

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA



LA PARODONCIA EN LA NIÑEZ Y EN LA PUBERTAD

TESIS

que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta:

CARLOS GUZMAN LOYO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA



LA PARODONCIA EN LA NIÑEZ Y EN LA PUBERTAD

TESIS

que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta:

CARLOS GUZMAN LOYO

A mis padres:

Sr. Raúl Guzmán Martínez

y

Sra. Magdalena Loyo de Guzmán.

Con admiración, cariño y agradecimiento.

A mis abuelos:

Dr. Mauro Loyo Sánchez

y

Sra. Beatriz Díaz de Loyo.

Con cariño.

A mis hermanos:

Lic. Raúl Guzmán Loyo

Lic. Jorge Guzmán Loyo

Srta. Beatriz Guzmán Loyo

Sra. Magdalena Guzmán de Montalvo.

Dándoles las gracias por su ayuda.

En agradecimiento al Dr. Jorge Eduardo Tsuchiya López.

Gracias al cual fué posible la elaboración de esta tesis.

A los señores:

Dr. Alfredo Flores Meyer.

Dr. Eduardo Ortega Zárate.

Dr. Armando Crucet y Bernal.

Dr. José Ramírez Corte.

Que tanto contribuyeron y moldearon mi formación profesional.

A la Escuela Nacional de Odontología.

A mis compañeros y amigos.

A Rossi.

Con todo mi amor y cariño eternos, mi agradecimiento por su valiosa ayuda y estímulo.

Al Honorable Jurado.

I N D I C E

	Pág.
Capítulo I Introducción.	1
Capítulo II Características psicológicas de las conductas del niño y el púber.	3
Capítulo III Parodonto.	13
a) Anatomía.	13
b) Fisiología.	16
c) Características microscópicas.	16
Capítulo IV Cambios histológicos que se presen- tan durante el cambio de niño a púber.	20
Capítulo V Etiología de las enfermedades paro- dontales.	27
a) Factores locales internos.	27
b) Factores locales externos.	33
c) Factores generales o sistémicos.	35
d) Factores endocrinos u hormonales.	40
e) Factores psicosomáticos.	43
Capítulo VI Enfermedades parodontales que se presentan con más frecuencia.	45

	Pág.
Capítulo VII Síntomas, signos y evolución.	50
Capítulo VIII Tratamiento.	61
Capítulo IX Prevención de las enfermedades parodontales.	67
a) Educación materno-infantil.	77
b) Educación escolar.	78
Capítulo X Importancia de la visita periódica del niño al consultorio dental.	80
CONCLUSIONES.	86
BIBLIOGRAFIA.	88

CAPITULO I

INTRODUCCION.

La enfermedad parodontal suele ser el resultado de una inflamación prolongada antes que la consecuencia de un trastorno agudo. Está relacionada con la formación de sarro, que es casi universal en personas que pasaron por los 30 años; por ello, la enfermedad parodontal suele considerarse como propia de una edad media, pero bien pudiera ser que su iniciación se produjera en la infancia y que sólo los resultados manifiestos se observaran en los años posteriores.

Cuando ha habido una gran pérdida del tejido parodontal como consecuencia de una irritación muy prolongada, no es posible que el tratamiento cure ese estado. El momento oportuno es antes de producirse la destrucción irreversible. Cuando se piensa que el 90% de los niños tiene algún grado de gingivitis antes de los 12 años, es obvio que la enfermedad parodontal en los niños merece la mayor atención.

Estudios de Schour y Massler señalan que es erróneo

considerar a la enfermedad parodontal primordialmente una perturbación de la vida adulta.

Si no se las trata, muchas de estas lesiones progresarán con mayor destrucción en la edad adulta, y se torna visible que cualquier programa preventivo para el control de la enfermedad parodontal, primero deberá eliminar las condiciones patológicas del parodonto de los niños para que tenga éxito.

Durante la adolescencia es frecuente encontrar variadas alteraciones en los tejidos parodontales, parte de ellas se atribuyen a la aparición de hormonas sexuales en el torrente circulatorio.

El estudio de los tejidos parodontales durante la niñez y la pubertad, así como el diagnóstico de las parodontopatías, su prevención y su tratamiento serán de gran utilidad para evitar o disminuir los trastornos parodontales en el estado adulto.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LAS CONDUCTAS DEL NIÑO Y EL PUBER.

La conducta del niño es y ha sido una entidad psicológica, que deberemos conocer y así poder guiarla adecuadamente para poder efectuar en él, un tratamiento exitoso, al mismo tiempo que logramos en el niño mismo una conciencia del cuidado de su boca y no predisponerlo con el cirujano dentista.

