



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"EXPLORACION DE DIENTES
Y ENCIA"

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

SEBASTIAN FUERTES SANCHEZ



México, D. F.

1985



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 está 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.

"EXPLORACION DE DIENTES Y ENCIA"

INTRODUCCION

TEMA I -- EXAMEN DE LOS DIENTES

1 -- DESGASTE DE LOS DIENTES

a -- atrición

b -- erosión

c -- abradición

2 -- HIPERSENSIBILIDAD

3 -- RELACIONES PROXIMALES DE CONTACTO

4 -- MOVILIDAD DE TAPIA

5 -- SENSIBILIDAD A LA PERCUSION

6 -- MIGRACION PATOLOGICA DE LOS DIENTES

TEMA II -- CARIES DENTAL

1 -- CLASIFICACION

2 -- GRADOS DE LA CARIES

3 -- TEORIAS

TEMA III -- EXAMEN DE LA ENCIA

1 -- TARTARO Y OTROS DEPOSITOS SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE

2 -- ENCIA

a -- color

b -- tamaño

c -- contorno

d -- consistencia

e.-textura superficial

f.-posicion

g.-bolsas parodontales

TEMA IV.-EXPLORACION DEL APARATO DENTAL

1.-INSPECCION BUCAL

CONCLUSIONES.

AGRADECIMIENTO.

Muy en especial a mi esposa y a mis hijos Isaac y Jaquelina Mahola por el apoyo, comprensión y cariño que siempre me brindaron durante la realización de mi carrera.

Es por esto que quiero dejarles un presente y que recuerden que el esfuerzo, la tenacidad y la fe siempre dan como resultado el éxito y la satisfacción de lograr los objetivos deseados en la vida.

GRACIAS.

A mis padres con el respeto que se merecen por haberme dado el patrimonio para la realizacion de mis estudios.

A mis hermanos esperando que esto les sirva de aliciente para que se superen dia con dia.

A mis amigos, compañeros y compadres quienes siempre me brindaron el apoyo para la superacion en la vida.

A mis profesores quienes formaron la parte mas importante en la realizacion de mis estudios profesionales.

INTRODUCCION

Desde el principio de la humanidad el hombre a estado en lucha constante contra las enfermedades: La plaga, la peste, el hambre y los elementos adversos de la naturaleza. A veces estas fuerzas fueron demasiado grandes como para soportarlas y naciones enteras resultaron devastadas o desaparecieron.

Siempre han existido las enfermedades, ya sea en forma endémica o bien en forma epidémica y hasta los tiempos recientes, mucho era el dolor corporal y corto el lapso de vida.

Hoy nuestra salud y esperanza de vida ha mejorado mucho, la mayoría de las enfermedades y azotes de la humanidad ya han sido controladas o sus efectos molestos disminuidos. El sufrimiento y la pobreza se ha reducido en forma apreciable y el lapso de vida se ha alargado marcadamente.

La historia del desarrollo de nuestros conocimientos acerca de cualquiera de las dolencias comunes y de los medios por los cuales han sido controladas es una narración fascinante que cautiva la imaginación y desafía la mente a buscar nuevos campos de conquista. Estos grandes progresos en la ciencia médica y en la prevención de la enfermedad, son en verdad elocuentes tributos a la voluntad indomable del hombre por subsistir.

No hay historia mas seductora y romántica que la de la búsqueda de los medios de control de la caries dentaria.

En los escritos registrados en todas las épocas ha sido un problema de — principal importancia, aun desde los tiempos mas primitivos, aparentemente nunca hubo una época en que el hombre no sufriera de dolor de dientes, y se caracterizaba de los dolores como "el dolor mas atroz que pueda atormentar al hombre"

Por tal motivo el presente trabajo esta dirigido a la exploracion minuciosa de dientes y encia puesto que es en la cavidad oral donde el cirujano dentista desarrolla su funcion y aplica sus conocimientos.

EMA . - I . EXAMEN DE LOS DIENTES.

Al realizar la exploración de los dientes, debe disponerse de radiografías periapicales, horizontales o en plano de oclusión.

En los dientes debe buscarse caries, maloclusión, posible falta de desarrollo, áreas de contacto o sustituciones defectuosas, acumulos o restos de alimentos - gingivitis, trastornos periodontales y fistulas. Debe pedirse al paciente que saque la lengua para examinar su cara superior, y luego la levante hacia el paladar para observar el espacio sublingual. Luego se extiende por el lado derecho de la boca para permitir el estudio de la región izquierda y viceversa.

