

10,276



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"**

**ENFERMEDADES GENERALES Y TRASTORNOS
HORMONALES QUE AFECTAN
AL PARODONTO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
MARTINEZ MARQUEZ BERTHA
MARTINEZ RAMOS RAQUEL

SAN JUAN IZTACALA, EDO. DE MEX.

1982



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.

ENFERMEDADES GENERALES Y TRASTORNOS HORMONALES
QUE AFECTAN AL PARODONTO

I N D I C E

	PAGS.
INTRODUCCION.....	1
I.- ANTECEDENTES.....	4
a).- Definición y Generalidades de Parodontopatías.....	5
b).- Definición y Generalidades de:.....	
Epilepsia.....	30
Anemia.....	35
Embarazo.....	40
Menopausia.....	44
Diabetes	45
Stress	54
II.- OBJETIVOS.....	56
III.- MATERIAL Y METODOS.....	58
a).- Métodos para seleccionar el material.....	59
b).- Metodología y análisis de datos.....	72
IV.- RESULTADOS Y DISCUSION.....	74
V.- CONCLUSIONES.....	103
VI.- SUGERENCIAS.....	104
BIBLIOGRAFIA.....	105

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

Para obtener un buen diagnóstico y tratamiento de enfermedades sistémicas la odontología no debe ser omitida, -
pués aunque el Cirujano Dentista sea un especialista de la
cavidad bucal, debe considerar al paciente como una enti -
dad biológica. Por lo que se deben de realizar análisis -
cuidadosos del estado general del paciente, antes de tra -
tar siquiera problemas de caries y dientes por reponer, -
que generalmente este pequeño esfuerzo es omitido por el -
Odontólogo común, cayendo en el riesgo de poner en peligro
la vida del paciente.

Tomando en cuenta que la cavidad bucal es un índice -
fiel del estado general de la salud del individuo, la ínti -
ma relación de ésta con el medio ambiente es muy sensible -
a las enfermedades y se encuentran expuestas a las lesio -
nes mecánicas, químicas y provocadas por microorganismos, -
rara vez o nunca sufridas por otras cavidades corporales.

En este trabajo se trata de establecer clínicamente -
las relaciones de las lesiones periodontales con padeci -
mientos generales. Tales como: Diabetes, Embarazo, Anemia,
Menopausia, Epilepsia y Stress Emocional. Este trabajo se
efectúa a través de la observación de pacientes y datos ob -
tenidos de historias clínicas.

Si bien el número de padecimientos generales que fue-

considerado, no es muy grande, nuestro objetivo no es el de, abarcar a todas las enfermedades que de alguna forma presenten manifestaciones bucales, ni tampoco, realizar un estudio detallado, de cada una de ellas; nuestro principal objetivo es el de hacer resaltar la necesidad prioritaria para un Odontólogo, de conocer la teoría médica y patológica del cuerpo humano, en relación con la periodoncia, temas que son de suma importancia en la práctica diaria de nuestra profesión por más modesta y general que esta sea.

Si bien el tratamiento de estas enfermedades no entra en el terreno del Cirujano Dentista, es indispensable conocer, las manifestaciones bucales de ellas para poderlas valorar, establecer un diagnóstico, hacer un plan de tratamiento y poder eventualmente remitir al paciente con un especialista.

Ya que la meta principal de todos los campos de la medicina en cualquier nivel, es la prevención de las enfermedades, debemos colaborar unos con otros ya sea como odontólogo de práctica general y/o como especialista.

Con la utilidad de los resultados obtenidos, se realiza un inventario completo de las alteraciones parodontales existentes en cada enfermedad general.

Los resultados se obtienen tomando en cuenta la clase de información que se busca, el número de personas que se

sometieron a examen y el tiempo y la cantidad que se utilizó con arreglo a las circunstancias y al lugar en que se hizo el estudio.

I.- ANTECEDENTES .

a).- Definición y generalidades de parodontopatías.

Las periodontopatías son todos los procesos patológicos que afectan al parodonto, que como ya sabemos comprende a todos los elementos de sosten del diente que son cemento, membrana periodontal, proceso alveolar y tejido gingival. - La afección puede limitarse a uno de los componentes del periodonto ó a veces a todos los tejidos de sosten del diente. La mayoría de las parodontopatías son afecciones locales, - pero, en ciertos casos, pueden ser manifestaciones de enfermedades generalizadas o lesiones de otros órganos, tales - como: Deficiencias nutricionales, Trastornos endocrinos, - ciertas anemias y discracias sanguíneas.

Clasificación General.

Las consideraciones etiológicas, aunque importantes - solo desempeñan un papel principal en la clasificación, - es la de dar datos sobre las alteraciones para que así sean útiles para las subdivisiones.

Los estudios de las causas constituyen una base adecuada para clasificar estos procesos toda vez en cada caso enparticular, pueden intervenir muchos factores etiológicos, - algunos de los cuales son a veces desconocidos.

Por otra parte, la exploración clínica tiene la precisión suficiente para servir de base a una clasificación so-

bre todo si se tienen en cuenta diversos procesos patológicos, pueden presentar rasgos clínicos muy semejantes. La clasificación más exacta de las periodontopatías es por lo tanto la que se basa en la patología. En este caso pueden distinguirse diferentes entre si por sus caracteres, su origen y su evolución.

A continuación se menciona una clasificación generalizada de las alteraciones parodontales. En la literatura Odontológica existen textos de parodoncia en donde se encuentran explicados ampliamente cada una de estas alteraciones.

Procesos Inflamatorios

Gingivitis, Parodontitis.

Cuando un irritante ataca ó afecta la integridad de los tejidos por una acción químico-infecciosa o física, se produce un proceso inflamatorio. Este tipo de reacción y reparación, interesa sobre todo al tejido conjuntivo no diferenciado y su sistema vascular, los tejidos conjuntivos, así como los tejidos parenquimatosos y los epitelios vecinos pueden sufrir también alteraciones secundarias.

Procesos Degenerativos

Periodontosis

Se aplica este término degenerativo, a los estados de procesos regresivos relacionados con una alteración metabó-

lica general o local. Estos estados se caracterizan por - las alteraciones estructurales que provocan la desaparición de determinados elementos del cuadro histológico ó a la aparición de sustancias extrañas ó la composición normal de - las células ó de los tejidos.

Procesos Neoplásicos

El periodonto es el asiento de neoplasias primarias, - que se desarrollan a expensas de sus distintos elementos - constitutivos, como por ejemplo: epitelio, tejido conjuntivo, vasos. También pueden observarse en el metástasis de - tumores localizados en otros órganos.

Estudios realizados sobre la anatomía patológica del - periodonto, de estos procesos manifiestan que estos tres tipos generales de procesos patológicos, pueden existir aisladamente, pero como ya sabemos se presentan en forma rara ó - sea, asociados entre sí.

GENERALIDADES DE LAS PARIODONTOPATIAS

Cuando el cirujano dentista no ha tenido el debido cuidado de eliminar el sarro da lugar a que se desarrollen enfermedades parodontales, es decir, parodontopatías, entre este tipo de enfermedades debemos citar la gingivitis necrosante ulcerosa, Gingivitis Estreptocoxica, Gingivitis Viral, Gingivitis Descamativa Crónica, este tipo de enfermedades - las podemos clasificar en: Agudas y Crónicas entre las Agudas encontramos la Gingivitis Necrosante Ulcerosa, Estreptocoxica y Viral.

Entre las Crónicas encontramos la Periodontitis y Gingivitis Descamativa Crónica.

En la Gingivitis existe inflamación de encía, pero sin que emigre la inserción epitelial.

La forma de Gingivitis Crónica es la que se presenta más comúnmente, la cual modifica el margen gingival, las papilas interdentes, su color es de un tono oscuro, el cual se propaga de la cima interdental a zona marginal, - - cuando existe inflamación es lo característico y desaparece el puntilleo, ya que existe destrucción de las fibras gingivales.

En la Gingivitis existe adherencia presentandose vasodilatación y extravasación de glóbulos blancos salida del plasma del exudado inflamatorio.

Cuando la papila ha crecido hacia la porción coronal sin existir destrucción de inserción epitelial puede dar lugar a una pseudobolsa.

Cuando persiste inflamación y llega a vasos periféricos y a cresta esta va a originar la resorción ósea debido a la alteración del Ph de la Zona inflamatoria.

La periodontitis.- Es una secuela de una Gingivitis Crónica.

La periodontitis marginal es el estado inflamatorio del periodonto marginal y va afectar encía, Cresta Alveolar y parte del periodonto.

En la encía se observa que ésta es blanda, esponjosa y sangrante con cierta retracción, cambia de coloración sobre todo en la Papila interdental, exudado purulento, márgenes desiguales, puede existir sarro Supra-gingival, el cual es mínimo y sarro infragingival el cual es abundante aún existiendo estos factores los dientes se encuentran firmes pero la adherencia epitelial a emigrado y la inflamación a aumentado por lo cual los vasos se encuentran agrandados y presionan la Cresta Alveolar, lo cual da lugar a Resorción cau

sada por el Ph del área inflamada que favorece la eliminación de las sales de calcio, de la trama del hueso y provoca que se eliminen los Osteoblastos y el Ligamento Periodontal existiendo solamente epitelio por lo cual nos da lugar a regeneración.

Cuando existe un estado Periodontal arriba del nivel de la inserción Epitelial es cuando se presenta una bolsa Supraosea pero cuando se rebasa la Cresta Apicalmente da lugar a una bolsa infraósea.

En la inflamación de Gingivitis Aguda es necesario mencionar el cambio de color pues esto nos marca la diferencia en algo de la Gingivitis Crónica en cuanto a su naturaleza y destrucción.

En la inflamación Aguda, la coloración se observa en el margen gingival puede existir color difuso o localizado según la gravedad de la inflamación aguda, microscópicamente se observa en un engrosamiento incisal en la inflamación aguda provocada por una Hiperemia así como el exudado Polimorfo Nuclear fluido inflamatorio que contiene fibrina.

La invasión del Epitelio Escamoso Estratificado por la inflamación destruye parte del epitelio formado y va a constituir una pseudomembrana superficial de un color gris esta pseudomembrana se forma de fibrina, leucocitos polimorfo nucleares y restos epiteliales, ya anteriormente habíamos dicho los tipos de Gingivitis Aguda como son: Gingivi -

tis Necrosanteulcerosa.

Gingivitis Viral

Gingivitis Gonococica.

Por lo tanto analizaremos en Primer Lugar la Gingivitis Necrosante Ulcerosa lo cual se conoce con el nombre de Gingivitis Vincent o Boca de Trinchera.

Gingivitis Ulcero Membranosa Aguda.

Gingivitis Marginal Fusoespiridal.

Estomatitis Fétida.

En la última década del siglo pasado Plau Vincent en contró que algunas enfermedades orales sobre todo las que se caracterizaban por los Nódulos Linfáticos los cuales estaban agrandados y fiebre, malestar y aumento de salivación, atribuyendole su origen al basilo Fusiforme y a la Spiroqueta.

En la primera mitad del siglo XX a este tipo de enfermedad se le denomina infección de Vincent.

La Gingivitis Necrosante Ulcerosa presenta el siguiente cuadro.

1.- Encías enrojecidas, pero sobre todo la parte papilar.

2.- Sensación de escosor (Hormigueo)

3.- Deseos de rechinar los dientes (bruxismo)

4.- Presencia de exceso de salivación.

Cuando existe este cuadro y persiste, la punta de la papila se necrosa y se va a formar una lesión en forma de tasa cubierta por una membrana grisácea la cual al ser quitada sangra y si esta es grande existe dolor al paciente también puede presentar una linfadenitis, además puede presentar malestar general, fiebre en algunas ocasiones, se caracteriza por tener un olor fétido el cual es debido a la materia de descomposición siendo la causa la Necrosis de la encía y la presencia de los microorganismos como son la Borrelia y el Bacilo Fusiforme los cuales producen sustancias como el (Sulfídrico SO_4).

La Borrelia y Bacilo Fusiforme se nutre de la materia de descomposición y la bolsa parodontal, a de tenerse en cuenta que estos microorganismos no producen la enfermedad sino que estas son producto de ésta.

Este tipo de enfermedad se desarrolla en jóvenes y adultos sobre todo en épocas de stress ya que la glándula suprarrenal va a producir más adrenalina y noradrenalina, las cuales son más conocidas como catecolaminas, estas sustancias son elaboradas por las neuronas altamente diferenciadas si observamos la encía nos vamos a dar cuenta que esta está irrigada por vasos periféricos de tal manera que cuando existe la presencia de las Catecolaminas estas van a ejercer su acción a nivel de la irrigación periférica de-

tal manera que si la Vasoconstricción efectuada en encía -
persiste, originara una necrosis.

Gingivitis Estreptocoxica

Para poder diagnosticarla hay necesidad de ayudarse -
por el análisis de cultivo.

Esta enfermedad es propia de la niñez sobre todo a la-
edad de 12 o 13 y tiene la particularidad de ser dolorosa y
contagiosa.

La encía se presenta enrojecida siendo la causa de -
Streptococo Hemolítico, la encía se agranda, ligeramente -
existe abundancia de salivación. Va a presentarse también-
adenitis y fiebre.

Gingivitis Herpética o Viral

Su cuadro es el siguiente:

Dolorosa

Contagiosa

Exceso de Salivación

Adenitis regional

Fiebre.

Esta enfermedad ataca principalmente a los niños y se-
registra en ambos sexos, también en personas adultas sobre-
todo el sexo femenino en épocas de menstruación.

En la cavidad oral se van a observar zonas eritematosas pequeñas y redondeadas, la zona en donde más se registra es en labios y carrillos y en el dorso de la lengua; este tipo de lesión da lugar a la formación de una ampolla la cual al romperse forma una úlcera cubierta con una membrana grisácea (a nivel epitelial).

Para estudiar la etiología, procuraremos describir las causas o factores que contribuyen a la enfermedad, en este caso, periodontal. Para obtener éxito en el diagnóstico de la enfermedad, el dentista debe mantenerse al corriente de los adelantos profesionales y debe ser capaz de valorarlos con sentido crítico; y también debe ampliar aquellas áreas de conocimiento que han quedado incompletas durante su aprendizaje de la profesión.

La única base de la cual puede avanzar con algún grado de seguridad es por el conocimiento de la biología de los tejidos que trata, y la etiología que ha producido esas alteraciones tisulares.

Los factores que influyen en la salud del periodonto se clasifican en sentido amplio: extrínsecos (locales) e intrínsecos (sistémicos). Las causas extrínsecas incluyen los factores inconscientes y funcionales, correspondientes a masticación, deglución y fonación. Las causas intrínsecas son importantes, pero aún con los estudios que se han realizado para comprobarlas no se ha llegado a demostrar si

las causas sistemicas son el factor etiológico principal.

