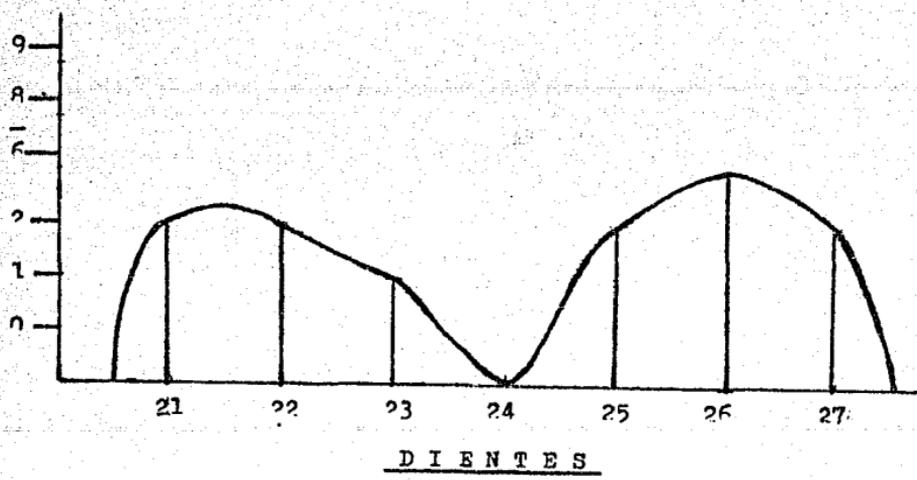
SUPERIOR IZQUIERDO.		
DIENTE	GRADO DE GINGIVITIS	FREC. # PACIENTES
INCISIVO C.	2	48
INCISIVO L.	2	44
CANINO	1	37
1er. PREM	2	29
2do. PREM.	2	37
1er. MOLAR	2	39
2do. MOLAR	2	47

GRAFICAS DEL CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO.

FREC. N. DE PACIENTES



FREC. N. DE PACIENTES



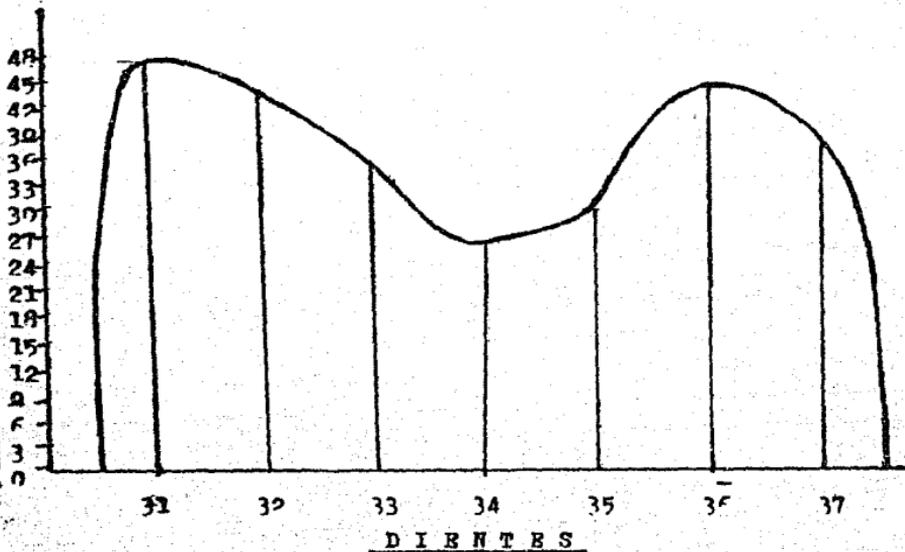
Nuestro segundo cuadrante superior presentó un grado de ---- gingivitis y un número de pacientes con enfermedad gingival, muy similar al primero.

Pero sin embargo se observa que hubo un mayor número de pacientes que incurrieron en el incisivo central superior izquierdo, y un menor número de pacientes en el primer molar.