Debe disponerse de un campo despejado con una buena iluminación. La palpación es un método muy útil para establecer el grado de movilidad de los dientes. Colocando sobre las superficies bucal y lingual del diente dos instrumentos resistentes, como mango de espejo o abatelenguas, se recoge una información mas exacta que si se emplea directamente los dedos.

Como ya se dijo antes, en los dientes se busca caries, defectos de desarrollo, anomalías de forma, desgaste, hipersensibilidad y relaciones proximales anormales.

1. DESGASTE DE LOS DIENTES. - El término "desgaste" se usa para designar cualquier pérdida gradual de la sustancia dentaria, caracterizada por la formación de una superficie lisa y pálida, las formas de desgaste son:

a. ATRILLADO. - Desgaste funcional de los dientes; cierta cantidad de atrillado se considera característica fisiológica del envejecimiento. Se produce normalmente en las superficies oclusales de los dientes posteriores, en los bordes incisales de los dientes anteriores, en las caras palatinas de los dientes anteroposteriores y en las caras labiales de los dientes anteroinferiores.

Las superficies dentales desgastadas por la atrición son duras, lisas brillantes y pueden presentar una coloración marrón amarillenta. Generalmente estas zonas se encuentran libres de caries y con escasas excepciones no son sensibles a los estímulos térmicos o táctiles. Al avanzar la edad el desgaste funcional produce una reducción generalizada de la altura de las cúspides y una disminución en la inclinación de las cúspides.

El uso continuado de comidas arenosas, el rechinar de dientes, las posiciones extrafuncionales de la mandíbula y la maloclusión pueden producir una atrición mayor que la fisiológica o en lugares anormales del diente.

b. EROSION.— Es la depresión bien definida en forma de cuña en la región cervical vestibular. Las superficies son duras, lisas y pulidas; en sus primeras etapas puede limitarse al esmalte, pero generalmente se extiende a la dentina subyacente o al cemento o dentina radicular. No hay etiología bien establecida; entre las causas sugeridas están las descalcificaciones por bebidas ácidas, o frutas cítricas.

c. ABRACION.— Es la pérdida de sustancia dentaria por causas mecánicas no masticatorias. La abrición produce indentaciones en forma de plato o de cuña con una superficie lisa y brillante. Comienza con la superficie cementaria expuesta y no en el esmalte y se extiende a la dentina radicular.

A veces se produce abrición de los bordes incisales por el hábito de sostener alfileres o tachuelas con los dientes o por el uso de sustancias abrasivas. Otras de las causas de la abrición son el cepillado con dentífricos abrasivos. Manly dice que el grado de desgaste producido por el cepillado depende del efecto abrasivo del dentífrico y del ángulo de cepillado; el cepillado horizontal en

ángulo recto con el eje vertical del diente, produce la mayor pérdida de sustancia dentaria.

2.- HIPERSENSIBILIDAD.—Las superficies radiculares expuestas por la resección gingival pueden tornarse hipersensibles a los cambios térmicos o a la estimulación táctil. El paciente a menudo indica al operador la zona sensible de la boca, las superficies sensibles se localizan por suave exploración con una sonda o con aire frío.

3.- RELACIONES PROXIMALES DE CONTACTO.—La situación de los puntos de contacto es importante por la tendencia normal a la migración mesial de los dientes — el desplazamiento de los dientes inferiores por contactos proximales oronales — colocados reduce la circunferencia del arco mandibular. Esto es a su vez produce un entrecruzamiento con pérdida de dimensión vertical y empaquetamiento de comida especialmente en superficies palatinas de dientes superiores.

4.- MOVILIDAD DENTARIA.— Normalmente los dientes presentan un ligero grado — de movilidad. La movilidad normal de los incisivos es mayor que la de los premolares o molares. La experiencia clínica debe servir de base para diferenciar entre movilidad normal y patológica. La dirección de la movilidad puede ser vestibulo-lingual, mesio-distal o vertical.

Se han descrito diversos instrumentos para medir la movilidad dentaria. Un método efectivo y simple es el siguiente: Se sostiene firmemente con los dedos — índice de ambas manos y se mueven en todas direcciones. Según la facilidad y — extensión del movimiento del diente, se clasifica la movilidad en:

Grado 1 .-Ligera movilidad

Grado 2 .-Moderada movilidad

Grado 3 .-Acentuada movilidad en dirección mesio-distal y movilidad vertical

la movilidad mesio-distal también puede ser lateral.