FACTORES EXTRINSECOS (LOCALES).- Se considera como factor local, a aquel que actúa irritando directamente al diente y a sus tejidos de soporte.

Entre los factores locales, tenemos:

- 1.- Materia alba
- 2.- Materia bacteriana
- 3.- Depósitos calcáreos
- 4.- Impacto alimenticio
- 5.- Higiene inadecuada
- 6.- Cepillado defectuoso
- 7.- Respiración bucal
- 8.- Restauraciones mal ajustadas
- 9.- Hábitos perniciosos
- 10.- Oclusión traumática.

1.- MATERIA ALBA.- Se llama materia alba a la sustancia de color blanco que se forma a consecuencia de restos alimenticios y que se adhiere a la mucina que va a formar una malla sobre el diente. Generalmente se acumula sobre el tercio gingival de las coronas. Contiene células epiteliales, bacterias, hongos y con frecuencia sales de calcio. A estos depósitos de materia alba acompañaran finalmente una ligera inflamación gingival, si el paciente se descuida, las bacterias encuentran en esta placa, un medio ideal para su proliferación lo que redundará en un perjuicio para

el tejido periodontal. Desempeña así mismo un papel importante en el proceso carioso y con frecuencia se observa descalcificación del esmalte al quitar los depósitos de materia alba.

2.- PLACA BACTERIANA.- Se denomina así a una capa de proteína salival que se adhiere a una pequeña porción de la superficie del esmalte principalmente a aquellas que no están sujetas a autoclisis y a la cual se adhieren posteriormente los microorganismos de la flora bucal, Para que la placa bacteriana produzca una reacción en el parodonto estará sujeta a la resistencia del organismo, porque este reaccionará, ya sea formando anticuerpos o activando los fagocitos etc.

3.- DEPOSITOS CALCAREOS.- (sarro o tártaro dental).- Es uno de los principales factores de irritación gingival, y tiene un lugar preponderante en la producción de enfermedades parodontales. Es una masa en calcificación que se forma sobre la superficie dentaria adhiriéndose a los dientes. Tiene mayor frecuencia en los adultos, aunque se han dado casos en que los padescan los niños, como en el de los que padecen diabetes no controlada sin embargo en la vida adulta continuamente está en formación.

Según su posición con respecto al margen gingival, el sarro se clasifica en: Sarro supragingival o salival (visible), que se encuentra bordeando el margen gingival.

Sarro subgingival.- Es el que se encuentra adherido a la superficie del diente por debajo de la encía. La determinación de la situación y extensión de este tártaro, se hará por medio de un parodóntometro.

4.- IMPACTO ALIMENTICIO.- Esto para que pueda considerarse, dañino, debe hacer presión sobre el tejido parodontal, debido a la pérdida de un elemento anatómico del diente o a un contorno defectuoso del mismo, o sea que el impacto alimenticio guarde relación con la anatomía del diente, con la posición de los márgenes con los puntos de contacto interproximales y con los puntos de contacto con el diente-antagonista.

El empaquetamiento de comida inicia la enfermedad parodontal o agrava algún estado patológico pre-existente.

5.- HIGIENE INADECUADA.- La falta de uno o varios dientes trae como consecuencia una serie de cambios en el tejido parodontal, que se pueden llegar a un estado patológico. No siempre sucede así, pero siempre será conveniente restituir esas piezas faltantes por medio de prótesis. Nos vamos a encontrar una serie de complicaciones, la mayoría de ellas motivadas por migraciones o inclinaciones de los dientes con alteración de las áreas de contacto, por lo que aumentará la retención alimenticia, factor causal corriente de enfermedad parodontal.

6.- CEPILLADO DEFECTUOSO.- La irritación causal por un

cepillo defectuoso (horizontal o rotatorio), puede dar como resultado migración gingival y abrasión. El problema será mayor en las superficies labiales de los dientes y en la en cía se han llegado a observar hendiduras gingivales e infla mación generalizada.

7.- RESPIRACION BUCAL.- A pesar de que no esta muy de terminado el hecho que la respiración bucal actúa como factor local de irritación se dice que su acción patológica, - se debe a la deshidratación de la encía con perdida de la - resistencia del tejido y por lo tanto con pérdida de la acción protectora de la saliva y del equilibrio de la flora - bacterial.

8.- RESTAURACIONES MAL AJUSTADAS.- Las restauraciones defectuosas son muchas veces causa de inflamación gingival y de perdida ósea porque actuan constantemente sobre dichos tejidos, además de la irritación mecánica que producen, favorecen la acumulación de restos de comida y bacterias. En esas zonas vamos a encontrar bolsas, gingivitis y diversos grados de pérdida ósea y en general desarmonías funcionales, con lesiones en los tejidos periodontales circunvecinos, se deben tomar muy en cuenta todos los factores anatómicos de una pieza a reconstruir y su relación con los dientes proxi males y antagonistas, al nacer una restauración para evitar los problemas mayores y molestias innecesarias al paciente.

9.- HABITOS PERNICIOSOS.- Podemos mencionar un sin número de hábitos nocivos a la salud bucal como son: morder -

lápices, palillos de dientes, destapar botellas, succionarse el dedo, morderse los labios o mejillas, morderse las uñas, bruxismo, cortar el hilo con los dientes, presión contra los instrumentos musicales de viento, morder la pipa, mascar tabaco, métodos incorrectos del cepillado etc.

10.- OCLUSION TRAUMATICA.- El alineamiento irregular de los dientes, produce acumulación de restos alimenticios, lo que puede producir regresión gingival interferencia con las excursiones funcionales de la mandíbula, destrucción del ligamento parodontal, resorción de las superficies radiculares y de hueso. Tres de los signos más importantes del traumatismo oclusal son:

Regresión de la encía, movilidad y migración de los dientes.- Estos tres factores se verán alterados en mayor o menor grado de acuerdo con el problema que exista.

Entre las causas que producen el traumatismo oclusal tenemos restauraciones defectuosas, desgaste desigual, interferencias cuspideas, hábitos compulsivos y desarmonía en los movimientos de los maxilares inferiores en relación con el superior.

Debemos hacer notar que si no se hace reparación adecuada al problema se producirá destrucción del aparato de inserción o se podrá llegar hasta la pérdida de los dientes por lo tanto hay que eliminar al agente causal del problema

para que el tejido de reparación, de lugar a la nueva forma
ción de tejido sano.

FACTORES INTRINSECOS (SISTEMICOS).-

La totalidad del organismo participa en la genesis de-
la enfermedad periodontal. Aunque la enfermedad periodontal
puede tener origen intrinseco, el papel preciso de los fac-
tores intrinsecos en la producción de la enfermedad parodon-
tal es en gran medida cuestión de opiniones.

Sin duda alguna, la enfermedad parodontal es una expre
sión de la acción recíproca de factores extrinsecos e in-
trinsecos.

Las expresiones clínicas de las enfermedades son el -
producto de una agresión básica, física, química o microbia
na. La influencia de esta agresión exógena será modificada
por la resistencia del huésped.

Es factible que un conjunto de diferentes agresiones -
locales que actúan sobre un huésped con alteraciones míni -
mas en una cantidad de procesos metabólicos.

Hay cuatro grandes fuentes que proporcionan una infor-
mación concerniente a la disminución de la resistencia del-
huésped.

1).- HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

- 2).- EXAMEN
- 3).- PRUEBAS CLINICAS
- 4).- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

El interrogatorio minucioso del paciente, aporta información valiosa referente a su estado físico actual o proporciona claves para descubrir enfermedades no detectadas.- A veces la historia sugiere que haya una disminución de la resistencia del huésped, aunque no revele el factor biológico específico. Aún cuando haya cuestionarios médicos modelo, dan lugar a omisiones si se les utiliza rutinariamente. La entrevista no es un examen, en ella el paciente relata sus antecedentes y síntomas los cuales pueden no ser totalmente exactos, sin embargo la forma en que se expresa el paciente es importante.

DATOS IMPORTANTES DE LOS QUE CONSTA LA HISTORIA CLINICA

- a). Datos ordinarios o fichas de identificación.
- b). Antecedentes heredo-familiares
- c). Antecedentes personales
- d). Padecimiento actual
- e). Antecedentes médicos
- f). Antecedentes odontológicos
- g). Examen intrabucal que comprende:

La inspección de los tejidos blandos, los dientes, la oclusión y la articulación temporomandibular. Se tomarán -

radiografías seriadas de la boca, además son de utilidad mo delos de estudio puede probarse la vitalidad de los dien - tes.

Hay que anotar la fecha de examen, todos los datos se anotarán con cuidado, porque toman parte de la ficha general del paciente, y hay que guardarlos en forma sistematiza da para poder consultarlos con facilidad y no perderlos.

EXAMEN.

Para establecer el plan de tratamiento completo, es -- preciso hacer un examen minucioso, tal examen contiene los siguientes elementos: entrevista, exámen radiológico y examen bucal. La información obtenida se anotará en una ficha, la confección de esta ayuda a la elaboración de undiagnóstico y el plan de tratamiento, las apreciaciones se harán con mayor objetividad. Además del proceso patológico, el paciente desconoce otro peligro, la longevidad de la dentadura..- Puede que no sepa que tiene enfermedad parodontal ó puede - no estar motivado hacia su tratamiento. Es cuando recae - sobre el profesionalista educar al paciente y orientar su motivación.

ENTREVISTA

- a). Inspección visual
- b). Palpación
- c). Percusión.

PRUEBAS CLINICAS METODOS DE LABORATORIO.

Los exámenes de laboratorio utilizados en forma adecuada brindan información esencial para un diagnóstico, en estomatología. Es indispensable el conocimiento de las pruebas de laboratorio más usualmente empleadas y de mayor importancia para el cirujano dentista.

Se recurre a los exámenes de laboratorio para completar los datos, que nos proporciona el examen físico y el interrogatorio.

El Cirujano Dentista, debe saber interpretar los resultados de las pruebas y comunicarse con el médico especialista en esta práctica, y así se completara su diagnóstico en el campo de la Odontología. A continuación enumeramos algunas de las pruebas de laboratorio más importante.

1.- Biopsia.

Es el estudio histológico del tejido de una lesión bucal para llegar a un diagnóstico definitivo.

2.- Frotis.

Generalmente en la clínica odontológica se utilizan -- los frotis de células y exudados de mucosa bucal.

3.- Estudios de Frotis Teñidos.

Muchos laboratorios utilizan este tipo de frotis para estudiar la formula blanca y la morfología de los eritrocitos, en un frotis de sangre preparado en el momento de recoger la sangre.

4.- Cultivos bacterianos.

Estas técnicas tienen poco valor; pero en algunos casos específicos están indicadas.

En caso de lesiones supuradas alrededor de la cavidad bucal se obtiene el material por aspiración de las lesiones, nos dan la naturaleza del fenómeno infeccioso. Muchas veces los cultivos de pus aspirado no muestran crecimiento de ningún tipo y en estos casos es importante remitir un frotis al laboratorio.

5.- Prueba de la sensibilidad a los antibióticos.

Dosificación de los Antibióticos (pruebas).

El laboratorio puede ser requerido para determinar: la cantidad de antibióticos en el líquido orgánico extraída de un paciente que ha sido sometido a terapia anti infecciosa. Las manipulaciones efectuadas para este tipo de investigaciones son dosificación de antibióticos.

La sensibilidad para uno o varios germenés a ciertos antibióticos se buscan en el laboratorio y así dar la terapéutica adecuada y se trata de una prueba de sensibilidad.

6.- Biometría

Comprende.-

Recuento del número total de glóbulos rojos

Recuento del número total de glóbulos blancos

Fórmula leucocitaria

Medición de Hemoglobina

Estudio de Frotis Teñido

El número total de glóbulos rojos en un adulto van de 45.5 millones por milímetro cúbico de sangre.

El número en adulto normal de globulos blancos es de 5,000 a 10,000 leucocitos por milímetro cúbico de sangre circulante.

La medición de la concentración de hemoglobina es expresada en gramos por 100 miligramos de sangre esta es para conocer el estado de masa normal de globulos rojos y la cantidad portadora de oxígeno que contiene.

En el hombre adulto la concentración de hemoglobina son de 13 a 16 grs/ml. de sangre. En la mujer adulta se encuentran valores poco menores de 12 a 14 grs/ml. de sangre. En el niño los valores varían de 17 a 20 grs/ml. Para recién nacido hasta mínimo de 12 grs. Durante el primer año se observa aumento hasta los 10 años.

7.- Tiempo de Coagulación.

Normalmente va de 10 a 25 minutos.- Este tiempo se pro

longa por la deficiencia de algunos estados de la coagulación.

8.- Tiempo de Protrombina.

Este consiste en medir el tiempo necesario para que aparezca el coágulo en un plasma citratado u oxalatado.

Es un estudio preliminar para la valoración de anomalías en la coagulación.

Examen Radiográfico.

La Roentgenografía es esencialmente la fotografía mediante el uso de rayos Roentgen para activar la emulsión de la placa.

Este rayo es generado por un aparato de rayos X. Se manifiesta la tendencia de los tejidos corporales para filtrar los rayos por ello se tienen órganos radiopacos. (dientes y hueso) y radiolúcidos (tejidos Blandos).

Hay diferentes tipos y tamaños de radiografías intrabucales.

El examen radiográfico constituye un buen complemento del diagnóstico bucal. El estudio sistémico implica la obtención de 14 radiografías intrabucales y 2 o 3 de aleta de mordida.

Antes de exponer al paciente a las radiaciones debe preguntarsele si no esta contraindicado su uso. Se deben

tomar medidas de precaución si la paciente está embarazada-
o si ha sido expuesta a radiaciones por cáncer o por una en-
fermedad infecciosa.

DIAGNOSTICO.-

Las observaciones documentadas en las fichas de historia clínica, permiten al clínico hacer el diagnóstico. Aunque la fase diagnóstica sea corta, representa la información recogida de observaciones detalladas y sistémicas. Se planea el tratamiento y se proyecta el pronóstico a partir de la observación y del diagnóstico.

Es preciso establecer el diagnóstico de la afección del paciente, además hay que precisar las características clínicas del proceso patológico. Hay que enumerar los hallazgos salientes que conducen a ese diagnóstico. Además hay que resumir los factores etiológicos primarios y contribuyentes. Se razona a partir de las causas hacia el tratamiento, todo ello sobre una base biológica. Cuando la etiología es desconocida hemos de tratar sobre una base sintomática.