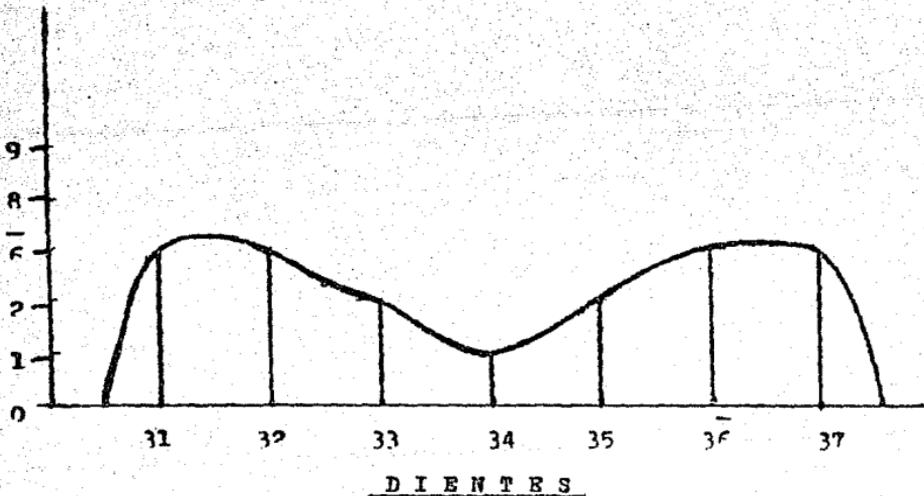
INFERIOR IZQUIERDO		
DIENTE	GRADO DE GINGIVITIS	FREC. # DE PACIENTES
INCISIVO C.	6	47
INCISIVO L.	6	45
CANINO	2	35
1er. PREMOLAR	1	27
2do. PREMOLAR	2	30
1er. MOLAR	6	44
2do. MOLAR	6	39

GRAFICAS DEL CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO.

FREC. N. DE PACIENTES



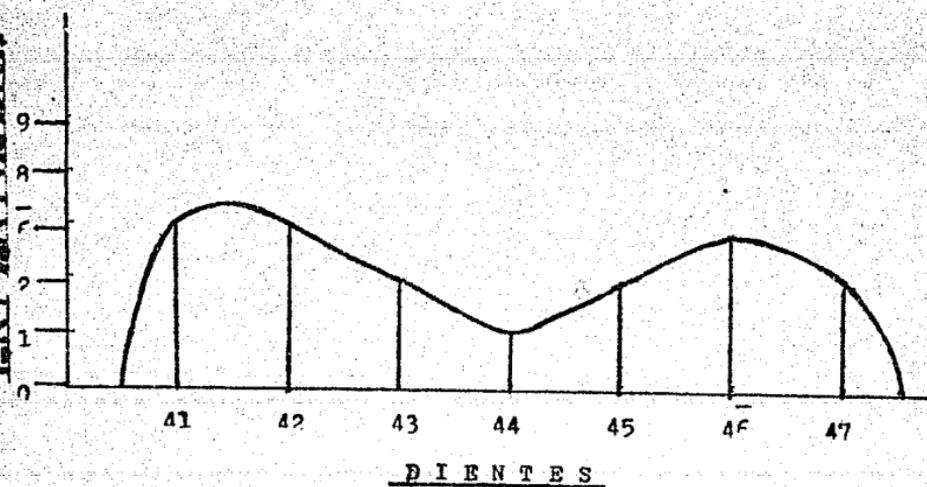
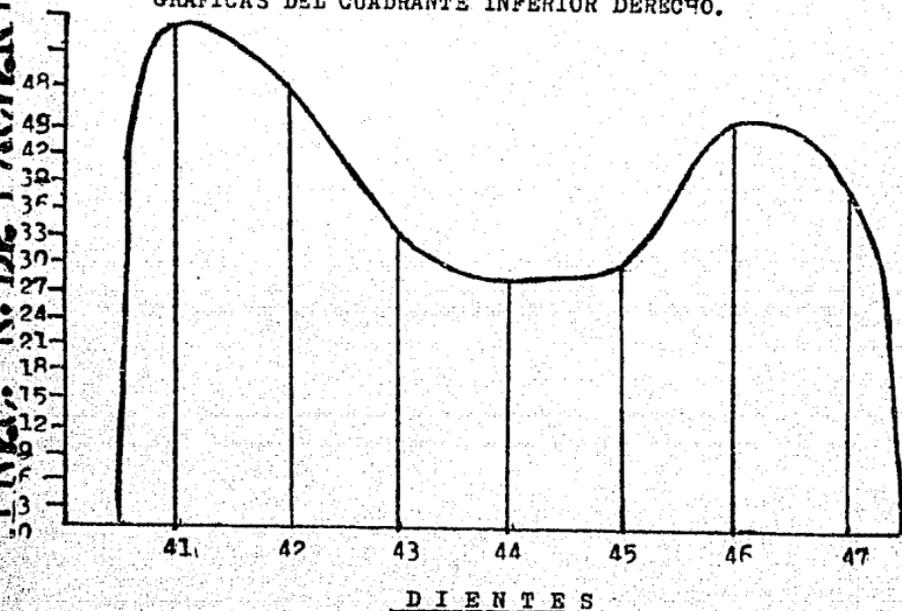
DIENTES



INFERIOR DERECHO.

DIENTE	GRADO DE GINGIVITIS	PRE. # DE PACIENTES
INCISIVO C.	- 6	53
INCISIVO L.	- 6	48
CANINO	2	33
1er. PREMOLAR.	1	29
2do. PREMOLAR.	2	30
1er. MOLAR	- 6	- 46
2do. MOLAR	2	39

GRAFICAS DEL CUADRANTE INFERIOR DERECHO.