5.- SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN. .- Es una característica de las lesiones inflamatorias agudas de la membrana periodontal. La percusión sirve también para descubrir por el "sonido" la reducción de las estructuras de soporte en la enfermedad periodontal o en los trastornos difusos degenerativos de la membrana periodontal.

6.- MIGRACION PRECOZ DE LOS DIENTES. .- Debe notarse especialmente la alteración en la posición de los dientes. Uno de los signos más precoces de la enfermedad periodontal puede ser la migración dental y labial y la extrusión de uno o más dientes.

TEM. - II - CARIES DENTAL.

Podemos definir a la caries dental como un proceso infeccioso, continuo, lento, e irreversible que mediante un mecanismo quimicobiológico desintegran los tejidos del diente pudiendo producir por vía hemática infecciones a distancia.

Decimos que es un proceso infeccioso porque el agente causal esta representado por miles de microorganismos que agrupados en colonias, y en sustratos hidrocarbonado (plana bacteriana) bajo especiales condiciones de acidos (PH) y la indispensable presencia de enzimas adquiere su especial condición patógena, estos microorganismos son diversos pero los mas constantes en el proceso cariolítico por su capacidad acidófila son los identificados como:

mutans
estreptococos sorquis
salivarius

El autobacilo, acidófilo, hongos etc. Es continuo ya que una vez es afectada la pieza dental continúa invariablemente evolucionando a manera que erradicado este proceso, la lentitud en su avance depende de la intensidad del ataque y de la resistencia del diente. Pero en terminos generales podemos afirmar que su evolución es de por lo menos de varios meses así mismo es irreversible por una vez que se a destruido parte del diente esta nunca puede ser regenerado sino unicamente puede ser reconstruido mediante técnicas y materiales adecuados.

Los mecanismos quimicobiológicos inician la destrucción del esmalte, se continúa con la destrucción de la dentina y termina provocando en la pulpa fenomenos de hiperemia (congestión de la sangre), inflamación y gangrena, lo que podría en última instancia ocasionar la formación de un absceso.

Ocasionalmente la migración de gérmenes por vía hemática puede producir alteraciones en otros organos y llegar incluso a la septicemia (infección total de la sangre y organos).

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados del diente es la mas frecuente de las enfermedades dentro de la cavidad oral. Esta enfermedad afecta a todas las personas de todas las razas, sexo, estrato socio-economico y lleva como consecuencia la perdida de las piezas dentales, ademas de trastornos generales en la salud, ya que una caries es un foco de infeccion que se detecta por medio directo, indirecto (espejo) y estudio radiografico, aparecen principalmente en fosetas y fisuras y surcos de piezas posteriores y anteriores de la cavidad oral.

Al hacer una inspeccion en dientes se deben localizar las zonas de acumulamiento de la placa bacteriana, ya que al parecer una de las causas de la caries es el acumulamiento de la misma.

Lo mismo hay que descubrir la acumulacion de tartaro dentario que trae como consecuencia la presencia de enfermedades parodontales.

Los sitios comunes de la acumulacion de tartaro son en las superficies de los dientes que estan cerca de los orificios de conductos glandulares salivales, como son los dientes anteroposteriores en su cara lingual y los molares en su cara vestibular.

1. - CLASIFICACION DE LA CRIES.

Como ya se dijo antes que la caries es un proceso infeccioso que afecta a los dientes, es por esto que fue necesario que se hiciera una clasificacion de las lesiones ocasionadas por la caries dental.

Estas caries se clasifican según su localizacion y por el tipo de caries que afectan al diente. Black dividio las cavidades en cinco clases usando para cada

una de ellas un número romano del uno al cinco y la clasificación es de la siguiente manera:

CLASE TIPO. I .- Las lesiones de este tipo son las que inician a nivel de fosetas, depresiones o defectos estructurales de las superficies libres de los dientes, se pueden localizar en caras oclusales de los molares y de los premolares, los dos tercios oclusales de las caras bucales y linguales de los molares -- también aunque no es muy frecuente este tipo de caries se localiza en la cara lingual (cingulo) de los incisivos superiores.

Estas lesiones están ubicadas en superficies que permiten ser limpiadas con facilidad sea por los movimientos naturales de los músculos del paciente y el arrastre de los alimentos (autoclisis) por los medios artificiales para la higiene bual.

Este tipo de caries se extiende más por lo general en profundidad que en superficie, su boca de entrada es a veces difícil de detectar.

CLASE TIPO. II -- Este tipo de lesiones de clase II se originan en las caras proximales de los premolares y los molares.