PRONOSTICO.-

Es la apreciación de la evolución de la enfermedad y la predicción de la respuesta al tratamiento. La precisión del pronóstico depende de lo exacta y completa que sea la información recogida durante el examen.

El pronóstico depende de la capacidad que posea el Cirujano Dentista para reconocer y eliminar o regular los factores que producen la enfermedad, de su capacidad para corregir todo daño que pueda ser generado la enfermedad y de-

la capacidad y determinación del paciente para mantener la salud del estado general del paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO.-

El plan de tratamiento es un programa organizado de procedimientos para eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y restablecer la salud. Un plan de tratamiento se basa en los hallazgos del examen, en el diagnóstico, en la etiología presuntiva de la enfermedad y en el pronóstico. Se requiere el esfuerzo planeado y mancomunado del paciente y del profesional; y con excepción de casos de enfermedad paradontal incipiente, es preciso establecer, el número de meses del tratamiento.

El tratamiento debe ser un programa ordenado y limitado a las medidas directas necesarias para conseguir el resultado, Dentro del plan de tratamiento se proyectará un programa de mantenimiento del estado de salud, sin que ocurra mayores avances de la enfermedad durante un tiempo razonable. Ello depende por supuesto, del estado actual del paciente y de los objetivos del tratamiento.

El plan de tratamiento se determina sobre la base de las necesidades del paciente y los hallazgos del examen inicial.

b).- Definición y generalidades.

Son muchas las enfermedades generales que afectan el - periodonto y entre las más importantes podemos mencionar a - las provocadas por carencias nutricionales, diabetes, enfer - medades de las glándulas endocrinas, y órganos de reproduc - ción, enfermedades del aparato cardiovascular, los produci - dos por la administración de ciertos farmacos, que pueden - provocar transtornos morfológicos en el periodonto y las en - fermedades debidas a factores locales que son complicadas o - agravadas por un padecimiento general.

Finalmente encontramos que hay relación entre los fac - tores psicosomáticos y las manifestaciones periodontales.

Trataremos de presentar las diversas influencias sis - temicas que son factores etiológicos potenciales en la ini - ciación y progreso de la enfermedad del parodonto. Pero - siempre hay que recordar que la suceptibilidad a la enfer - medad depende de la reacción de la constitución individual, - caracteriscas que son adquiridas por medio de la herencia, - otras congenitas y otras que se relacionan con el Medio am - biente en que viven.

EPILEPSIA

Padecimiento crónico que se caracteriza por crisis - convulsivas recurrentes. Caracterizandose por síntomas mo - tores, sensitivos, sensoriales, autonómicos, vegetativos y -

psíquicas pudiendo acompañarse a menudo de alteraciones de la conciencia.

El término epilepsia implica ya en si convulsiones o-- sacudidas musculares con cierta cronicidad y su tendencia - repetitiva, por lo cual debe aclararse que no siempre la - epilepsia se acompaña de crisis convulsivas y más que una- entidad nosológica específica es un síndrome de ciertas en- fermedades que repercuten sobre el sistema nervioso central unos atacando en forma transitoria y otros dejandolas como secuelas caracterizandose por la variedad de los síntomas - y por la discontinuidad del intervalo de las convulsiones - que pueden variar en minutos, horas, semanas, meses o en va- rios años.

Etiología:

Factores:

- 1.- Genéticos y de nacimiento.
- 2.- Padecimientos infecciosos.
- 3.- Padecimientos tóxicos.
- 4.- Traumatismos o Agentes Físicos.
- 5.- Trastornos circulatorios
- 6.- Trastornos metabólicos y nutricionales
- 7.- Neoplasmas.
- 8.- Enfermedades Heredofamiliares y degenerativas.
- 9.- Causas psicógenas.
- 10.- Causas desconocidas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas son síntomas y signos que podrán informar los mismos pacientes o algún familiar que haya presentado los ataques.

Crisis generalizadas desde el principio.

Algunos autores nos mencionan que la mayoría de los pacientes presentan aura, pero en realidad es el inicio de su ataque epiléptico. Esta guarda relación directa con el foco de la lesión por lo que dicha aura es extremadamente variada, va desde miedo, molestias epigástricas que se trasmiten a la faringe, olor y sabor desagradables, alucinaciones visuales y/o auditivas y sensaciones extrañas en las extremidades. El paciente generalmente sin ninguna advertencia pierde la conciencia y cae al suelo toda la musculatura, experimenta un espasmo violento a veces con un grito epiléptico debido a la contracción del diafragma y el espasmo laríngeo. Su rostro se deforma, palidece súbitamente, las papilas se dilatan, las conjuntivas son sensibles al tacto, los globos oculares tiran hacia arriba o a los lados, la cabeza puede ser rechazada hacia atrás o bien volverse violentamente hacia un lado, los músculos abdominales y torácicos se hallan rígidos, en ocasiones pueden orinarse y estar apnéicos. Episodios de insuficiencia respiratoria ocasionando asnea y cianosis; está asociada a una fase clónica (ésta es forzada) y el paciente tiene respiración estertorosa si-

el episodio termina en contracción; en combinación con la estimulación de las parótidas se presenta hipersecreción salival esto hace que el paciente saque espuma por la boca - también se presentan desviaciones de comisuras labiales, mordedura de la lengua y labios. Los movimientos clónicos - gradualmente se hacen menos frecuentes y menos intensos, si termina en relajación el paciente hace un ruido característico (como una expresión de descanso). Finalmente cesan - dejando comatoso y flácido, que puede durar estas horas y el paciente recobra lentamente la conciencia, a menudo con síntomas de confusión, fatiga, dolor de cabeza y adormecimiento de alguna parte del cuerpo

FARMACOLOGIA DE ANTICONVULSIVOS

Desde un punto de vista químico los diversos medicamentos utilizados en la epilepsia pueden reunirse en los siguientes grupos:

Barbituricos

Fenobarbital (Luminal)
 Mefobarbital (Meberal).
 Metarbital (Gemonil)
 Primidona (Mysoline)

Hidantoínas

Feniletihidantoína (Nirvanol)
 Mefenitoína (mesantonin)
 Difenihihidantoína (Dilantin)

Oxazolidonas

Trimetadiona (tridione)

Parametadiona (Paradione)

Succinimidas

Fensuximidina (Milontin)

Metosuximida (Celontin)

Etosuximida (Zarontin)

Anticonvulsivos Diversos

Fenacina (Phenurone)

Bromuros

Diacepam (Alepsal)

Carbamacepina (tegretol)

Valproato de Mg (Atemperator)

HIPERPLASIA EN EL TRATAMIENTO CON DIFENIL
HIDANTOINA.

La administración de difenilhidantoína sódica en el tratamiento de Epilepsia, puede ir seguida de agrandamiento hiperplásico e inflamatorio de la encía, tal agrandamiento tiende a desaparecer cuando se interrumpe la administración de la droga. No todos los pacientes que toman difenilhidantoína presentan hiperplasia gingival. Los investigadores han registrado grandes diferencias en la frecuencia de hiperplasia en pacientes epilépticos tratados con difenilhidantoína. La magnitud y la localización de la tendencia a la hiperplasia varían considerablemente. La hiperplasia es más pronunciada en los dientes anteriores 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 influyen en la cantidad y localización del agrandamiento. Entre uno y uno y medio más el paciente bajo esta medicación presentan signos típicos de hiperplasia.

Por lo común, la administración de difenilhidantonina agranda las papilas, y afecta menos el margen gingival, o no lo afecta. Casi siempre hay signos de inflamación.

A N E M I A

Muchas y muy variadas son las enfermedades de la sangre como son las anemias, policitemias, leucopenia, púrpura y hemofilia que afectan los tejidos blandos y duros de la cavidad oral.

Las manifestaciones bucales son muy variadas, pueden afectar el color de los tejidos o una hipertrofia gingival y originar infecciones o ser causantes de hemorragias y pérdidas de sangre, también afectan el hueso medulado de los maxilares.

ANEMIAS:

La anemia se define como un estado morboso caracterizado por la disminución anormal de la hemoglobina circulante acompañada por la disminución del número de hematíes.

Son muy numerosos los tipos de anemias, daremos una -- clasificación basada en los factores etiológicos:

1.- Anemia causada por pérdida de sangre: Aguda y Crónica.

La primera es causada por pérdida de sangre en un breve espacio de tiempo, como rotura de un vaso sanguíneo o - extracciones múltiples.

La segunda originada por pérdidas de sangre menos copiosas.

2.- Destrucción aumentada o excesiva de los hematíes:

- Anemia de células fasiciformes, eritroblastosis fetal.
- Anemias hemolíticas infecciosas.
- Anemias hemolíticas químicas.
- Anemias originadas por transfusiones de sangre incompatible.
- Anemia asociada al linfoma, lupus diseminado y otras enfermedades.

3.- Producción disminuida o alterada de hematíes.

a).- Debida a la deficiencia de una o varias sustancias indispensables para la eritropoyesis.- Deficiencia de vitamina B 12, ácido fólico otros miembros del complejo B - ácido ascórbico deficiencia de hierro y deficiencia de proteínas.

b).- Debida a otras causas.- Anemia aplásica primaria,

anemia aplástica secundaria, por productos químicos y medicamentos, enfermedades del riñón, insuficiencias endócrinas enfermedades que sustituyen a la médula ósea.

Manifestaciones Clínicas de la anemia:

Los signos y síntomas específicos de los enfermos anémicos son muy parecidos en cualquier clase de anemia, los signos bucales más apreciables son: palidez de mucosa y encías. La encía tiene color rosa pálido en general los tejidos bucales son palidos, la lengua también puede ser palida o tener un color rojo encendido, el paladar algunas veces tiene color amarillo limón.

Glositis: La lengua presenta con frecuencia síntomas de ardor, sensibilidad o dolor. Además pueden observarse si se examina con cuidado signos de atrofia de las papilas y en los casos crónicos se aprecia una lisura o calvicie.

Estomatitis angular.- Aunque no es frecuente que la anemia se acompañe de inflamación, fisuras, ulceraciones o costras en los ángulos de la boca, su presencia, hacen que se practiquen exámenes de laboratorio para diagnosticar la existencia de la anemia.

Estomatitis infecciosa.- Pueden presentarse signos de infección bucal no específicos, como erosiones o úlceras superficiales, también infecciones moniliacicas.

Las anemias también pueden producir ictericia, debido-

a la hiperbilirrubinemia por destrucción de eritrocitos, es tas se perciben mejor en la esclerótica aunque también en paladar blando y piso de la boca. En ciertas anemias hemolíticas puede haber esplenomegalia, pero este signo es inconstante.

ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS Y ORGANOS DE REPRODUCCION EN RELACION CON LA CAVIDAD ORAL.

Sistema Endocrino.- Las secreciones de las glándulas endocrinas se llaman hormonas. Por su amplia distribución estas hormonas ejercen un importante papel de coordinación y regulación sobre el desarrollo, el metabolismo y desarrollo de las células.

Las glándulas endocrinas son de sumo interés por el Cirujano Dentista, por su intervención en la calcificación de los huesos y dientes, crecimiento de la cara y desarrollo dental. Los trastornos endocrinos pueden intervenir en ciertas variedades de estomatitis y de enfermedades periodontales.

Se consideran dentro del sistema endocrino las siguientes glándulas:

- 1.- Ovarios
- 2.- Hipófisis
- 3.- Tiroides
- 4.- Paratiroides
- 5.- Timo
- 6.- Páncreas
- 7.- Suprarrenales
- 8.- Testículos.

Algunos hechos parecen indicar que la parótida también

posee una secreción interna.

Ovarios.- Los ovarios producen óvulos y las hormonas conocidas como estrógeno y progesterona. Estas hormonas regulan el desarrollo de las mamas, útero, vagina y la aparición de caracteres sexuales secundarios. También se relacionan con los cambios que presentan estos órganos durante el ciclo menstrual y el embarazo.

Las hormonas estrogénicas ejercen un efecto notable sobre la mucosa vaginal, y un efecto menos sobre la mucosa bucal. De ordinario la mayor producción de estrógenos se observa durante la pubertad, inmediatamente antes de las menstruaciones y durante el embarazo.

EMBARAZO.- En promedio el embarazo dura 275 días. Se divide en tres períodos de casi tres meses. El síndrome más notable en el primer trimestre en la sensación de la menstruación. En casi el 50% de todos los embarazos, se presentan vómitos o náuseas, muchas veces desde el primer mes. Otros síntomas comunes son la pigmentación de los pezones y sensación de hormigueo con crecimiento de las mamas.

En el segundo trimestre, es más notable la distensión abdominal, y en general desaparecen las náuseas y los vómitos que pudiesen haberse presentado en un principio. Durante el tercer trimestre, se notan aún mejor el crecimiento de las mamas y del abdomen. Los movimientos fetales, y los ruidos cardíacos del feto.

El parto suele anunciarse por contracciones uterinas - periódicas dolorosas, cuya frecuencia e intensidad van en aumento hasta que se presentan cada dos o tres minutos y du ran aproximadamente un minuto.

MANIFESTACIONES BUCALES.- Caries; la única causa posible de aumento de la caries dentales durante el embarazo - son los cambios del ambiente externo del diente. Deben tomarse en cuenta factores ambientales locales, como Ph. de la saliva, alteración de la flora microbiana bucal, y los posibles efectos de los vómitos.

Gingivitis e hipertrofia gingival.- Las alteraciones de las encías son más frecuentes en las mujeres embarazadas con higiene bucal defectuosa.

La gingivitis del embarazo suele aparecer en el segundo trimestre. Los cambios hipertróficos afectan en particular las papilas interdentes. Se caracterizan por un color especial frambuesa en las encías marginales y por tendencia al sangrado. El dolor es muy ligero, incluso en las lesiones avanzadas, o hipersensibilidades bucales en pacientes con trastornos ginecológicos o después de la menopausia. - Disminuye la cubierta queratinizada de los tejidos. Estas pacientes pueden presentar síntomas similares a los descritos al hablar de gingivitis descamativa. Las encías son muy rojas, dolorosas y sangran con facilidad. Son comunes las placas amarillo grisáceas de forma irregular en las en-

cias alveolares y la mucosa bucal. En ocasiones las pla --
cas se acompañan de erosiones superficiales y dolorosas, -
con bordes rojizos.

MENSTRUACION.- La menstruación se inicia en momento de la pubertad, que varía según características clínicas y raciales. Se suspende durante el embarazo, la lactancia, las enfermedades agotadoras, y termina con la menopausia que -
suele sobrevenir entre los 40 y 50 años.