En éstas gráficas del cuadrante inferior izquierdo tenemos - como resultado que los incisivos y molares tienen un grado de gingivitis y una frecuencia en número de pacientes muy - similar a los superiores y a diferencia de los cuadrantes superior el canino y el primer molar también alcanzaron una - mayor frecuencia en enfermedad gingival y parodontal.

INFERIOR DERECHO. -

Este cuadrante presentó pequeñas variantes comparado con el anterior, pero hay que recordar los hábitos y ocupación de cada paciente..

Tenemos que comparando todas las gráficas se observó que los incisivos inferiores tuvieron un mayor grado de gingivitis - así como los molares inferiores.

Pero también como dato que nos manifestaron la FICHA CLINICA se presentó una gran ausencia de los primeros molares inferiores y en menor proporción los superiores.

Teniendo por consecuencia que de este resultado es: 40% por la enfermedad gingival y el 60% restante es a causa de - problemas cariosos.

Así tenemos como consecuencia que el resultado del índice -- de Enfermedad Gingival y Parodontal realizado en la Clínica - E.N.E.P. ARAGON., está muy intimado con las ocupaciones y -- oficios. Así como las comunidades en que está relacionado - el paciente, ya que nuestra ficha Clínica nos dió como resultado una gran predominación del paciente con ocupación de -- OPICINISTAS y AMAS DE CASA.

Teniendo como consecuencia la falta de tiempo o de la simple negligencia hacia el aseo bucal, nos dió como resultado su-enfermedad paradental.

Y con respecto a la comunidad hubo un gran predominio en las personas que vivían en una zona URBANA y esto era resultado de falta de recursos económicos e ignorancia de la higiene bucal.

C.O.N.C.L.U.S.I.O.N.E.S.:

Año tras año se realizan campañas de prevención contra la caries dental, fabricantes de pastas y cepillos dentales, ponen sobre aviso a la población acerca de la importancia de mantener los dientes limpios como una medida para evitar la mayor incidencia de caries dental. Los departamentos de Odontología de los servicios coordinados de Salud Pública, en el interior de la República, con el mismo objetivo proceden a la fluoración de las aguas potables. Sin embargo, poco es lo que se ha hecho para prevenir las enfermedades periodontales mientras tanto, estudios realizados en otras naciones señalan que -- aproximadamente el 75% de la población adulta con más de 18 años es víctima de esa amenaza oral, que ocupa el segundo lugar en frecuencia, después de la caries dental.

La insistencia de esta Tesis sobre este tema tiene como finalidad despertar la atención de la clase odontológica sobre este asunto, con la finalidad de que a nivel de consultorio particular y clínica popular los dentistas puedan poner sobre -- aviso a sus pacientes acerca de este mal y la manera de combatirlos.

Comparando las estadísticas y observaciones clínicas, sobre las enfermedades periodontales realizadas en las más diversas comunidades se podrá ver que estas no presentan con diferencias muy marcadas entre una y otra comunidad ya sea Rural Dispersa, Rural Colectivo, Urbano Marginado y Sector Urbano, así como la Metrópoli, independientemente también de las zonas --

geográficas o grupos de población, en realidad alcanzan siempre un número enorme de personas, pero con mayor frecuencia los adultos, aunque actualmente, se ha encontrado una manifestación más ó menos clara durante los estudios de formación de los dientes.

No existe mucha uniformidad en la anotación y comunicación de esa molestia, casi todos los tipos incluidos en un grupo definido de manera bastante vaga bajo el título general de "Enfermedades Periodontales". Aparecen incidiosamente, comenzando sin señales precoces, dolor ó alteración facial, al contrario de la caries no invade al diente, pero si atacan los tejidos mayores y sus alrededores.

Después de haberse iniciado con firmeza, pasan a destruir paulatinamente las áreas proximales pudiendo resultar con eso la pérdida del diente sano.

Los estudios realizados en este campo han llegado a confirmar que las enfermedades periodontales causan una pérdida mayor de dientes que la caries dental,

No podemos llegar a una conclusión definitiva sobre las causas precisas que originan las enfermedades periodontales, se asegura que no son provocados por un sólo factor sea éste general ó local, externo e interno, pero sí serían los resultados de la confrontación entre varios posibles agentes de ataque y de resistencia ofrecida por los tejidos atacados del cuerpo humano.

Mientras que algunos factores que se pueden analizar son:

- a) Higiene Bucal Deficiente.
- b) Daños Mecánicos.
- c) Deficiencia del estado general de salud.