Para poder detectarlas en algunos casos es necesario el uso de la radiografía de tipo interproximal o de alata mandiblar. Estas lesiones por lo general se inician en la cara proximal de un premolar o de un molar, cerca de la relación de contacto por impacto alimenticio o retención de placa en esa zona. También es contribuyente la falta de higiene. De no restaurar este tipo de lesiones provocan trastornos al paciente durante la masticación por impacto de alimento, puede también lesionar la papila gingival y después provocar una lesión periodontal en el espacio interproximal con dolor gnatolestias a la causa del proceso patológico.

CLASE TIPO. III -- Son las que se inician en las caras proximales de todos los dientes anteriores, sin abocar el ángulo incisal. Las causas que motivan este tipo de lesiones pueden ser.

a.- caries -- se originan por la retención de placa en las zonas de contacto

b.- traumatismos -- lesiones iatrogénicas por maniobras operatorias.

c.- defectos congénitos -- pueden ser por factores etiológicos.

d.- desmineralización -- por el exceso de consumo de bebidas ácidas.

CLASE TIPO. IV -- Las lesiones de tipo IV son las que habiéndose iniciado en las cercanías de las relaciones de contacto (proximales) avanza en dirección incisal lo suficiente para debilitar o destruir el ángulo correspondiente, en otros casos la lesión puede ser traumática y todo el ángulo está ausente.

CLASE TIPO. V -- Son las lesiones que se originan en el tercio gingival de las caras libres de todos los dientes, sus causas de origen son las mismas que se originan en las clases de tipo III y IV. Las causas más comunes en este tipo de caries son las caries mismas y la menos traumática se puede deber a la acción accidental del instrumento rotatorio impulsado a alta velocidad.

También intervienen los fenómenos de la erosión y la abradación mecánica.

Según Black la pared gingival se extendiera por debajo del borde libre de la encía hasta localizar dentina sana, las paredes mesial y distal hasta los ángulos correspondientes sin invadir parte oclusal (incisal) hasta la unión del tercio gingival con el tercio medio en sentido horizontal.

2.- GRADOS DE LA CARIES.

CARIES DE PRIMER GRADO.— En la caries del esmalte no hay dolor, se localiza al hacer la inspección y exploración, el esmalte se vé de brillo y color uniforme — pero donde la cutícula se encuentra incompleta y algunos prismas se han destruido da el aspecto de manchas blanquesinas granulosas. Otras veces se ven surcos — transversales oblicuos y opacos blanco-amarillentos ó de color café.

Microscópicamente iniciada la caries se vé en el fondo de la pérdida de sustancia "destritus alimenticio" en donde pululan numerosas variedades de microorganismos.

CARIES DE SEGUNDO GRADO.— En la dentina el proceso es muy parecido al de primer grado aun cuando el avance es mas rapido dado que no es un tejido tan mineralizado como el esmalte, pero su composición contiene también cristales de apatita impropada a la matriz colágena. Por otra parte existen también elementos estructurales que propician la penetración de la caries como son los túbulos dentinarios, los espacios interglobulares de CZERNAC, las líneas incrementales de VON EBNER Y OHTA.

La dentina una vez que a sido atacada por el proceso carioso presenta tres capas bien definidas.

La primera que se conoce con el nombre de "zona de reblandecimiento", la cual esta constituida por "destritus alimenticio" y dentina reblandecida que tapiza las paredes de la cavidad y se desprende facilmente con un aspirador de mano cuando asi la zona del limite siguiente.

La segunda zona se le conoce como "zona de invasión" tiene la consistencia de la dentina sana, microscópicamente ha conservado su estructura, y solo los tubulos están ligeramente ensanchados sobre todo en las cercanías de la zona anterior y están llenos de microorganismos. La coloración es de café

La tercera zona se le conoce como "zona de defensa" en ella la coloración desaparece, las fibrillas de Thomas están retraídas dentro de los tubulos y se han colocado en ellos nodulos de neo-dentina como una respuesta de los odontoblastos que obtienen la luz de los tubulos tratando de detener el avance del proceso carioso.

CARIES DE TERCER GRADO -- La caries ha seguido su avance penetrando en la pulpa pero esta ha conservado su vitalidad, algunas veces restringida pero viva, produciendo inflamación e infección de la misma conocidas por el nombre de pulpitis.

El sintoma patognomónico en este grado de caries es el dolor provocado y espontáneo.

El dolor provocado es debido también a oportes físicos, químicos o mecánicos.