La ovulación tiene lugar de 10 a 14 días, antes de la menstruación. Esta última se presenta a intervalos de tres o cuatro semanas y dura en general de tres a cinco días. Durante la menstruación se expulsa mucosa uterina esfacelada, moco, fragmentos de endometrio y sangre.

Manifestaciones bucales.- Los cambios bucales comunes que pueden acompañar la menstruación son:

1.- Hiperemia, dolor, hinchamiento y hemorragia a nivel de encías marginales y papilas hiperdentarias, notables sobre todo en la superficie labial.

2.- Herpes labial o lesiones aftosas de la boca:

3.- Hiperemia de los tejidos periodontales o de la pul
pa dental.

4.- Hemorragia prolongada en ocasión de intervenciones quirúrgicas sobre los dientes.

5.- Hinchamiento de las glándulas salivales;

6.- Ulceras recurrentes de la mucosa acompañadas a veces de imágenes sanguíneas de agranulocitosis.

Los tumores del embarazo.- Consisten en zonas localizadas de hipertrofia gingival, que suelen aparecer cerca de las papilas interdentarias u otras zonas de irritación. Histológicamente, pueden considerarse como granulomas piógenos. Su color varía de rojo púrpura a azul profundo, según la irrigación de la lesión, el grado de extasis venosa y el tamaño del pedículo.

TRATAMIENTO.- Los casos leves de hipertrofia gingival durante el embarazo suelen responder a un tratamiento conservador, observando una buena higiene bucal.

En caso de existir ulceras se deben extirpar quirúrgicamente estas zonas. Para ello, conviene la anestesia local y el cauterio eléctrico que ayuda a reducir el sangrado.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO.- La atención odontológica requerida, incluyendo las extirpaciones, puede perfectamente suministrarse durante el embarazo, salvo opinión contraria del gineco-obstetra. El feto debe protegerse contra los rayos X, en especial durante los pri-

meros tres meses.

Las restauraciones amplias o las maniobras que cansan a las pacientes, no se recomiendan en los últimos meses del embarazo. Se deberán evitar dentro de lo posible, los estímulos dolorosos.

MENOPAUSIA.- La menopausia se inicia después del último ciclo menstrual, de la extirpación quirúrgica de los ovarios, o a consecuencia de irradiación de los ovarios. La menopausia natural suele presentarse entre los 40 y 55 años de edad.

Probablemente el signo más notable y constantemente es la amenorrea o suspensión de la menstruación. Pueden observarse grados variables de inestabilidad emocional, con agitación, irritabilidad, crisis de llanto o períodos prolongados de depresión.

Se producen cambios atróficos en útero, vagina genitales.

Manifestaciones bucales.- No es raro que la paciente mencione sensaciones de ardor en los tejidos bucales, en especial la lengua, con atrofia de papilas linguales y a su vez una variedad descamativa de gingivitis. Por la persistencia de estos síntomas y también por su escasa respuesta a los tratamientos habituales, la paciente menopaúsica puede desarrollar cancerofobia.

DIABETES MELLITUS O SACARINA

Es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por la deficiencia en el metabolismo de los carbohidratos y por los disturbios en el metabolismo de las proteínas y de los líquidos.

Aunque la diabetes se manifiesta clínicamente por alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, la lesión primaria es probablemente una angiopatía capilar de etiología desconocida que termina afectando al páncreas y a otros órganos.

La glucosa y los ácidos grasos libres son las fuentes primarias de energía del cuerpo; en la diabetes mellitus está perturbada gravemente el metabolismo de los carbohidratos simultáneamente la síntesis de ácidos grasos. Por lo tanto el diabetico tiene que fiar el metabolismo de los lípidos para obtener sus necesidades energéticas, que van a ocasionar la producción de cantidades excesivas de acetil Co. A y cuerpos cetónicos (ac. acetoacético, ac. beta hidroxibutírico y acetona); la consecuencia es acetosis y acidosis y para neutralizar y eliminar los ácidos orgánicos se pierde potasio y sodio. Parte del acetil Co. A acumulado se desvía provocando síntesis excesiva de colesterol. Por lo tanto la hipercolesterolemia es un síntoma manifiesto -- de diabetes sacarina, la cual se asocia con la grave consecuencia acetosis y para neutralizar y eliminar los ácidos orgánicos se pierden potasio y sodio.

Parte del acetyl Co. A acumulado se desvía provocando síntesis excesiva de colesterol por lo tanto la hipercolesterolemia es un signo manifiesto de diabetes sacarina, la cual se asocia con la grave consecuencia de artero esclerosis acelerada.

Procesos anabólicos, como, la síntesis de glucogeno, proteínas y triglicéridos están disminuidos, mientras que se catabolizan proteínas y glucógeno para gluconeogénesis como fuente de energía. El trastorno de metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas finalmente afectan todas las glándulas endocrinas; principalmente hipofisis anterior y suprarrenales.

La hormona de crecimiento es necesaria para movilizar los triglicéridos almacenados, pero desafortunadamente, los ácidos grasos liberados actúan como inhibidores de la insulina.

Los trastornos metabólicos suelen poderse controlar con el empleo de insulina o hipoglucemiantes orales.

Esta enfermedad hereditaria debe de distinguirse muy bien de la diabetes pancreática adquirida y de la diabetes insípida; la primera aparece casi siempre que se extirpa quirúrgicamente (pancreactomía), o se destruye por enfermedad parte importante del páncreas y sus islotes (pancreatitis aguda).

En la mayoría de los enfermos diabéticos el proceso -- se debe a factores genéticos y hereditarios, más que a una enfermedad pancreática.

La forma hereditaria de diabetes sacarina, es con mucho más frecuente.

Clínicamente se observa hiperglucemia y glucosuria, el paciente típico presenta síntomas más importantes como pérdida de peso, poliuria, polidipsia y polifagia.

Una amenaza mayor a la vida del diabético es el aumento de susceptibilidad para la enfermedad vascular generalizada, principalmente aterosclerosis y trastornos de pequeños vasos (microangiopatías).

La aterosclerosis sigue un curso acelerado incluso - en la gente más joven de manera que en un plazo de 10 a 15 años muchas veces están tan avanzados que provoca lesiones isquémicas en varios órganos principalmente en cabeza, cerebro y riñones.

TIPO DE DIABETES MELLITUS

Existen dos formas de diabetes mellitus:

1.- El tipo juvenil, con un comienzo antes de los 20 años de edad.

2).- El de tipo adulto, cuyo comienzo, suele ser a par

tir de la edad de 30 años.

La diabetes en recién nacidos es rara.

En los niños y adolescentes con diabetes siempre hay un hipo insulínismo. Más a menudo la enfermedad se manifiesta de forma más leve e insidiosa, en cuyo caso es probablemente debida a antagonistas de la insulina.

MANIFESTACIONES BUCALES.

La importancia de las manifestaciones clínicas dependen de los hábitos generales de higiene del paciente, de la duración de la enfermedad, quizás de su gravedad y de los factores predisponentes.

ENFERMEDAD PARODONTAL

Las encías en pacientes diabéticos no controlados, tienen un color rojo intenso, son edematosas y a veces están algo hipertrofiadas y existe supuración dolorosa de los bordes gingivales y de papilas interdentarias; puede haber abscesos parodontales o alveolodentarios recidivantes con reabsorción ósea, hay sangrado gingival.

Este estado se caracteriza por la pérdida de los bordes gingivales, el margen es irregular en las áreas que hay oclusión traumática, existen polipos de base sesil y pediculares.

La gingivitis está acompañada por destrucción ósea excesiva la que tiene relación bien definida con el total de la cara oclusa. Esta gingivitis es indolora.

Los pacientes con diabetes juvenil presentan destrucción ósea mucho mayor, que es notable a causa de su edad.

Es aparente que el grado de pérdida de inserción epitelial del hueso alveolar, se encuentren con atrofia marginal y vertical.

RELACION DE LA DIABETES CON LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

Es importante conocer el papel de la diabetes en la etiología de la enfermedad parodontal. Por lo tanto se tomaran en cuenta los siguientes puntos:

- Las características de la enfermedad parodontal en el diabético, exige su clasificación como una entidad específica.

- No se ha demostrado que la diabetes da lugar al comienzo de la enfermedad parodontal, ni a la producción de los cambios gingivales específico.

- En ocasiones se observa en la diabetes tendencia a perdida de hueso alveolar, sin que haya enfermedad parodontal, puede haber existido la enfermedad parodontal antes de la aparición de la diabetes.

- Puede haber otros trastornos sistemicos asociados con la enfermedad parodontal y no solo la diabetes.

- La diabetes puede influir en la velocidad de la perdida de hueso alveolar.

CAMBIOS PATOLOGICOS DEL PARODONTO EN LA DIABETES MELLITUS.

Estos cambios patológicos del parodonto son los siguientes:

- 1).- Encía frágil.
- 2).- Sangrado gingival.
- 3).- Color violáceo de la encía.
- 4).- Formación de bolsas.
- 5).- Movimiento dental
- 6).- Atrofia Alveolar
- 7).- Engrosamiento del ligamento parodontal
- 8).- Dolor a la percusión dental.
- 9).- Mayor pérdida de dientes.
- 10).- Formación de cálculos.
- 11).- Pérdida del puntilleo de la encía.

Es aparente que el grado de pérdida de inserción epitelial, de hueso alveolar y movilidad dental es mayor en diabéticos que en no diabéticos.

La importancia de las manifestaciones clínicas, depende de los hábitos generales de la higiene de los pacientes, de la duración y control de la diabetes, quizá de su gravedad y de los factores predisponentes locales.

Los cambios de encía y de mucosa bucal en la diabetes no controlada, se parece mucho a las lesiones que se observan en casos de deficiencia de complejo B. Es probable que los cambios de la mucosa bucal obedezcan a una deficiencia de complejo B, debido al estado diabético. La diabetes dis

minuye la actividad de la vitamina C en la alimentación y -
aumenta las necesidades de vitamina B y ambos fenómenos -
afectan los tejidos de sosten del diente.

- Las encías del diabético no controlado suelen mostrar un color rojo oscuro violáceo; los tejidos son edematosos, a veces algo hipertroficados; y las masas proliferantes de te
jido de granulación originadas en el surco gingival, descriti
tas inicialmente por Hirschfeld, son relativamente raras.

Es típico encontrar en el diabético no controlado, una supuración dolorosa generalizada de las encías marginales y de las papilas interdentes, así mismo gingivorragia. Los dientes están libres de caries y separados de la encía, y -
por tanto, existe movilidad dentaria, se acompaña de producci
ón rápida de cálculos, los tejidos subgingivales constituye
n factores locales que favorecen la necrosis rápida de -
los tejidos parodontales. Además presentan poca resistencia a la infección, por la susceptibilidad aumentada a las enfer
medades dentales y la producción de abscesos de todos -
los tejidos y localizaciones (recurrentes, parodontales, -
etc.), en poco tiempo puede existir una gran pérdida de teji
do de sostén, principalmente tejido óseo, que conduce a -
parodontosis. Se observa también pericementitis aguda.

Pueden encontrarse ulceraciones en la mucosa bucal; -
otros signos, además de los observados en el parodonto, son los que se observan en la lengua, el paciente se queja de -
sequedad y ardor; y se puede observar hipertrofia e hipere-

mia de las papilas fungiformes; los músculos de la lengua -
suelen ser flácidos y es común observar depresiones en los-
bordes del órgano, a nivel de los puntos de contacto con -
los dientes; así mismo, alteraciones en la sensación del -
gusto.

STRESS.

Los factores psicológicos tienen importancia para comprender las molestias bucales y dentales.

La conducta humana es el resultado de sistemas de impulsos o motivaciones, como el sexo, la agresión o la dependencia, y el aparato mental que encauza, dirige y controla estos impulsos, pero a veces puede servir para inhibir esta satisfacción. Esto sucede cuando los impulsos chocan con sistemas de valores interiorizados o con la adaptación del ambiente. Estos conflictos psicológicos originan angustia.

Un stress psicológico es un proceso en una persona o en un ambiente, que requiere una respuesta de su aparato mental. Así pone en peligro temporalmente el equilibrio psicológico y crea la posibilidad de un conflicto psíquico. Esto puede iniciar una serie de acontecimientos que van desde la angustia, a través del empleo de mecanismos mentales, a la producción de síntomas o al fracaso de la adaptación.

El stress psicológico se ha dividido en tres categorías:

1.- Pérdida real o amenazante de una persona, objeto valioso o función corporal.

2.- La probabilidad real o amenazante de dolor o de mutilación.

3.- La frustración de impulsos básicos.

El stress psicológico puede originar trastornos psiquiátricos manifestados por perturbaciones del pensamiento-sentimientos, conducta, relaciones sociales y procesos somáticos.

La manera como el individuo lucha con la angustia determina el tipo de neurosis que se produce (fóbica, obsesiva-compulsiva), depresiva, de conversión, etc. La angustia es una emoción compleja que se manifiesta por sentimientos subjetivos y alteraciones fisiológicas. Estas últimas consisten en modificaciones de la frecuencia del pulso y de la respiración, sudoración, náuseas, diarrea, polaquiuria, parestesias, síntomas de opresión torácica y sequedad de la boca. Así el miedo y la depresión disminuyen la secreción salival y modifican su composición química, pudiendo desempeñar un papel en la producción de caries. Los factores emocionales que actúan a través del sistema nervioso autónomo afectan al tono vasomotor y así a la patogenia de la enfermedad periodontal.

II.- OBJETIVOS.

II.- OBJETIVOS.

El objetivo principal de este estudio, es encontrar - las relaciones existentes entre enfermedad sistémica, factores locales y signos clínicos de la alteración parodontal y poder demostrar si el estado clínico es causante de la alteración periodontal ó si es coadyuvante, o el factor local - es causante de esta.

Al estudiar cada uno de los casos clínicos se observa- ron los porcentajes de presencia o ausencia de los factores locales y signos clínicos de la alteración periodontal, pa- ra demostrar en que estado clínico se presentaron con mayor o menor porcentaje, estos parámetros, mostrando así mismo - las diferencias estadísticas significativas para cada caso- clínico. Señalando así la la importancia de cada uno de - ellos en particular y relacionados entre sí.

Con este estudio tratamos de hacer notar el interés - que tanto el médico cirujano como el cirujano dentista, de- ben tener al tratar a un paciente haciendo estudios detallados para llegar a un buen diagnóstico, que muchas veces - erramos y encontrar a su vez un tratamiento favorable.

III.- MATERIAL Y METODOS

a).- Métodos para seleccionar el material.

Para la obtención de los datos, elaboramos fichas personales que constan de datos como los siguientes:

I.- Datos Personales:

- a) Nombre
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Domicilio
- e) Ocupación.