O sea, de nuestra buena labor, tanto profesional como psicológica, dependerá, que cuando el niño crezca siga atendiéndose su boca convenientemente y vea en el cirujano dentista, una necesidad y una persona de confianza que se esfuerza por darle salud.

De la variabilidad de la conducta del niño, se desprende, que mediante el adecuado enfoque psicológico a cada caso, dependiendo de su edad cronológica y mental, su emotividad, su sexo, la confianza que se le inspire en el trato (mostrándole el interés deseado por él a sus intereses) y el ade-

cuado interés hacia su problema bucal y a su salud general; ganaremos un buen paciente dental, que durante toda su vida continuará asistiendo al consultorio dental, en busca de salud. Pero si al contrario no hemos dado el enfoque adecuado, perderemos a ese paciente y a los pacientes que pudiera mandarnos y lo predisponemos aún con compañeros de la misma rama profesional. Siendo ésto repercutido en la salud oral y general del próximo adulto.

De donde el cirujano dentista está obligado a no producir circunstancias emotivas que vayan a repercutir en lo anterior (como dolor innecesario, indiferencia al paciente, etc.), deberá tratar con toda la psicología posible a los niños, en el caso de que no pudiera hacerlo, bien por incapacidad o porque se trate de un niño problema o con cualquier otra causa emotiva que dificulte el correcto tratamiento, optará por remitir a ese paciente con un especialista en niños, acto que le ayudará a mantener mejores relaciones profesionales y a aumentar la calidad y el número de sus pacientes. Mejorando de esta manera su capacidad profesional.

El púber o adolescente es una entidad diferente al ni

ño y como tal deberemos darle enfoque psicológico distinto al del primero. De donde se desprende que el cirujano dentista deberá conocer por lo menos las características psicológicas de la conducta, principales a las diferentes edades.

Psicología infantil.- En el niño encontramos factores intrínsecos y factores extrínsecos. Los intrínsecos son con los que el niño nace; los extrínsecos son las experiencias - que recibe el niño de acuerdo con su modo de vivir y con el molde de su personalidad.

Si las experiencias han sido malas la personalidad -- del niño puede irse para abajo. En los extrínsecos tienen un papel muy importante la conducta de los padres, la forma - en que conducen y educan a los hijos. (Movidos con suavidad y determinación, no titubeando debemos tratar al niño).

Los factores intrínsecos son las emociones primarias como lo son el temor, el amor, y la cólera que no necesitan explicación.

Al niño hay que explicarle siempre lo que vamos a - hacer, aunque se trate de un simple espejo, unas pinzas, algodón, etc.... para que con ello se den cuenta de que no

les vamos a hacer daño; así también haremos uso de las -- comparaciones imaginarias con los instrumentos y con los -- aparatos.

A los niños nunca los debemos engañar, siempre hay que decirles la verdad, así como la palabra dolor hay que -- sustituirla por molestia. De esta manera el niño se va dan -- do cuenta de que todo lo que le digamos es verdad pues va -- teniéndonos más confianza.

Los patrones determinantes en la conducta del niño -- los resumiremos en tres grupos:

- a) Emociones primarias.- Temor, amor y cólera.
- b) Patrones de conducta a diversas edades.
- c) Conducta de los padres.

Como el grupo a) no tiene necesidad de explicarse, a -- continuación describiremos los grupos b) y c).

- b) Los patrones de conducta a diversas edades:

A los 2 años.- En muchas ocasiones se nos presen -- tan niños de 2 años de edad, nosotros no esperaremos que -- el niño coopere espontáneamente, a esta edad no podemos -- razonar con él. A esta edad los niños se encuentran íntima

mente ligados a la madre, razón por la cual no trataremos de separar al niño de la madre o acompañante que lo traiga, sino que le pediremos que se siente en el sillón dental y -- acomode al niño en su regazo, con el objeto de que la sienta cerca.

A los 3 años de edad el niño cambia completamente, es más sociable y ya no existe un vínculo tan estrecho con su madre, es más cooperador, entiende las órdenes, acepta nuevas situaciones, aquí ya le debemos explicar lo que le vamos a hacer y puede cooperar extraordinariamente bien si sabemos manejarlo.

A los 4 años de edad el niño empieza a hacer las -- preguntas del ¿Cómo? y el ¿Por qué?, que nos puede expresar la idea de cierta independencia y una cierta resistencia.