También dentro de nuestro estudio realizado en la presente - Tesis obtuvimos como conclusiones lo siguiente; con respecto al Plan de Tratamiento Parodontal:

La intensidad del ataque y el desvanecimiento de la defensa - son puntos de partida de las enfermedades que, no siendo tratadas poco a poco conduce hacia la destrucción progresiva de las estructuras periodontales hasta la pérdida de los dientes.

La profilaxis y el tratamiento de las enfermedades periodontales deben de consistir de una combinación de medidas destinadas a la eliminación y disminución de los factores patógenos y al fortalecimiento de la resistencia de los tejidos.

No puede existir recomendaciones ya establecidas en cuanto a las necesidades del tratamiento, una vez que la importancia-relativa de los diversos factores causales queda definida en cada caso particular. En términos generales por tanto, es posible diluir una estrategia de prevención y tratamiento acentuando unos puntos principales:

1.- EXAMENES PREVENTIVOS:

El inicio de las enfermedades periodontales no se caracte

riza por un marcado dolor agudo, desfiguración ó molestias se
veras. Más bien, se desarrolla lentamente y pasa por desaper
cibido para el paciente. En las etapas iniciales, esa amena
za oculta para la salud bucal solamente puede ser identifica-
da practicando un cuidadoso exámen de las manifestaciones clí-
nicas, tomando placas radiográficas que puedan detallar con -
precisión las alteraciones en la estructura ósea.

2.- REMOCIÓN DE LOS FACTORES IRRITANTES:

La eliminación de todos los factores irritantes locales -
constituye una importante medida de prevención y tratamiento.

Consiste en la completa remoción de placas con sarro, tanto -
en las superficies visibles del diente como de las que están-
ocultas por las gingivas y de un cuidadoso raspado del hueso -
y de las paredes con tejido mayor de la bolsa gingival. En -
casos más graves, en que es difícil alcanzar las partes más -
profundas de una bolsa, podría ser conveniente la intervención
quirúrgica para la remoción de los tejidos que no pueden tener
solución dado su avance de destrucción.

3.- RESTABLECIMIENTO DE LA MASTICACION CORRECTA:

El restablecimiento de las relaciones apropiadas entre --
los dientes superiores e inferiores y la redistribución de --
las fuerzas que actúan en la masticación entre los dientes afec
tados y los no afectados por la enfermedad, se puede efectuar-
de varias maneras: Uso de dentaduras parciales, punetes y --

otros aparatos especialmente contruidos para este efecto.

4.- AUMENTO DE RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES:

Existen diversos medios para aumentar la resistencia de los tejidos periodontales. El dentista podrá hacer recomendaciones individuales referentes a prácticas personales sistémicas de la higiene bucal, alimentación equilibrada y masaje de las gingivas; ó bien, recetar vitaminas, medicamentos ó el uso de ciertos métodos de terapia física oral.

5.- EL AUXILIO DEL MEDICO:

En cualquier caso donde pudiera existir sospecha de disturbios generales ó sistemáticos, se debe llevar a cabo un completo exámen físico, acompañado de las pruebas pertinentes de laboratorio. Además, conviene establecer un plan de Tratamiento en colaboración con el médico ó especialista en el campo relacionado con los disturbios.

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

Periodontología Clínica.

Dr. Irving Glickman.

Editorial Interamericana.

Goldman Schulger Fox Cohen.

Terapéutica Periodontal.

Bibliografía Omega.

Periodoncia Parodontología.

Dr. Rafael Lozano.

Editorial Interamericana.

Barrera Timoteo.

Apuntes de 6o. Semestre.

Facultad de Odontología 1965.

Held Arthur Jean y Chaput Andrée.

Los Parodontolisis Patología.

Clínica Terapéutica.

Editorial Mundi, S. A.

Buenos Aires 1964.

Medicina Estomatológica.

Dr. Cames de Aprile.

Periodoncia.

Dr. Goldman.

Schluger.

Editorial Interamericana.

Periodoncia de Orban.
Dr. Daniel A. Grant.
Dr. Irving B. Stern.
Dr. Frank G. Everett.

Miller S.C.
Tratado de Periodoncia II
Editorial Labor S. A.
Argentina, Buenos Aires,
Montevideo.

Goldman Henry M.
Periodontología Clínica.
Editorial Interamericana.

Overby Grant E.
Odontología Clínica de Norte América.
Tratamiento Periodontal.
Serie VIII VOL. 22,
Editorial Mundi Buenos Aires 1968.

Apuntes de Patología General
Dr. Alfonso Reyes Mota.
Profesor Titular (T.C.) de Patología.
F.N.M. U.N.A.M.

Apuntes de Parodoncia.
Dr. Alfonso E. Lara Torres.
Profesor Titular de Parodoncia.
E.N.E.P. ARAGON.