II.- Datos Generales:

Antecedentes heredo-familiares, enfermedad actual y datos que tuvieran importancia para el trabajo.

III.- Examen Bucal:

- a) Caries.
- b) Placa bacteriana.- No se especifico la cantidad,
- c) Por no poder llevar la técnica de tinción, ya que los pacientes que se observaron fueron de consulta externa.

En el examen parodontal se observó la presencia de:

- c) Sarro: supragingival o infragingival.
- d) Gingivitis: se observó sin especificar el ti-

po de ella, pero si especificando en que región se encuentra localizada ó generalizada.- Para señalar el grado se le puso leve, moderado y severo.

e) Movilidad dental: especificando el grado de ella.

f) Bolsa parodontal, Absceso parodontal y absorción ósea (esta última no fué posible hacerla radiograficamente)

Se anotaron si hubo presencia de ellas.

A continuación se muestra el tipo de ficha personal que se utilizaron.

FICHA PERSONAL

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____
 DOMICILIO _____ OCUPACION _____

DATOS GENERALES

EXAMEN BUCAL

CARIES 1o. 2o. 3o. 4o.

PARODONTO

PLACA BACTERIANA

EXISTENTE SI NO

SARRO SUPRAGINGIVAL INFRAGINGIVAL

GINGIVITIS LOCALIZADA GENERALIZADA

LEVE

MODERADA

SEVERA

MOVILIDAD DENTARIA 1er. gdo. 2do. gdo. 3er. gdo

BOLSA PARODONTAL SI NO

ABSCESO PARODONTAL SI NO ABSORCION OSEA SI NO

Los datos se obtuvieron al examinar clínicamente a pacientes en diferentes clínicas de Salubridad e ISSSTE como:
Clínica de Neuropsiquiatría de Tlatelolco. (ISSSTE)
Clínica de Especialidades Odontológicas "HONORATO ACOSTA" -
(ISSSTE)
Hospital Infantil Zona Peralvillo.
Centro de Salud "Soledad Orozco de Avila Camacho" (S.S.A.)
Centro de Salud "Dr. Luis E. Ruiz (S.S.A.)
Clínica Odontológica "Cuauhtepac"

En estas clínicas observamos a pacientes en consulta - externa únicamente.

A otros pacientes los observamos en clínicas dentales - particulares.

Los datos concernientes a archivo los obtuvimos en - las historias clínicas de la Clínica Odontológica Cuauhtepac donde se obtuvieron al azar.

Presentamos dos tipos de datos:

1.- Los datos de personas observadas clínicamente y -- los datos de archivo clínico, que representan los estados - clínicos a observar.

2.- Datos de personas sanas que representan el tipo - de control. Estos pacientes fueron observados también al - azar.

Los casos clínicos observados son: Epilepsia, Menopausia, Embarazo, Diabetes no controlada y controlada, stress y anemia para cada caso clínicos se observaron 20 personas de ambos sexos y de diferentes edades.

Las condiciones ambientales generalmente, es media, media baja y baja.

En el caso del grupo de personas que representan el grupo control se les hizo el mismo examen clínico, variando igualmente la edad y el sexo; las condiciones ambientales son media baja.

Los datos obtenidos se concentraron en cuadros que elaboramos, para poder tener una relación de cada uno de los estados clínicos y su grupo control.

En cada estado clínico, se puso un grupo control para ver las diferencias clínicas que se encontraban en la cavidad bucal. En el caso de diabetes se revisaron a dos tipos de pacientes: Diabetes no controlada y Diabetes controlada, y un grupo control.

En el caso de menopausia, no se puso grupo control, pues el estado menopausico seria el mismo en el grupo control de la misma edad en promedio.

Los parametros se dividieron en dos grupos:

a) Factores locales tales como:

Caries, sarro y placa bacteriana.

b) Signos clínicos de la alteración parodontal, en este parametro, no se especifica en particular a una gingivitis dada (gingivitis herpética, gingivitis - ulceronecrosante, etc.), sino hablamos de presencia de gingivitis, tomando a esta por sus signos característicos, como son inflamación, sangrado fácil, - coloración aframbuezado y dolor.

Los otros signos clínicos de la alteración parodontal - son: movilidad dentaria, bolsa parodontal y absorción ósea.

Para el caso de epilepsia se observó presencia o ausencia de hiperplasia gingival y gingivitis.

INSTRUMENTAL UTILIZADO

Espejo, pinzas de curación, escabador, explorador y - abatelenguas.

MATERIAL

Cubre bocas, bata blanca y fichas personales.

ANEMIA

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	torro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción dte
1	F	13	+	+	+	+	+	+	+	+
2	F	3	+	+	+	-	-	-	-	-
3	F	3	+	+	+	-	-	-	-	-
4	M	3	-	-	+	+	+	+	-	-
5	M	32	+	+	+	-	-	-	-	-
6	M	12	+	+	+	-	-	-	-	-
7	M	21	+	+	+	+	-	-	-	-
8	F	26	+	+	-	-	-	-	-	-
9	F	12	+	+	+	-	-	-	-	-
10	M	16	+	+	+	-	-	-	-	-
11	M	6	+	+	+	-	-	-	-	-
12	F	12	-	-	+	-	-	-	-	-
13	F	13	+	+	+	+	+	+	-	-
14	M	8	+	+	+	+	+	-	-	-
15	F	4	+	+	+	-	-	-	-	-
16	F	24	+	+	+	+	-	-	-	-
17	F	15	+	+	+	-	-	-	-	-
18	F	7	+	+	+	-	-	-	-	-
19	M	9	+	+	+	-	-	-	-	-
20	F	12	+	+	+	-	-	-	-	-

NO ANEMIA

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	torro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción dte
1	F	13	+	+	+	-	-	-	-	-
2	M	2	-	-	+	-	-	-	-	-
3	F	5	+	+	+	-	-	-	-	-
4	M	12	-	-	-	-	-	-	-	-
5	M	24	-	-	-	-	-	-	-	-
6	M	15	+	+	+	+	-	-	-	-
7	F	7	+	+	+	+	-	-	-	-
8	M	15	+	+	+	+	+	+	-	-
9	F	32	+	+	+	+	+	+	+	+
10	F	6	+	-	+	-	-	-	-	-
11	F	8	+	+	+	-	-	-	-	-
12	M	3	+	-	+	-	-	-	-	-
13	F	13	-	-	-	-	-	-	-	-
14	M	26	+	+	+	+	+	-	-	-
15	F	9	+	+	+	-	-	-	-	-
16	M	7	+	+	+	-	-	-	-	-
17	F	25	-	-	+	-	-	-	-	-
18	F	12	+	+	+	+	-	-	-	-
19	M	26	-	+	+	+	+	-	-	-
20	F	21	-	-	+	-	-	-	-	-

MENOPAUSIA

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	F	46	+	+	+	+	-	-	-	-
2	F	52	+	+	+	+	-	-	-	-
3	F	47	+	-	-	-	-	-	-	-
4	F	45	+	+	+	-	-	-	-	-
5	F	43	-	-	+	-	-	-	-	-
6	F	52	+	-	-	-	-	-	-	-
7	F	50	+	-	-	-	-	-	-	-
8	F	41	+	+	+	+	-	-	-	-
9	F	51	+	+	+	+	+	-	-	-
10	F	46	+	-	-	-	-	-	-	-
11	F	45	-	-	+	-	-	-	-	-
12	F	51	+	+	+	+	+	-	-	-
13	F	43	+	+	+	-	-	-	-	-
14	F	46	+	+	+	-	-	-	-	-
15	F	49	+	-	+	+	-	-	-	-
16	F	52	+	+	+	+	+	+	-	-
17	F	50	-	-	+	+	-	-	-	-
18	F	50	+	-	-	-	-	-	-	-
19	F	47	+	+	+	+	-	-	-	-
20	F	46	+	+	-	-	-	-	-	-

NO DIABETICOS

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	F	32	+	+	+	+	-	-	-	-
2	F	28	+	+	+	+	+	-	-	-
3	M	26	+	+	+	-	-	-	-	-
4	M	24	-	-	-	-	-	-	-	-
5	M	25	+	+	+	+	-	-	-	-
6	M	43	+	+	+	-	-	-	-	+
7	M	28	-	-	+	+	+	-	-	-
8	F	30	+	+	-	+	-	-	-	-
9	F	40	+	+	+	+	+	-	-	+
10	M	40	+	+	+	-	+	-	-	-
11	M	50	+	+	+	+	-	-	-	-
12	M	60	+	+	+	+	-	+	-	+
13	M	64	+	+	+	+	+	+	-	-
14	M	40	+	+	+	-	+	-	-	-
15	M	42	-	-	+	-	-	-	-	-
16	M	33	-	-	-	-	-	-	-	-
17	M	20	+	+	-	+	-	-	-	-
18	F	28	-	-	-	-	-	-	-	-
19	F	31	+	-	+	-	-	-	-	-
20	M	45	+	+	+	+	-	-	-	-

STRESS EMOCIONAL

67

no	sexo	edad	Placa bact	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	F.	24	+	+	+	+	-	-	-	-
2	"	23	+	+	+	-	-	-	-	-
3	M	22	+	+	+	+	+	-	-	-
4	"	20	+	+	+	+	-	-	-	-
5	F.	20	+	++	+	+	+	+	+	+
6	F.	25	+	+	+	+	+	+	-	-
7	F.	22	+	+	+	-	-	-	-	-
8	M	22	+	+	+	+	-	-	-	-
9	M	22	+	+	+	+	-	-	-	-
10	F.	20	-	+	+	-	-	-	-	-
11	M	17	+	+	+	+	+	+	-	+
12	M	26	+	+	+	-	-	-	-	-
13	M	21	+	+	+	-	-	-	-	-
14	F.	22	+	+	+	+	-	-	-	-
15	F.	22	+	+	+	+	-	-	-	-
16	F.	18	+	+	+	+	+	+	+	+
17	M	23	+	+	+	-	-	-	-	-
18	F.	21	+	+	+	-	-	-	-	-
19	M	21	+	+	+	-	-	-	-	-
20	F.	25	+	+	+	+	+	-	-	-

NO STRESS EMOCIONAL

no	sexo	edad	Placa bact	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	M	17	-	+	+	+	+	-	-	-
2	F.	26	+	+	-	-	-	-	-	-
3	M	22	+	-	+	-	-	-	-	-
4	M	24	+	+	+	+	+	-	-	-
5	F.	25	-	+	-	-	-	-	-	-
6	M	26	+	-	+	-	-	-	-	-
7	M	25	+	+	+	+	-	-	-	-
8	F.	21	+	+	+	+	+	+	+	+
9	M	20	+	+	+	-	-	-	-	-
10	F.	23	+	+	+	+	-	-	-	-
11	F.	21	+	-	-	-	-	-	-	-
12	F.	27	-	+	+	+	+	-	-	-
13	M	24	-	-	-	-	-	-	-	-
14	F.	26	+	-	+	-	-	-	-	-
15	M	32	-	-	+	+	-	-	-	-
16	F.	19	-	+	+	+	-	+	-	-
17	F.	25	+	+	+	+	-	-	-	-
18	M	28	-	-	-	-	-	-	-	-
19	M	26	-	-	-	-	-	-	-	-
20	M	24	+	+	+	+	+	-	-	-

EMBARAZO

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	F	26	+	+	+	+	-	-	-	-
2	F	20	+	+	+	+	-	-	-	-
3	F	27	+	+	+	+	-	-	-	-
4	F	30	+	+	+	+	-	-	-	-
5	F	27	-	+	+	+	+	+	+	+
6	F	22	+	+	+	+	-	-	-	-
7	F	25	+	+	+	-	-	-	-	-
8	F	21	-	+	-	+	-	-	-	-
9	F	18	+	+	+	+	+	+	+	-
10	F	25	+	+	+	+	-	-	-	-
11	F	21	+	+	+	-	+	+	-	-
12	F	20	-	+	+	+	-	-	-	-
13	F	19	+	-	+	-	-	-	-	-
14	F	21	+	-	+	+	-	-	-	-
15	F	26	+	+	+	-	+	-	-	-
16	F	17	+	+	+	+	-	-	-	-
17	F	19	-	+	+	-	-	-	-	-
18	F	19	+	+	+	+	+	-	-	-
19	F	30	+	+	-	-	-	-	-	-
20	F	23	+	-	+	+	-	-	-	-

NO EMBARAZO

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	F	21	+	+	+	-	-	-	-	-
2	F	19	+	+	+	+	-	-	-	-
3	F	25	+	+	+	+	+	+	+	+
4	F	27	-	-	-	-	-	-	-	-
5	F	27	+	+	+	-	-	-	-	-
6	F	27	+	+	+	+	-	-	-	-
7	F	27	-	+	+	+	+	+	-	-
8	F	25	+	+	+	+	-	-	-	-
9	F	27	-	+	+	-	-	-	-	-
10	F	27	-	+	+	-	-	-	-	-
11	F	27	+	+	+	+	+	-	-	-
12	F	27	+	-	+	+	-	-	-	-
13	F	27	-	-	-	-	-	-	-	-
14	F	27	+	-	-	-	-	-	-	-
15	F	27	+	-	+	-	-	-	-	-
16	F	27	+	+	-	+	-	-	-	-
17	F	27	+	-	-	+	-	-	-	-
18	F	27	+	+	+	+	-	-	-	-
19	F	27	+	-	+	+	-	-	-	-
20	F	27	+	+	-	-	-	-	-	-

EPILEPSIA

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	M	30	+	+	+	+	-	-	-	-
2	M	6	+	-	+	-	-	-	-	-
7	F	48	+	+	+	+	+	-	-	-
4	M	22	+	-	+	-	-	-	-	-
5	M	6	+	-	+	-	-	-	-	-
6	M	34	+	+	+	-	-	-	-	-
7	F	27	+	-	+	-	-	-	-	-
8	F	21	+	+	+	+	-	-	-	-
9	F	21	-	-	-	-	-	-	-	-
10	M	41	+	-	+	+	-	-	-	-
11	F	22	+	-	+	-	-	-	-	-
12	F	35	+	-	+	-	-	-	-	-
13	M	30	+	+	+	+	-	-	-	-
14	F	32	-	-	-	-	-	-	-	-
15	F	29	+	-	-	-	-	-	-	-
16	F	27	-	-	+	-	-	-	-	-
17	F	36	+	+	+	-	-	-	-	-
18	F	25	+	-	+	+	-	-	-	-
19	M	24	-	-	+	-	-	-	-	-
20	M	26	+	-	-	-	-	-	-	-