El espontáneo no ha sido producido por ninguna causa externa, sino por la compresión del órgano pulpar, el cual al inflamarse hace presión sobre los nervios sensitivos pulpares, los cuales quedan comprimidos contra las paredes inextensibles de la cámara pulpar. Este dolor es exacerbado por las noches debido a la posición horizontal de la cabeza al estar acostado, la cual se compensa por la mayor afluencia de sangre.

CARIES DE CUARTO GRADO -- En este grado de caries la pulpa a sido destruida y pueden venir varias complicaciones.

Cuando la pulpa ha sido desintegrada en su totalidad "no hay dolor" ni espontáneo ni provocado. La destrucción de la parte coronaria de la pieza dentaria es

total o casi total constituyendo lo que se llama vulgarmente un raigon.

La coloracion que queda de parte de la pared es café. Al explorar con un estilete fino los canales radiculares encontraremos ligera sensibilidad en la region correspondiente al ápex y a veces ni eso.

Dejamos asentado que no existe dolor, sensibilidad, vitalidad y circulacion, y es por ello que no existe dolor, pero las complicaciones de este grado de caries si son dolorosas. Estas complicaciones van desde la monoartritis apical hasta la osteomielitis pasando por la celulitis, miocitis, osteitis y periostitis.

La sintomatologia de la monoartritis nos la proporcionan tres datos que son:

a.-Dolor a la percusion del diente.

b.-Sensacion de alargamiento.

c.-Movilidad coronal.

La celulitis se presenta cuando la inflamacion e infeccion se localiza en tejido conjuntivo.

La miocitis cuando la inflamacion abarca los musculos especialmente los masticadores, en estos casos se presenta al "trismus" ó sea la contraccion brusca de estos musculos que impiden abrir la boca normalmente (maseteros).

La osteitis y periostitis cuando la infeccion se localiza en el hueso o en el periostio y la osteomielitis cuando a llegado a la medula ósea

En general debemos proceder a hacer la extraccion en este grado de caries sin esperar a que venga alguna complicacion pues de no hacerlo así exponemos a nuestro paciente a complicaciones a veces mortales; o si las circunstancias lo permiten y tomando todas las precauciones debidas, hacer un tratamiento ortodontico, pero esto es objeto de otra materia.

3.- TEORIAS.

1.- TEORIA ACIDOGENICA. (TEORIA DE MILLER).- Esta teoría es la que actualmente parece acercarse mas a la explicación de la iniciación de la caries. Fue enunciado desde finales del siglo XIX por investigadores franceses y comprobado científicamente por MILLER a principios de este siglo, según esta teoría los microorganismos acidogénicos o generadores de ácido son esenciales para la iniciación del proceso carioso, ya que son capaces mediante su metabolismo de producir fermentaciones ácidas degradando los dientes en especial los hidratos de carbono, lo que bajo el PH ácido de la placa bacteriana, lo que a su vez incrementa la proliferación microbiana y con ello la actividad acidogénica.

Todo lo anterior es capaz de producir en primera instancia descalcificación de la molécula del esmalte y posteriormente la formación de cavidades.

Las pruebas que se adhieren a su favor de esta teoría son principalmente:

- a.- La medición de un PH ácido en la superficie del esmalte durante la iniciación de la caries.
- b.- La existencia de un complejo bacteriano que se encuentra en el sitio de la iniciación de la caries.
- c.- La relación directa entre dientes ricos en hidratos de carbono principalmente azúcares fácilmente desintegrables.

2.- TEORIA PROTEOLITICA. - Enunciado principalmente por GEOTTLIER y colaboradores, cito que el proceso carioso se inicia por la actividad de una placa bacteriana pero a diferencia de la teoría anterior, esta es compuesta por microorganismos proteolíticos (que provocan desintegración de la proteína) el mecanismo bacteriano al destruir la porción protéica interprimaria provoca la

desintegración del tejido adamantino, sufriendo posteriormente la invasión bacteriana acidogena que desintegra la porción mineral tal como lo dijera MILLER.

Esta teoría se comprobó mediante cortes histopatológicos que se observan en que las zonas predominantemente proteicas sirven como ruta para el avance de la caries. Sin embargo no explica la relación entre el proceso patológico y los hábitos alimenticios.

3. -- **TEORÍA DE LA QUELACION** -- Esta teoría expuesta por SCHWITS, explica el proceso carioso como un fenómeno esencialmente clínico, en que la pérdida de calcio fuera provocada por quelación (quelación es un fenómeno químico por el cual una molécula es capaz de capturar al calcio de otra molécula provocando su desequilibrio y desintegración).