Entre los 5 y los 6 años de edad, el niño está más -- relacionado, ya ha ido a la escuela y hay la posibilidad de poder entablar cierta relación con él, si le mostramos interés en su vida.

A los 7 años de edad la autoridad paterna ha sido -- transferida al maestro, el niño ya se encuentra capacitado --

para reaccionar mejor, a esta edad el niño ya siente respeto por las personas mayores.

Entre los 8 y los 10 años de edad el niño se va acercando a la pubertad, tratan de ser mejores, tratan de imitar ya sea al padre o a la madre, tratan de ser valientes, necesitan que los estimulen, que les felicitemos por haber cooperado con nosotros. Los niños cuando se dan cuenta de que valoramos su esfuerzo, se sienten con más confianza, cariño y respeto.

Durante la adolescencia los púberes tienen etapas en que son valientes y otras en que no lo son, aquí es muy importante valorar la figura del padre o del héroe de que ellos son devotos, hay que tener muy buen ojo clínico para poder valorar o entender al paciente.

c) La conducta de los padres la podemos resumir en cuatro puntos:

1.- Padres con demasiado afecto a los hijos, provocan en éstos una inadaptación y cobardía, con sobreprotección a los mismos los vuelven egoístas y con una indulgencia exagerada provocan en ellos un miedo exagerado. A es

te tipo de niños hay que tratarlos con disciplina y autoridad.

2.- Cuando los padres ven a sus hijos con demasiada ansiedad provocan que éstos sean cobardes, dependientes y tímidos.

3.- Los padres autoritarios provocan en los hijos resistencia y negativismo o timidez o cobardía. Los indiferentes provocan la falta de seguridad y timidez o cobardía.

4.- Aquellos padres que tratan con repudio a sus hijos los vuelven agresivos, belicosos y negativos (rebeldes).

De la conducta propia de los niños sacamos los siguientes tipos:

a) Tímido, que puede ser con miedo, o sin miedo - (vergonzoso).

b) El tipo temperamental (mimado). Que puede presentar una resistencia activa o pasiva.

c) El tipo incorregible (mimado).

d) Los niños anormales (dementes, deficientes mentales, con parálisis cerebral, etc.).

El niño tímido con miedo, a pesar de ser tímido tiene un miedo exagerado al no poder realizar algo que se le

mande (padres), a estos niños hay que brindarles afecto y cariño y no presionarlos. Los niños sin miedo pero tímidos, también no hay que presionarlos sino una vez que se familiarizan con nosotros, cooperan perfectamente, a estos niños hay que tratarlos con cuidado porque por su misma timidez no nos dicen que tienen dolor, a la media hora de trabajo doloroso el niño explota y luego no hay cooperación. A el niño mimado hay que hacerle ver que no le vamos a hacer daño pero que le vamos a tratar le guste o no le guste y debemos imponer nuestra autoridad: pueden presentar resistencia activa.- no quieren saber nada de nosotros, se tiran al suelo, se escurren del sillón, etc., aquí debemos olvidarnos por el momento del niño y platicar con su padre o madre desde luego referente al problema, pidiéndoles nos den la autorización de actuar según nosotros lo creamos conveniente y que nos dejen solos con el niño, cuando se calma éste tratar de nuevo. Los que presentan resistencia pasiva o tratan de escupir o enjuagarse continuamente o luego quieren ir al baño, etc. se deberán tratar imponiéndose de una manera amable. Los incorregibles es muy difícil -

controlarlos pero después de 3 ó 4 citas se dan cuenta de -
que no pueden evitar el tratamiento y empiezan a ceder, --
también debemos hablar con los padres y decirles que no se
molesten por nuestra autoridad hacia el niño y de esa manera
obligarles disciplina en el consultorio y decirles a los padr
es o acompañantes que no intervengan. Los niños anormales
son problemas derivados de alguna situación patológica y
ésta impide que reaccionen como un niño normal; entonces -
veremos si podemos tratarlos como cualquier niño con su difi
cultad desde luego, pero si no podemos deberá usarse anestes
ia general, que también se usa en niños demasiado pequeños.

El método es a la ciencia lo que el instrumental al -
cirujano. Un operador puede tener grandes conocimientos -
acerca del cuerpo humano, pero no podrá aplicarlos si no -
posee los instrumentos necesarios.

Los procedimientos carentes de método conducen a -
generalizaciones erróneas. Como lo dice un antiguo proverbi
o latino: Quod licet jovi non licet bovi, lo que se le permit
e a un dios, no se le permite a un buey. En otras pala--

bras, lo que es correcto en un caso, puede ser erróneo en otro. Lo que tiene valor positivo en determinado aspecto, puede tenerlo negativo en otro.