NO EPILEPSIA

no	sexo	edad	Placa bac	gingivitis	caries	sarro	movilidad dent.	bolsa Parod.	absceso P.	absorción ósea
1	M	20	+	-	-	+	-	-	-	-
2	M	15	+	-	+	-	-	-	-	-
3	F	20	+	+	+	-	-	-	-	-
4	M	15	-	+	+	+	-	-	-	-
5	M	15	+	-	+	-	-	-	-	-
6	M	20	+	+	+	+	-	-	-	-
7	F	20	+	+	-	+	-	-	-	-
8	M	20	-	-	+	+	+	+	-	-
9	F	20	+	-	+	-	-	-	-	-
10			-	-	+	-	-	-	-	-
11	M	20	+	+	+	+	+	+	+	+
12	M	20	+	+	+	-	-	-	-	-
13	F	20	+	+	+	+	-	-	-	-
14	F	20	+	+	+	+	+	+	+	+
15	M	20	+	+	-	+	-	-	-	-
16	M	12	-	-	-	-	-	-	-	-
17	M	15	+	+	+	-	-	-	-	-
18	M	20	+	+	-	-	+	-	+	+
19	F	20	+	+	+	+	+	-	-	-
20	F	20	+	+	-	+	+	-	-	-

TABLA DE CONCENTRACION PARA LAS EDADES Y SEXO DE LOS
PACIENTES OBSERVADOS (ESTADO CLINICO Y CONTROLES)

	Edad máxima	Edad Mínima	Edad promedio	sexo	
ANEMIA	32 años	5 años	12 años	12	8
NO ANEMIA	32 años	2 años	14 años	11	9
EMBARAZO	31 años	17 años	23 años	20	
NO EMBARAZO	32 años	16 años	23 años	20	
EPILEPSIA	46 años	6 años	27 años	10	10
NO EPILEPSIA	41 años	15 años	24 años	18	12
STRESS EMOC.	58 años	17 años	37 años	11	9
NO STRESS EMOC.	52 años	15 años	30 años	9	11
DIABETES <u>CON</u>					
LADA	77 años	29 años	48 años	11	9
DIABETES <u>NO CON</u>					
TROLADA	78 años	24 años	46 años	12	8
NO DIABETES	64 años	25 años	39 años	6	14
MENOPAUSIA	52 años	45 años	40 años	20	

b).- Metodología de análisis de los datos

La prueba de la probabilidad exacta de Fisher, es una técnica no paramétrica sumamente útil para analizar datos discretos (nominales u ordinales) cuando las dos muestras independientes son pequeñas. Se usa cuando los puntajes de las muestras recogidas independientemente al azar pertenecen respectivamente a clases mutuamente excluyentes. En otras palabras cada sujeto en ambos grupos obtienen uno de los dos puntajes posibles. Los puntajes se representan mediante frecuencias en una tabla de contingencia 2×2 .

	-	+	Total
Grupo I	A	B	A + B
Grupo II	C	D	C + D
Total	A+C	B+D	N

Los grupos I y II pueden ser dos grupos independientes cualesquiera, tales como experimentales y controles (ejemplo menopausia y no menopausia etc)., Los encabezados de las columnas arbitrariamente indicados aquí como más y menos, pueden ser dos clasificaciones cualesquiera; por encima y por debajo de la mediana, aprobado y reprobado (con alteración y sin alteración), etc., La prueba determina si los grupos difieren de la proporción correspondiente a las clasificaciones conforme a los datos de la figura anterior (donde A, B, C y D representan frecuencias) se determinan -

la significación de la diferencia entre los grupos I y II - en cuanto a la proporción de los signos + y - atribuidos a ellos.

Para una descripción completa del método para desarrollar la prueba de la probabilidad exacta de Fisher, citamos a continuación la ficha bibliográfica:

ESTADISTICA NO PARAMETRICA

SIDNEY Y SIEGEL

Pág. 122 - 126

ED. TRILLAS

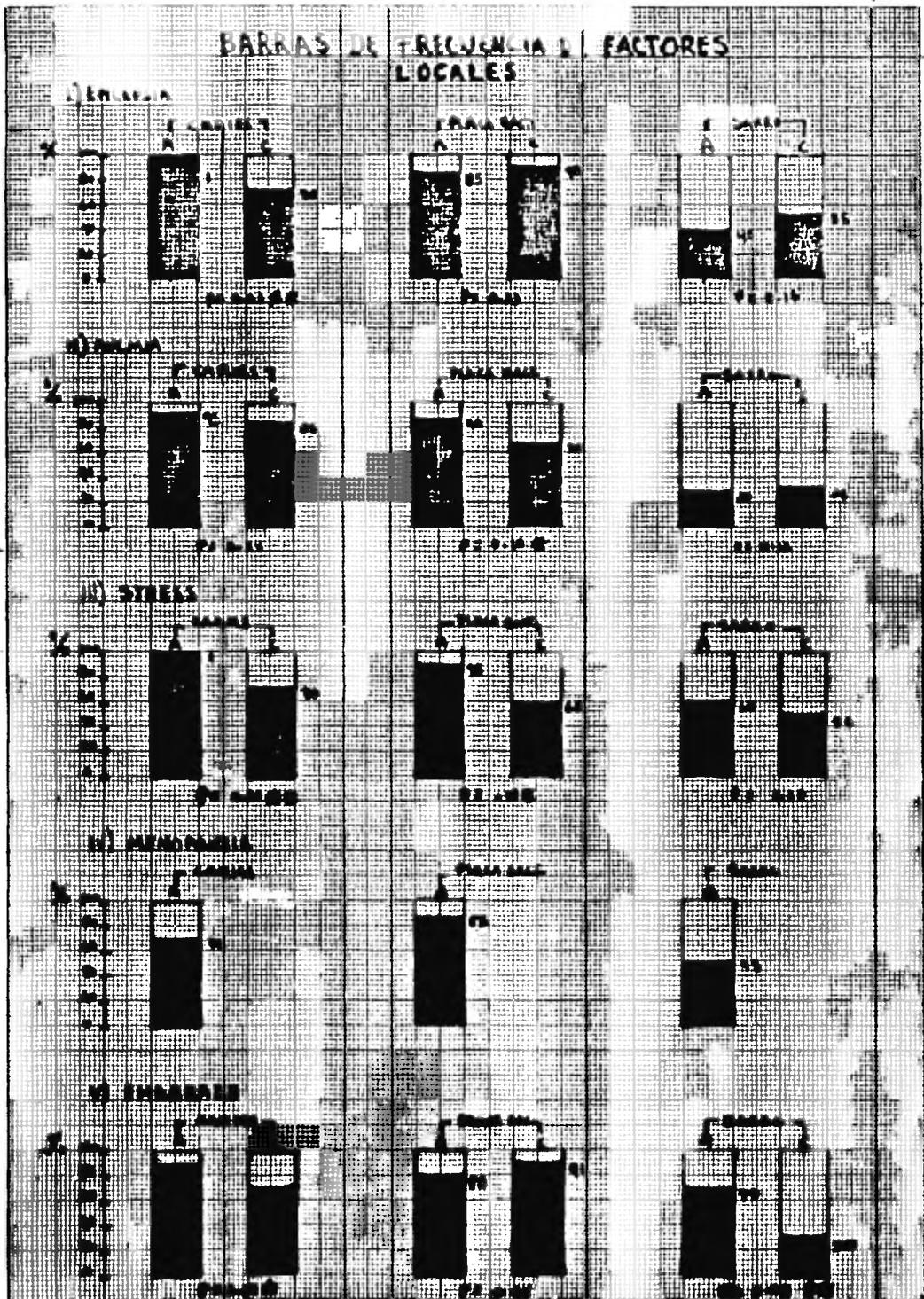
IV. RESULTADOS Y DISCUSION

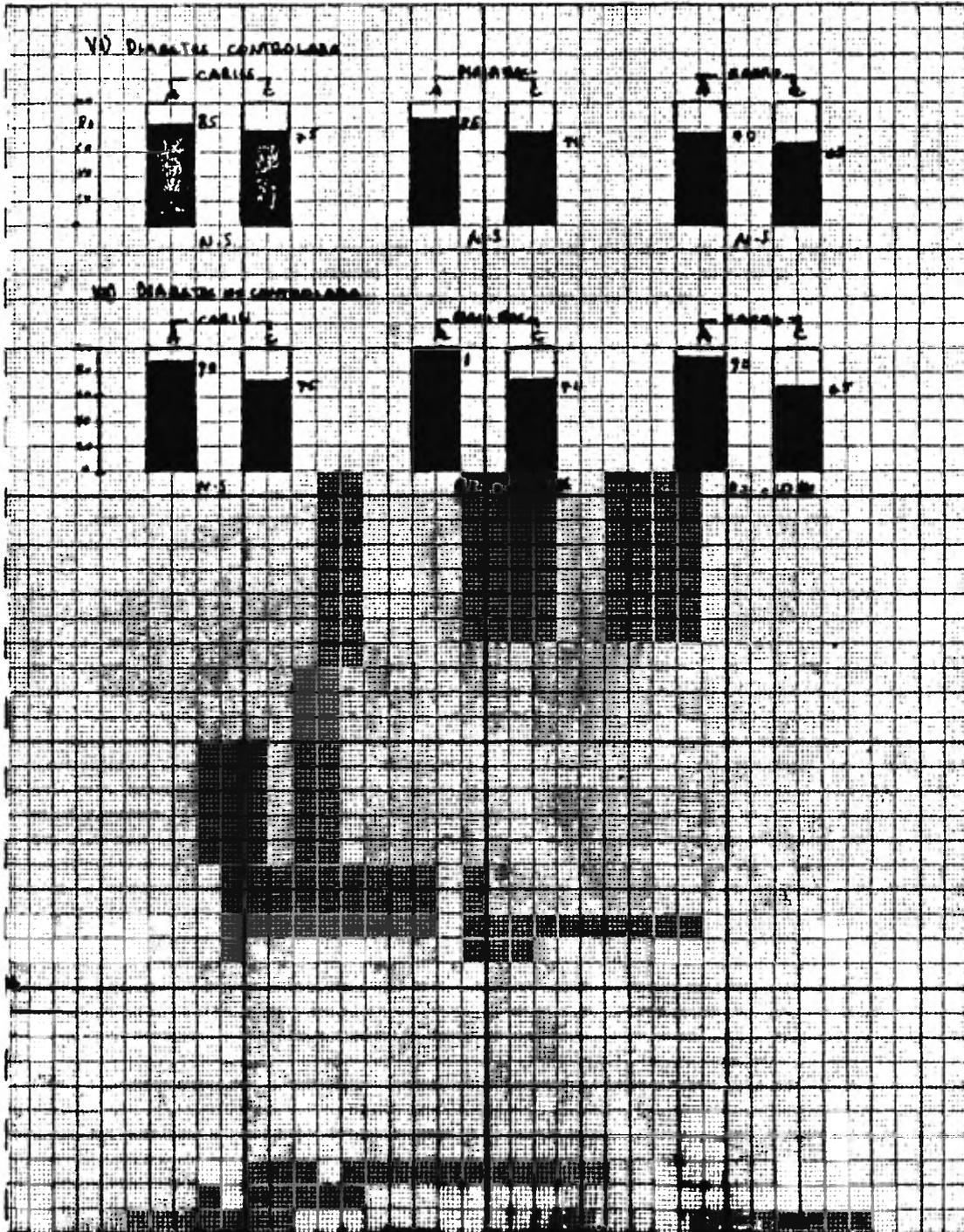
Análisis pareados de Fisher ("Fisher exact Test") es-- para probar diferencias significativas entre pacientes sa - nos (controles "C") y pacientes con alguno de los siguien - tes estados clínicos: (I) Epilepsia, (II) Anemia, (III) Stress, (IV) Menopausia, (V) Embarazo, (VI) Diabetes controlada, - (VII) Diabetes no controlada.

El análisis prueba si la frecuencia con la que ocurre una afección dentaria y periodontal está relacionada signi - ficativamente con algunos de estos estados clínicos (afecta dos "A"). Los valores de frecuencia absoluta están basados - en muestras de veinte individuos, tanto para los grupos con - troles (C), como para los afectados (A). Los asteriscos † indican los grupos afectados que difieren de los controles - a un nivel de significancia estadística del 10 al 5.1% (*) - ó del 5% o menos (**). Las afecciones dentales y periodonta - les probadas son:

(Pb) Placa bacteriana	(Ca) Caries
(S) Sarro dental	(Hp) Hiperplasia
(G) Gingivitis	(MD) Movilidad dental
(BP) Bolsa parodontal	(AB) Absceso Parodontal
(AO) Absorción Ósea,	

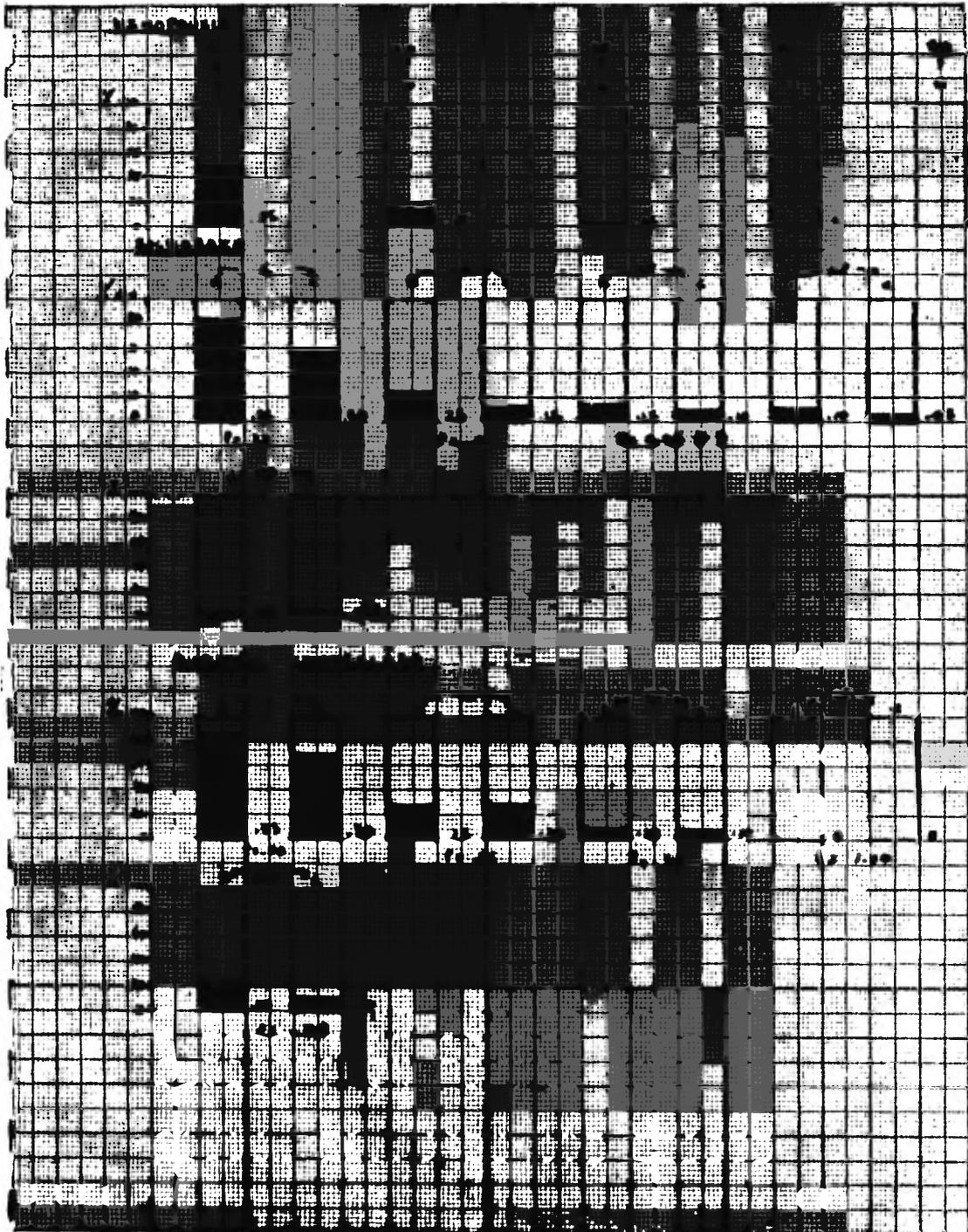
Con las barras de frecuencia donde se representan los - porcentajes y las diferencias porcentuales obtenidas, en las siguientes figuras se representan los datos obtenidos.