La molécula que atrapa el calcio se denomina "quelato" y puede funcionar como tal, los ácidos perdidos y los polifosfatos salivales, el quelato molecular que rodea al calcio puede ser la apetita del esmalte, esta teoría no puede explicar la relación que existe entre la dieta y la caries.

4. -- **TEORÍA ENXUGUINA** -- En esta teoría afirman y demuestran la formación del esmalte, desde su formación hasta los cuatro años de edad.

Según LEINGRUBER dice que existen factores predisponentes a la caries los cuales son locales y generales, la composición química del esmalte según las diferentes proporciones en que se encuentran los componentes del esmalte confiere a este mayor o menor resistencia lo cual va en relación directa por la oposición y velocidad de avance de la caries.

El esmalte de los dientes al hacer erupcion aun no ha terminado de mineralizarse por lo que encontramos mayor predisposicion a la caries dental.

TEMA. III . - EXAMEN DE LA ENCIA

La atención al detalle y la minuciosidad esencial en todo examen clínico-oral — son especialmente importantes para descubrir los primeros signos de la enfermedad periodontal. Debe notarse con las más ligeras desviaciones de la normalidad que — pueden luego estar dentro de las variaciones normales. /

Pero hasta que el operador al adquirir experiencia aprende a apreciar las — variaciones fisiológicas a que está sujeto el periodonto, no debe despreciarse — ningún cambio en el aspecto del mismo.

Debe secarse la encía para poderla observar en forma precisa. La reflexión de la luz en las superficies húmedas y brillantes borra los detalles.

Además del examen visual y de la exploración instrumental, la palpación digital es muy útil en el examen del periodonto. La palpación suave y firme ayuda a — descubrir las alteraciones patológicas de la resiliencia normal de la encía, así — como la localización de zonas de formación de "pus"

Es conveniente seguir un orden en el examen del periodonto. Comenzando en las zonas de los molares superiores e inferiores, seguir diente por diente, esto evita — en el vez solo los cambios espectaculares en detrimento de los menos llamativos que son a menudo más reveladores.

Una ayuda para el examen es el uso de una ficha en que consten los hallazgos periodontales y algunos datos de interés. Sin embargo el operador debe prevenir las fichas excesivamente complicadas que pueden conducir a una frustante acumulación de minucias y no a la aclaración del problema periodontal del paciente.

Las fichas periodontales nos sirven para lo siguiente:

a.- Guía para un examen prolijo.

b.- Establecer el estado oral del paciente, que puede servir de base para la evaluación de la respuesta del tratamiento a través del tiempo.

c.- Representación gráfica del estado periodontal general.

d.- Como comparación para las visitas futuras.

1 - TARTARO Y OTROS DEPOSITOS SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE. - Debe buscarse prolijamente el tartaro, controlando cada superficie del diente hasta el nivel de adherencia de la encía con explorador agudo. Un chorro suave de aire caliente separa el margen gingival de la superficie dentaria, facilitando la visualización de tartaro. Aunque los grandes depositos de tartaro pueden verse radiográficamente, no se debe confiar en este método pues en el tartaro profundo subgingival vitreo su utilidad es limitada.

Ademas del tartaro debe notarse la presencia de materia alba y pigmentaciones.

2 - ENCIA. - El examen de la encía consiste en la consideración sistematica de cada una de las siguientes características clinicas.

A - COLOR. - El color de la encía adherida y marginal se describe generalmente como rosado coral y resulta del aporte vascular, del grosor y grado de queratinización del epitelio y de la presencia de células con pigmento.

Las variaciones en el color de la encía parecen estar relacionadas con la pigmentación cutánea general. La encía es de estos rosos claros en individuos de tez blanca y cabellos rubios que en los negros. Ademas de la variación en el tono rosado la encía esta sujeta a una pigmentación fisiológica que es la producida por el aumento en el número de las células que contienen melanina.

B - TAMANO - Este representa la suma total de las células y elementos intercelulares y su aporte vascular. La alteración en el tamaño de la encía es una característica común de la enfermedad gingival resultante de alteraciones de sus componentes microscopicos.

C.- **CONTORNO** -- Normalmente la encía presenta un aspecto festoneado con prominencias alargadas correspondientes a las raíces de los dientes.