La psicología es una ciencia que sirve de puente, en un sistema de relación y no puede ser definida, por su real naturaleza como un término estático, pues es la más dinámica y múltiple de las ciencias.

En conclusión a los niños se les debe tratar tomando mucho en cuenta su conducta psicológica e individualmente - caso por caso, no tratar de establecer un patrón de conducta general hacia todos los niños y adolescentes.

CAPITULO III

PARODONTO.

- a) Anatomía.
- b) Fisiología.
- c) Características microscópicas.

Siendo la parodoncia la ciencia rama de la Odontología que se ocupa de la prevención y del tratamiento de las enfermedades del parodonto, se hace necesario recordar que el parodonto es el conjunto de tejidos que soportan, fijan y revisten a las piezas dentarias hasta su cuello clínico.

a) Anatomía: los tejidos de sostén de las piezas dentarias son duros y blandos. Entre los duros encontramos el hueso alveolar y el cemento radicular; entre los blandos tenemos la encía, la inserción epitelial o adherencia epitelial, y las fibras o ligamentos dentarios.

La unión de las piezas dentarias al hueso alveolar hecha por ligamentos, recibe el nombre de articulación por Gonphosis.

El hueso o proceso alveolar está formado hacia el la

do radicular por la pared alveolar y hacia el lado bucal, -- lingual o palatino por tejido óseo compacto, cubierto por periostio y contiene en medio tejido óseo esponjoso. En el alveolo se encuentra la lámina dura o lámina cribosa que presenta pequeños orificios o cribas, donde se van a insertar las fibras de los ligamentos parodontales y por donde se nutren e inervan los mismos; radiográficamente se observa -- una línea radiopaca bien delimitada.

El cemento radicular forma la estructura externa de la raíz de las piezas dentarias. Contiene de 30 a 35% de sustancia orgánica, suele unirse al esmalte de la corona en una línea cervical continua.

La encía de la dentadura temporaria es de color rosa pálido, firme y punteada o lisa. Por lo general a la encía de los niños se le describe como lisa y no punteada. Sin embargo si examinamos cuidadosamente un campo bien seco podremos observar un aspecto punteado similar al que se ve en adultos. Las papilas interdentes tienden a ser angostas en sentido mesiodistal, siguiendo el contorno interproximal de la dentadura temporaria. La profundidad del -

surco gingival de los dientes temporarios es mayor que la de la dentadura del adulto, aún sin ningún cambio patológico gingival.

La papila interdental, o proximal, es aquella parte de la encía que llena el espacio proximal entre dos dientes adyacentes; está compuesta por encía adherente o insertada y en parte por encía libre o marginal.

La inserción o adherencia epitelial es ese epitelio -- que está en conexión con la superficie del diente; se extiende hacia la raíz desde el fondo del intersticio o hendedura gingival. Hay varias teorías que tratan explicar la formación de la inserción epitelial entre ellas está la teoría de --
Gotlieb.

La membrana parodontal o ligamentos parodontales -- es el tejido conectivo que cubre la raíz del diente y recubre el hueso alveolar. Está constituida por los siguientes elementos: Fibras o ligamentos principales, fibras secundarias, fibroblastos, osteoblastos, osteoclastos, cementoblastos, vasos linfáticos y sanguíneos, nervios y restos epiteliales de Malasses. La membrana parodontal cambia en estructura --

continuamente, de acuerdo con las necesidades de cambios de fuerzas. La membrana parodontal de los dientes temporales es más ancha que la de los permanentes. Durante la erupción la dirección de las fibras principales se aproxima a la del eje mayor del diente para luego llegar a la disposición bien definida en haces de la dentadura permanente.

b) Fisiología: la función de los distintos elementos del parodonto es múltiple y a continuación se enumerarán las principales.

- 1.- Soporte.
- 2.- Sensitiva.
- 3.- Nutritiva.
- 4.- Formativa.
- 5.- De ayuda en la masticación.
- 6.- De protección a los distintos elementos de la boca.
- 7.- De gran importancia en el contorno maxilo-facial.

c) Características microscópicas: el aspecto histológico del parodonto es de muchísima importancia para poder entender las funciones del mismo.

En el humano los dientes actúan para triturar el ali-

mento que ha entrado en la boca y mezclarlo con la saliva de manera que pueda ser fácilmente deglutido. Están dispuestos en dos curvas parabólicas, una en el maxilar superior y otra en la mandíbula; cada una constituye una arcada dental. La arcada superior es ligeramente mayor que la inferior; por lo tanto, normalmente los dientes superiores quedan algo por delante de los inferiores.