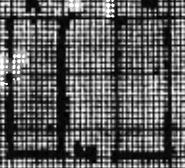
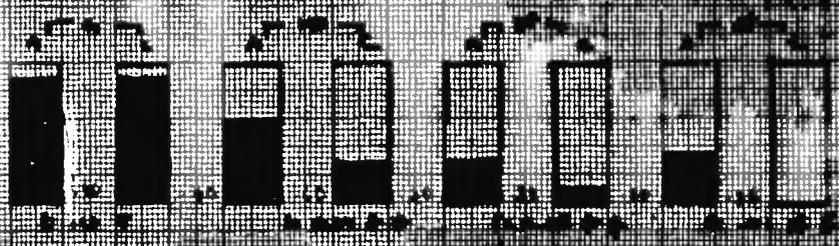


EPICURO SIG. MUSICI NICCOLO

The image is a large, dense grid of small, square elements. At the top, the text "EPICURO SIG. MUSICI NICCOLO" is printed in a bold, sans-serif font. Below the text, the grid consists of numerous small squares, many of which are black, creating a dark, textured appearance. Some squares are white, and there are thin white lines separating the squares. The overall effect is that of a mosaic or a highly detailed, high-contrast image. The grid is framed by a thick black border.



Diabetes et Conduites



Source: ...

Con barras de frecuencia se presenta el porcentaje de los valores obtenidos con la que se presentan los factores locales en cada estado clínico; Así como los signos clínicos característicos de la alteración periodontal, sin identificar alguna gingivitis en especial.

Utilizando las diferencias porcentuales de cada caso clínico y grupos controles, de menor a mayor frecuencia en cada caso, se obtuvieron los siguientes rangos:

RANGO DE VARIACION PORCENTUAL

A		C	
<u>Caries</u>	(70% - 100%)	(70% -	85%)
Menopausia	Epilepsia	Stress	Anemia
		Epilepsia	
		Embarazo	

PLACA BACTERIANA

A		C	
(80% -	100%)	(65% -	90%)
Embarazo	Diabetes no controlada.	stress	Embarazo Epilepsia

SARRO

A		C	
(30% -	90%)	(30% -	65%
Anemia	Diabetes	Embarazo	Diabetes controlada Diabetes no controlada

GINGIVITIS

A
 (30% - 100%)
 Epilepsia Stress

C
 (60% - 70%)
 Anemia Diabetes C.
 Embarazo Diabetes no C.

MOVILIDAD DENTARIA

A
 (.05% - 60%)
 Epilepsia Diabetes no C.

C
 (15% - 30%)
 Embarazo Stress
 Diabetes cont.
 Diabetes no C.

BOLSA PARODONTAL

A
 (5% - 35%)
 Menopausia Diabetes no C.

C
 (10% - 25%)
 Stress Epilepsia
 Anemia
 Embarazo
 Diabetes cont.
 Diabetes no Con.

ABSCESO PARODONTAL

A
 (5% - 35%)
 Anemia Diabetes no C.

C
 (5% - 15%)
 Anemia Epilepsia
 Embarazo

ABSORCION OSEA

A		C			
(5%	-	25%)	(5%	-	25%)
Embarazo		Diabetes C.	Stress		Epilepsia
Anemia			Anemia		
			Embarazo		

El resultado de la comparación de los rangos menores - y mayores en los casos en los que se compararon los factores locales en cada estado clínico estudiado tenemos los siguientes resultados.

Caries

Para la caries el menor porcentaje que se presentó fue de 70% para los dos casos en pacientes afectados (A) Menopausia, en los controles (C) se presentó en Stress, Epilepsia, Embarazo.

El mayor porcentaje presentado fue en pacientes (A) - Epilepsia siendo de un 100%, y 85% en pacientes (C) Anemia.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se presentó en pacientes afectados, teniendo un rango de variación porcentual de 70 - 100%.

PLACA BACTERIANA

El mayor porcentaje se presentó en pacientes afectados

en un 100% en pacientes con diabetes no controlada, el 90% se presentó en pacientes (C) Embarazo y Epilepsia.

El menor porcentaje se presentó en pacientes (C) siendo de un 65% en stress.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se presentó en pacientes afectados, teniendo un rango de variación de 65% a 100%.

SARRO.

El mayor porcentaje se presentó en el grupo (A) en diabetes no controlada siendo de un 90%, en pacientes (C) se presentó en un 65% en diabetes controlada y diabetes no controlada.

El porcentaje menor para ambos grupos fue de 30% en pacientes (A) Anemia, en pacientes (C) en Embarazo

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se presentó en pacientes (Afectados, teniendo un rango de variación de 30 a 90%.)

GINGIVITIS

El mayor porcentaje se presentó en pacientes afectados (A) Stress en un 100%, en pacientes (C) fue de 70% en diabetes C y Diabetes no C.

El menor porcentaje se presentó en pacientes (A) en -
epilepsia siendo de un 30%.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se -
presentó en pacientes afectados, teniendo un rango de varia
ción de 30% a 100%.

MOVILIDAD DENTARIA

El mayor porcentaje se presentó en pacientes (A) sien-
do de 60% en Diabetes no controlada. El menor porcentaje -
se presentó en pacientes (A) siendo de 5% en pacientes epi-
lepticos.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se -
presentó en pacientes (A) siendo de 5% en pacientes epilep-
ticos.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se -
presentó en pacientes afectados (A), teniendo un rango de -
variación porcentual de 5% a 60%.

BOLSA PARODONTAL

El mayor porcentaje se presentó en pacientes (A) --
siendo de un 35% enpacientes Diabéticos no Cont. El me --
nor porcentaje se presentó en pacientes (A) siendo de un -
5% en pacientes con Menopausia.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se presentó en pacientes (A), teniendo un rango de variación porcentual de 5% a 35%.

ABSCESO PARODONTAL

El mayor porcentaje se presentó en pacientes (A) siendo de 35% en Diabetes no controlada. El menor porcentaje se presentó en pacientes (A) siendo de 5% en pacientes con anemia; también en pacientes (C) se presentó el menor porcentaje siendo de 5% siendo más frecuente en anemia, embarazo, diabetes controlada, diabetes no controlada, stress emocional.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se presentó en pacientes Afectados (A), teniendo un rango de variación porcentual de 5% a 35%.

ABSORCION OSEA.

El mayor porcentaje se presentó en pacientes (A) siendo de 45% presentandose en pacientes con Diabetes no controlada. El porcentaje mínimo se presentó en pacientes (A) siendo de 5% presentándose en pacientes embarazadas y pacientes con anemia. También el porcentaje mínimo se presentó en pacientes (C) siendo de 5% presentándose en pacientes con stress emocional, anemia y embarazo.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje se -

presentó en pacientes (A), tenieno un rango de variación --
porcentual de 5% a 45%.

Factores Locales de la enfermedad Parodontal

Siendo estos los siguientes:

Pb) Placa Bacteriana, Ca) Caries, Sa) Sarro.

En la figura No. 1

Se muestran las barras de frecuencia obtenidas al realizar el análisis con la prueba, de probabilidad exacta de Fisher.

I.- Epilepsia.

En pacientes afectados con epilepsia, si hubo diferencias significativas en cuanto al factor caries, pues se obtuvo una diferencia significativa estadística de **, en los demás parámetros que son Placa bacteriana y Sarro el promedio fue casi igual por lo que no hubo diferencias significativas.

II.- Anemia

En pacientes con anemia la diferencia significativa se obtuvo en la placa bacteriana siendo estadísticamente de *, En caries y sarro, el porcentaje fue de un mismo promedio - en los dos grupos.

III.- Stress.

En pacientes con stress en lo que se refiere al factor caries la diferencia significativa es de menor significancia estadística **, en la placa Bacteriana la diferencia significativa estadística es de *, Por lo que corresponde al fac-

tor Sarro esta en promedio más o menos igual para ambos grupos.

IV.- Menopausia.

En pacientes menopausicas no hubo un grupo control con el cual se pudiera establecer una diferencia por el hecho de no poder hacer comparación ya que los controles tendrían que ser necesariamente mujeres de la misma edad y por lo tanto, estas estarían pasando por la misma etapa. El porcentaje más elevado obtenido en este grupo fue en placa bacteriana con 85%.

V.- Embarazo.

En este grupo la diferencia significativa estadísticas de * para el caso de caries, En sarro se obtuvo diferencia menor**, en la placa bacteriana se obtuvieron porcentajes semejantes en ambos casos.

VI.- Diabetes Controlada.

En este grupo no se presentó ninguna diferencia significativa, pues los valores obtenidos son semejantes en ambos grupos para los factores locales.

VII.- Diabetes no Controlada.

En el factor Caries no se presentó diferencia Significativa, para la Placa Bacteriana la diferencia significativa fue de Menor **, para el Sarro la diferencia significativa fue de mayor *.

Signos Clínicos de la Enfermedad Parodontal.

Siendo estos los siguientes:

G) Gingivitis, Hp) Hiperplasia Gingival, MD) Movilidad Dentaria, Bp) Bolsa parodontal, Ap) Absceso Parodontal, - RO) Reabsorción Osea.

En la Figura No. 2

Se muestran las barras de frecuencia obtenidas al realizar el análisis con la prueba, de probabilidad exacta de Fisher, obteniendo los valores significativos existentes en los signos clínicos de la enfermedad parodontal.

I.- Epilepsia.

En pacientes afectados con epilepsia en la Gingivitis podemos observar una diferencia significativa estadística de *, de **, En la movilidad dentaria se observó una diferencia significativa de **, en los parámetros que son Bolsa Parodontal, Absceso P y Reabsorción Osea, el promedio fue casi igual por lo que no hubo diferencias significativas.

II.- Anemia

En pacientes con anemia la diferencia significativa se presentó solo en la Gingivitis siendo de *, en los demás signos como son Movilidad D. Bolsa Parodontal Absceso P. - Reabsorción O. no se presentó diferencia significativa.

III.- Stress.

En pacientes con stress en lo que se refiere a Gingi -

vitis se observó una diferencia significativa de **, por -- lo que se refiere a los signos clínicos Movilidad, Bolsa P, Absceso P, y Reabsorción O. no se observó diferencia significativa.

IV. Menopausia.

En la figura No. 1 indicamos el porqué no se entabló ninguna diferencia e indicamos que el porcentaje más elevado obtenido fue el de Placa Bacteriana con 85%.

V.- Embarazo.

En este grupo la diferencia significativa estadísticas de 0.05 ** para Bolsa P. los demás signos como son Gingivitis, Movilidad D, Absceso P, y absorción Osea no presentaron diferencias Significativas.

VI.- Diabetes Controlada

En este grupo no se presentó ninguna diferencia significativa en los signos de la enfermedad parodontal.

VII.- Diabetes No Controlada.

En los pacientes con diabetes no controlada, se presentaron diferencias significativas en: Gingivitis siendo *, Movilidad D. **, Bolsa P. **, Absceso P. *, absorción Osea *.

Para el análisis de los porcentajes de los factores -- locales y signos clínicos de la alteración periodontal hicimos gráficas para una mejor representación y entendimiento.

Factores Locales: Caries, Placa Bacteriana y Sarro Los Mayores porcentajes en estos parámetros se presentaron principalmente en stress, anemia, embarazo, y diabetes no controlada; variando notablemente en el factor sarro donde el porcentaje es menor para los estados clínicos antes ya dichos.

Epilepsia y diabetes controlada presentan un porcentaje regular siendo mayor de 50%.

El menor porcentaje para estos parámetros lo obtuvo la menopausia para el caso de placa bacteriana y caries.

Signos Clínicos de la alteración periodontal: Gingivitis, movilidad dentaria, bolsa parodontal, absorción ósea, hiperplasia.

Notablemente para la gingivitis el mayor porcentaje lo obtuvieron: stress, anemia, diabetes no controlada presentan un porcentaje elevado importante; los porcentajes regulares mayores del 50% lo presentan embarazo y diabetes controlada; los porcentajes menores están representados por epilepsia y menopausia.