D.- **CONSISTENCIA** -- Excepto el margen libre movable, la encía es firme — resiliente e íntimamente unida al hueso subyacente. Esta firme consistencia de la encía se explica por la naturaleza colágena de la lamina propia y su contigüidad con el micoperiostio del hueso alveolar. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen gingival.

E.- **TEXTURA SUPERFICIAL** -- La superficie de la encía se describe como punteada o "en cascara de naranja". El término punteada se refiere a una indentación u ondulación superficial irregular. La superficie del margen libre gingival es lisa, los bordes marginales de la papila interdental son lisos, la posición del centro — esta generalmente punteada. Segundo cuidadosamente la encía el delgado margen gingival liso puede distinguirse perfectamente de encía adherida punteada, de la que esta separada por un ligero surco. (surco gingival libre)

El punteado de la encía es una forma de adaptación especializada o de refuerzo para la función. Es una característica clínica importante de la encía normal, la disminución del punteado es una frecuente indicación de la existencia de — enfermedad gingival.

F.- **POSICIÓN** -- La posición normal de la encía varía con la edad de modo que la adherencia epitelial puede estar adherida tanto a la corona como a la raíz.

El término *recesión* o *retracción* se usa con referencia a la posición de la —

encia, y se define como la exposición progresiva de la superficie radicular por un deslizamiento apical de la encía con pérdida de la cresta alveolar y de la parte correspondiente de la membrana periodontal.

Además de estas características clínicas, deben tomarse en cuenta la propensión a las hemorragias y el dolor. No debe pasarse por alto ninguna desviación de lo normal, debe anotarse la distribución y agudez o cronicidad de la enfermedad gingival.

G .- BOLSAS PARODONTALES .- Representa un aumento patológico de la distancia entre las posiciones, real y aparente de la encía. En el examen de las bolsas periodontales, debe considerarse lo siguiente:

a.- Presencia y distribución

b.- Tipo de bolsa, si es relativa o absoluta, gingival o infrabesa, simples, compuestas o complejas.

c.- Profundidad de las bolsas.

d.- Nivel de adherencia a la raíz.

e.- Trayecto de la bolsa en relación con cada superficie dentaria y con el hueso alveolar.

TEMA . IV . EXPLORACION DEL APARATO DENTAL.

Esta se hará con la ayuda de un espejo, de unas pinzas y de exploraciones de distintas formas, para poder llegar a los sitios mas remotos y ocultos de nuestras arcadas dentarias.

Revisaremos diente por diente y cara por cara de cada diente tratando de descubrir las posibles caries existentes.

Este examen llevara un orden organizado, estructurado y prolijo, que comenzará por algún tercer molar superior, para terminar con su análogo inferior.

Se evitara cualquier anomalía, como abrasion, erosion, diastemas, así como las patologías respectivas.

Clasificaremos el grado de caries existente, y las posibles complicaciones por el lado del periodónto.

Así como también la revisión del estado actual de las obturaciones y piezas protésicas que existen.

Observaremos tártaro supragingival como infragingival, revisando y explorando el cuello de los dientes, tratando de descubrir bolsas que nos hagan presumir de alguna periodontitis.

Comprobaremos las ausencias dentales específicamente de los terceros molares tanto superiores como inferiores y de los caninos superiores. El examen radiográfico es de rigor para tener un amplio diagnóstico.

Investigaremos la presencia de dientes muertos y su causa de muerte, buscaremos la persistencia de dientes de leche (dientes primarios) y por ultimo estudiaremos con especial atención el dolor provocado al paciente por algunos de estos trastornos ocasionados por caries o problemas periodontales.

1. - INSPECCION BUCA. - La practicamos a diario y para ello es importantísimo seguir un orden definido anotando en nuestras tarjetas clinicas todo lo que encontremos al efectuarla.

Comenzaremos por los tejidos blandos, despues seguiremos con los duros, prosegui-
remos con la pulpa cuando se encuentra expuesta y por ultimo los tejidos del ---
parodencia.

La inspeccion se divide en simple y armada. La primera la efectuaremos emplean-
do simplemente la vista. En la armada usamos diversos instrumentos, como son los -
espejos, simples o de aumento, pinzas de curacion, exploradores de punta fina, abeto-
lenguas, sonda dental, jeringas de agua y aire, rollos de algodn, aspirador de saliva
separadores de carrillos, soluciones antisépticas antes y despues del examen, ---
guantes de hule para evitar contagio cuando exista infeccion especifica.

Antes de iniciar el examen, el operador debe lavarse cuidadosamente las manos --
y desinfectarlas, para ello usaremos capillos, jabn, alcohol o algún antiséptico debil
que no maltrate la piel.

Debemos ser sumamente cuidadosos con nuestras manos, evitar contusiones, crañes o
raspones que nos puedan producir alguna infeccion, y tambien no debemos transmitir
una infeccion de una boca a otra por medio de nuestros dedos.

La esterilizacion y antisepsia son tambien muy necesarias para los instrumentos y
para los guantes de hule que usaremos por lo menos en el primer examen. Acleremo-
nos que el que no se usen los guantes con la frecuencia que se debe no quiere ---
decir que sea correcto, despues del primer examen si no hay alguna enfermedad espe-
cifica podemos abstenemos de usarlos en las siguientes citas.

En el examen de los tejidos blandos debemos observar si hay "edemas" o alguna alteración en el contorno de la cara, ciarocis, herpes o fisuras de los labios de --
ahí pasamos al color y contorno de las mucosas de los carrillos, del paladar y --
del velo del paladar, úvula y amígdalas, de las regiones sublingual y submaxilar
y de las encías en general, notando la presencia de tumores, leucoplacias o -----
cualquier otra señal de infección.

Pondremos especial atención en las encías y buscaremos alteraciones en las --
papilas interproximales, fistulas, alteraciones atroficas o hipertroficas, bolsas --
periodontales. Observaremos tambien los ganglios linfaticos submaxilares, las ----
glándulas salivales y sus conductos, la condicón de la saliva, la presencia de hal-
tosis la cual puede ser debido a la falta de higiene bucal o por presencia de ----
caries, sarro, descomposicion de la pulpa, restos radiculares, periodontobclasia, puentes
o coronas mal ajustadas etc. etc.

En algunos casos la halitosis puede ser debido a trastornos sépticos de los con-
ductos nasales, de la faringe, laringe o de los pulmones, tambien puede ser debido --
a ulceras, estreñimiento, diabetes, alcoholismo, tabaquismo o a la ingestión de ajo o
cebolla.

El odontólogo en su practica diaria puede hacer el diagnostico diferencial --
entre caries, pulpa necrosante, periodontobclasia etc, solo por el olor del aliento
que despidе la cavidad oral.

Pasamos a la inspeccion de los tejidos duros que en esta ocasion son los dientes
debemos llevar siempre un orden. Empezaremos por el tercer molar inferior izquierdo
hasta la linea media o sea hasta el incisivo central inferior izquierdo, seguimos
con el tercer molar inferior derecho hasta la linea media del mismo lado, despues

se pasa a la arcada superior siguiendo el mismo orden que en la arcada inferior.

Tendremos tarjetas con las figuras de los dientes en donde anotaremos todo lo que encontremos usando claves personales.

Usaremos junto con el espejo al hacer la inspeccion, pinzas de curacion con una torunda de algod6n para secar todas las superficies de los dientes, emplearemos — adem6s un explorador de punta fina para localizar las caries incipientes. El secar las caras de los dientes evita confundir la caries con manchas o sarro.

Un elemento m6s que nos ayuda a localizar sin lugar a dudas la presencia de — caries proximales que no localizamos por la inspeccion es el uso de la radiograf6a

Ser6a sumamente conveniente que antes de hacer un diagnostico de caries se — hiciera primeramente una profilaxis retirando todo el sarro existente y quitando todas las manchas y despues tomar radiograf6as de todas las piezas dentarias pues asi tendr6amos la seguridad de que no se quedaria oculta ninguna caries...

CONCLUSIONES.

Ante la pérdida inevitable de las piezas dentales por caries o por causas — periodontales, se aconseja al odontólogo que lleve a cabo lo siguiente:

1.- Hacer un examen detallado de la cavidad oral, utilizando los instrumentos adecuados.

2.- Hacer una profilaxis minuciosamente para tener un amplio campo visual de las piezas dentales.

3.- Seleccionar el tipo de tratamiento, que sea lo mas efectivo y comodo para el paciente.

Logrando lo antes mencionado tendremos asegurado el éxito de nuestro tratamiento dental.

Por medio de la odontología preventiva o reconstructiva, se evitara la pérdida prematura de las piezas dentales, ya que constituyen la parte mas esencial del — aparato masticatorio.

BIBLIOGRAFIA

1.- PERIODONTOLOGIA CLINICA

GLICKMAN

QUINTA EDICION

2.- OPERATORIA DENTAL

BARRANCOES MOONEY

3.- OPERATORIA DENTAL

RITACCO

CUARTA EDICION