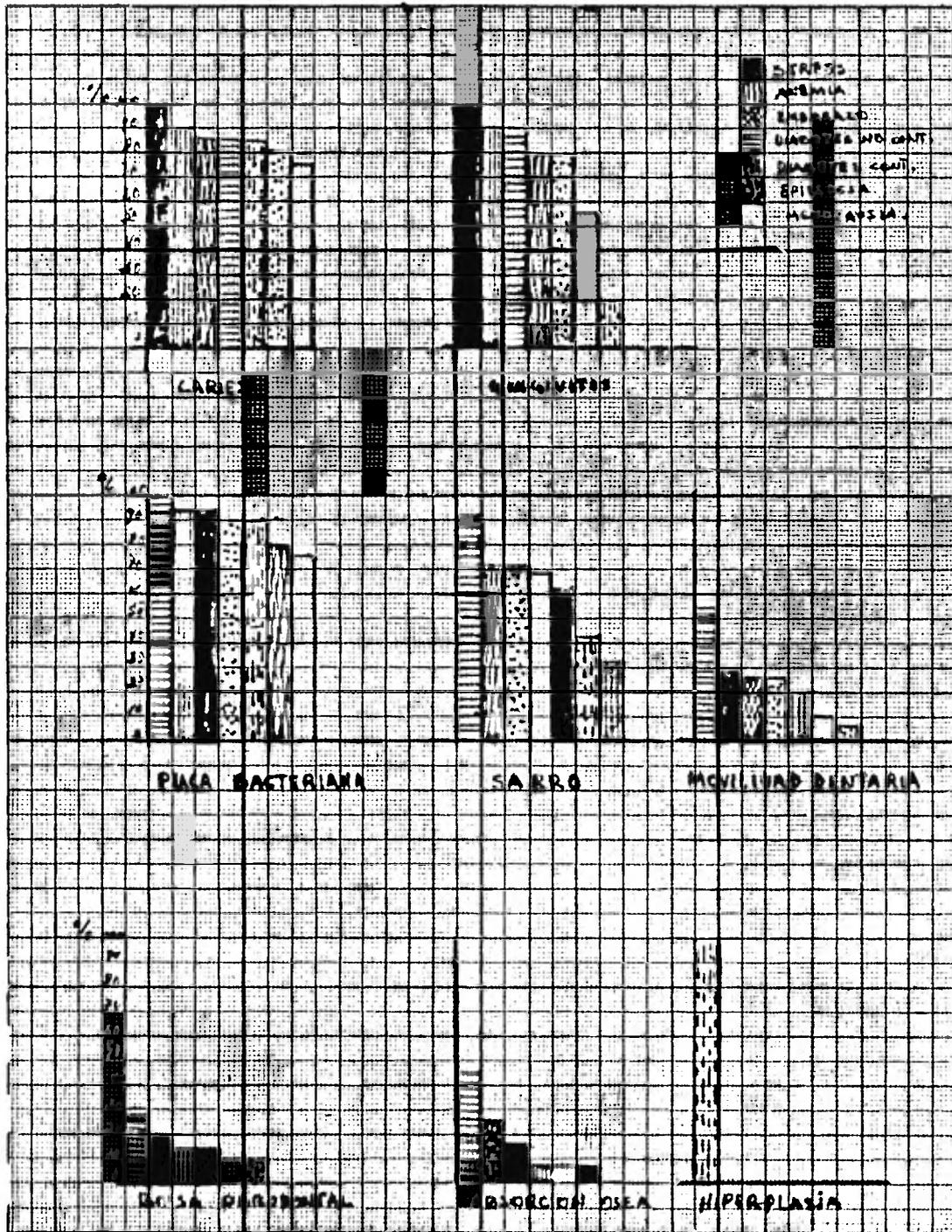
Para la movilidad dentaria, bolsa parodontal y absorción ósea.

Los mayores porcentajes están representados por diabetes no controlada esta con mayor porcentaje en movilidad dentaria.

Para porcentajes con promedio regular fueron representados por Diabetes controlada, menopausia, embarazo, estos en lo que se refiere a gingivitis, movilidad dentaria y bolsa parodontal.

Se obtuvieron porcentajes menores notablemente en anemia menopausia y epilepsia para los parametros movilidad dentaria, bolsa parodontal y absorción ósea.

Epilepsia presenta % para absorción ósea y bolsa parodontal ya que estos parámetros no se presentaron en esta alteración sistémica. Para el caso de Hiperplasia gingival el mayor porcentaje lo presento la Epilepsia 100%.



CUADRO DE CONCENTRACION DE LOS PORCENTAJES
OBTENIDOS EN CADA CASO CLINICO CON RESPECTO A LOS PARAMETROS
ESTUDIADOS.

	ANEMIA	STRESS	MENOPAU SIA	EMBARAZO	DIABETES CON TROLADA	DIABETES NO CONTROLADA	EPI LEP SIA
CARIES	90 %	100%	75 %	85%	80%	85%	85%
GINGIVITIS	90%	100%	55%	80%	80%	90%	20%
PLACA BACTERIANA	95%	95%	70%	80%	90%	100%	90%
SARRO	30%	60%	65%	70%	70%	90%	40%
MOVILIDAD DENTARIA	20%	30%	10%	25%	25%	60%	5%
BOLSA PARODONTAL	15%	20%	10%	15%	10%	30%	0%
ABSORCION OSEA	5%	15%	5%	5%	25%	45%	0%
HIPERPLASIA GINGIVAL	-	-	-	-	-	-	100%

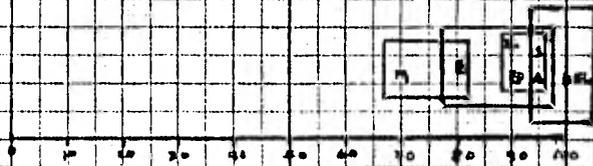
Para poder demostrar el mayor y menor porcentaje, obtenido en este trabajo para cada caso clínico se agruparon los porcentajes colocando a las enfermedades sistémicas de acuerdo al valor obtenido. (Esquemas de Agrupación).

Notoriamente observamos al agrupar a las enfermedades sistémicas, que los factores locales presentaron mayor frecuencia, igualmente que el signo clínico periodontal gingivitis generalmente para los casos en particular: Diabetes--no controlada, stress, anemia 80 a 100%.

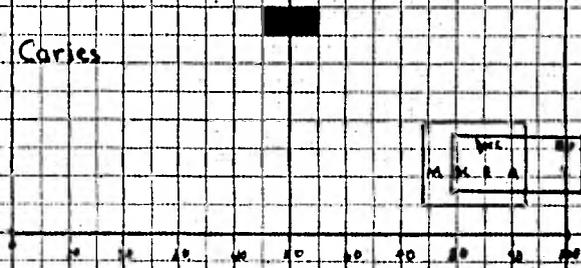
A diferencia los porcentajes menores se presentaron -- en los signos clínicos de la alteración parodontal notoriamente en: Epilepsia, menopausia y embarazo 0% a 30%.

Se formaron grupos con porcentajes intermedios de 40% a 70% donde se agruparon generalmente tanto para factores--locales y signos clínicos de la alteración parodontal siendo notorio en Diabetes controlada y menopausia.

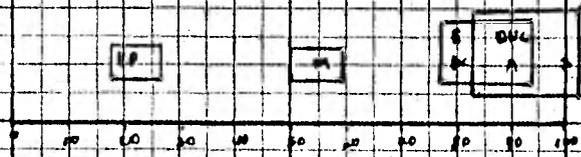
I Placa bacteriana



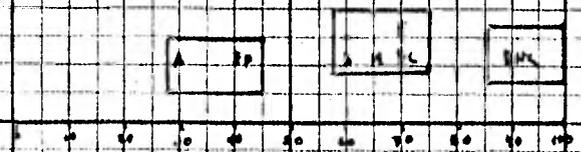
II Caries



III Gingivitis



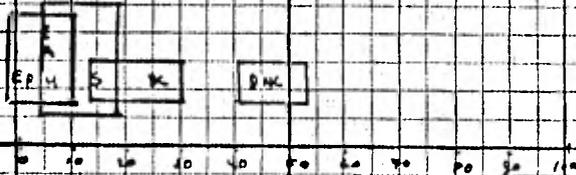
IV Sarro



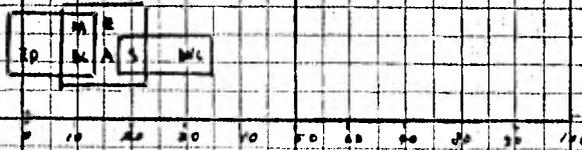
II Movilidad Dentaria



VI Absorción Ósea



VII Bolsa Peridontal



En las tablas a continuación se muestran los grupos - que se formaron, dependiendo del porcentaje de cada parámetro en cada una de las enfermedades sistémicas.

Son las siguientes:

Placa Bacteriana.

Se formaron 4 grupos siendo de 70% a 100%.

1er. grupo que abarcó menores porcentajes fue de 70% - a 80% incluyendo a la menopausia y embarazo.

2do. grupo fue de 80 a 95% siendo estos grupos: embarazo, epilepsia, diabetes controlada, stress y anemia.

3er. grupo fue de 90 a 95% incluyendo a la diabetes - controlada, epilepsia, stress y anemia.

4o. Grupo fue de 95% a 100% abarcando stress, anemia, - diabetes no controlada.

Caries.

Se formaron 2 grupos siendo de 75% a 100%.

1er. grupo fue de 75% a 90% incluyendo a la menopausia Diabetes Controlada, Diabetes no Controlada y anemia.

El 2o. Grupo fue de 80% a 100% incluyendo a la Diabetes: controlada, anemia, epilepsia y stress.

Gingivitis.

Se formaron 4 grupos siendo de 20 a 100%.

1er. grupo fue de 20% incluyendo epilepsia.

2o. Grupo fue de 55% incluyendo menopausia.

3er. grupo fue de 80% a 90% incluyendo embarazo, diabetes controlada, diabetes no controlada, y anemia.

4o. grupo fue de 90% a 100% incluyendo diabetes no controlada anemia y stress.

Sarro.

Se formaron tres grupos siendo de 30% a 90%.

1er. grupo fue de 30% a 40% incluyendo anemia y epilepsia.

2o. Grupo fue de 60% a 70% incluyendo stress, menopausia, diabetes controlada, embarazo.

3er. grupo fue de 90% incluyendo diabetes no controlada.

Movilidad Dentaria.

Se formaron 4 grupos siendo de 10% a 60%.

1er. grupo fue de 5% a 10% incluyendo epilepsia y menopausia.

2o. grupo fue de 19% a 20% incluyendo menopausia y anemia.

3er. grupo fue de 20% a 30% incluyendo anemia, embarazo, diabetes controlada y stress.

4o. grupo fue de 60% incluyendo diabetes no controlada

Absorción Osea,

Se formaron 4 grupos siendo de 0% a 0%.

1er. grupo fue de 0% a 5% incluyendo epilepsia, embarazo, anemia y menopausia.

2o. grupo fue de 5% a 15% incluyendo embarazo, anemia, menopausia y stress.

3er. grupo fue de 15% a 25% incluyendo stress y diabetes controlada.

4o. grupo fue de 45% incluyendo a la diabetes no controlada.

Bolsa Parodontal.

Se formaron 3 grupos siendo de 0% a 30%.

1er. grupo fue de 0% incluyendo la epilepsia

2o. grupo fue de 10% a 20% incluyendo, menopausia, diabetes controlada, embarazo, anemia y stress.

3er. grupo fue de 20% a 30% incluyendo stress y diabetes no controlada.

DISCUSION

Al revisar y analizar los resultados obtenidos en este trabajo nos muestran que las enfermedades sistemicas no son las causantes directas de la alteración periodontal.

Al hacer el estudio en estos pacientes observamos que es la mala higiene bucal la que desencadena estas alteraciones periodontales.

Literariamente encontramos al revisar bibliografías que las alteraciones periodontales en enfermos sistémicos no son causadas primordialmente por dichas enfermedades, si son coadyuvantes para el establecimiento de éstas y los factores locales son de suma importancia para la presencia de estas alteraciones periddontales.

Los resultados obtenidos los relacionamos a la mala higiene bucal de estos pacientes, pudiendo deberse al stress emocional del individuo por el medio ambiente en que se desenvuelve.

Estos resultados pueden no ser muy afirmativos por la cantidad mínima de pacientes observados y por la falta de una exploración detallada.

V. CONCLUSIONES.

Con los resultados obtenidos llegamos a las siguientes conclusiones:

Las enfermedades sistémicas actúan como factores modificantes; pero no causan alteración periodontal, pudiendo alterar la reacción inflamatoria del periodonto por:

- 1.- Alterar la defensa natural contra los irritantes.
- 2.- Limitando la capacidad restauradora del tejido.
- 3.- Causar una respuesta anormal del tejido por hipersensibilidad.
- 4.- Modificando la estabilidad nerviosa del paciente donde aparece el factor stress.
- 5.- Los factores etiológicos locales influyen en la cantidad y localización de la Hiperplasia gingival.
- 6.- De acuerdo a los resultados obtenidos con los pacientes epilépticos presentan signos clínicos característicos de Hiperplasia gingival, ya sea en menor o mayor grado después de administrar por tratamiento largo los anticonvulsivos.

La incidencia y la gravedad de la alteración periodontal que acompaña a las enfermedades sistémicas, están relacionadas con un aumento de la irritación local resultante de una higiene oral descuidada durante la enfermedad sistémica.

VI. SUGERENCIAS

Es importante saber la presencia de la enfermedad sistémica del paciente cuando se presente al consultorio dental a tratar cualquier tipo de problema bucal, aún cuando esta enfermedad sistémica no sea la causante del problema bucal, será necesario realizar Historias Clínicas completas para poder llegar a un buen diagnóstico y poder elaborar un plan de tratamiento favorable para cada caso.

Es importante orientar al paciente sobre la importancia de su enfermedad sistémica y las alteraciones parodontales que pueden causar estas si no llevan a cabo una higiene dental adecuada ya que este es el factor local predisponente más importante para desencadenar estas alteraciones parodontales. Reafirmando es de suma importancia educar al paciente en lo que se refiere a la higiene y salud bucal, -- obteniendo también así una buena relación Médico-paciente, Se sugiere hacer estudios más detallados y precisos.

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

1.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

Zegarelli; Kutscher;

Hyman.

Edit. Salvat 1976.

2.- PATOLOGIA

Robbins

Interamericana 1975.

3.- PERIODONTOLOGIA CLINICA

Clickman Irving

Interamericana 1976.

4.- ESTADISTICA NO PARAMETRICA

Sindney Siegel

Editorial Trillas.

5.- PERIODONCIA

GRANT, Stern, Everett.

Cuarta Edición.

Ed. Interamericana

6.- MEDICINA BUCAL

Burket

Sexta Edición

Ed. Interamericana.

- 7.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
Shafer Hine Levy
Tercera Edición.
Editorial Interamericana.
- 8.- PATOLOGIA BUCAL
Bhaskar
Edit. El Ateneo
- 9.- ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA.
Jonh F. Prichard
Segunda Edición.
Editorial Labor, S.A.
- 10.- ENFERMEDADES DE LA BOCA (Semiología y propedéutica -
clínica).
Grinspan David.
Tomo III
Ed. Mundi. S.A.C.I.P.