La masa de cada diente está formada por un tipo especial de tejido conectivo calcificado denominado dentina. La dentina de la porción radicular se encuentra cubierta de un tejido conectivo especial calcificado denominado cemento. Hay dos tipos histológicos de cemento. El que recubre la mitad o el tercio coronal de la raíz carece de células en la matriz; por lo tanto recibe el nombre de cemento acelular. El resto del cemento se llama celular porque contiene células (cementocitos) dentro de sus lagunas; estas últimas como las de los huesos, tienen canaliculos que van de una a otra. Sin embargo no hay sistemas haversianos en el cemento; normalmente no es vascular como los demás tejidos dentales duros.

Los dientes inferiores están fijados en un borde óseo --

que se proyecta hacia arriba desde el cuerpo de la mandíbula; los superiores en un borde óseo que se proyecta hacia abajo - desde el cuerpo del maxilar superior; estos bordes óseos reciben el nombre de bordes alveolares. En ellos hay alvéolos, - uno para la raíz de cada diente. Los dientes están suspendidos y firmemente adheridos a sus alvéolos por una membrana conectiva denominada membrana parodontal.

Está formada principalmente por haces densos de fibras colágenas que se dirigen en varias direcciones desde - el hueso de la pared alveolar hasta el cemento que reviste la raíz. Los extremos de las fibras colágenas están incluidos tanto en el hueso alveolar como en el cemento de la - raíz. Las fibras incluidas reciben el nombre de fibras de Sharpey. Tales fibras están dispuestas de manera que al - hacer presión sobre la superficie masticatoria del diente, - éste, suspendido por ellas, no sufre mayor compresión dentro del alvéolo que se va estrechando (lo cual podría aplastar los vasos sanguíneos de la membrana), y al mismo tiempo le permite al diente un ligero movimiento dentro del alvéolo.

La mucosa de la boca forma un revestimiento externo para el hueso del borde alveolar; estos revestimientos reciben el nombre de encías. La parte del tejido de la encía que se extiende coronalmente más allá de la cresta del proceso alveolar recibe el nombre de borde gingival.

Las funciones de los tejidos de soporte del diente son: Formativa, de soporte, sensorial y nutritiva.

La función formativa es llenada por los cementoblastos, osteoblastos, fibroblastos, los que son productores de cemento, hueso y fibras o ligamentos.

La función de soporte mantiene la relación del diente en su posición con los tejidos duros y blandos que están alrededor del diente. Se lleva a cabo por los ligamentos de tejido conectivo organizado que comprende casi la totalidad de la membrana o ligamento parodontal.

La función sensorial es efectuada por los nervios, procedentes del V par craneal.

La nutritiva por los vasos sanguíneos y linfáticos.

CAPITULO IV

CAMBIOS HISTOLOGICOS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL CAMBIO DE NIÑO A PUBER.

Los tejidos de fijación del diente o sea encías y parodonto, así como diferentes estructuras del cuerpo humano sufren diversos cambios en tamaño, disposición histológica y función durante el cambio de niño a púber. Todos estos cambios se atribuyen al funcionamiento y evolución del sistema endocrino.

Sistema endocrino.- Las glándulas de secreción interna productoras de hormonas constituyen el denominado sistema endocrino, pues todas segregan en forma similar. Pero no es solamente por ello que constituyen un sistema; también porque, en general, el funcionamiento de cada una afecta el funcionamiento de otras. El hecho de que diversas glándulas endocrinas se influyan mutuamente permite sospechar que en condiciones normales debe de haber cierto equilibrio entre sus diversas actividades. El equilibrio particular probablemente difiera según las personas; por --

eso se dice que tienen constituciones endocrinas diversas.

Las glándulas endocrinas productoras de hormonas -- son las siguientes:

- 1.- La hipófisis.
- 2.- La tiroides.
- 3.- Las glándulas paratiroides.
- 4.- La glándula suprarrenal.
- 5.- Los islotes de Langerhans del páncreas.
- 6.- Las gónadas masculina y femenina.

Funciones generales.- Algunas son imprescindibles para la vida. A otras les corresponde el crecimiento y las diferencias que existen entre la anatomía y fisiología de los machos y las hembras. Las hormonas desempeñan un papel muy importante en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas y en el equilibrio mineral del cuerpo. Probablemente gran parte de las diferencias físicas y emocionales entre las personas se fundan en la herencia de tipos diferentes de constitución endocrina.

Cambios que ocurren en la mujer al llegar la pubertad y su causa: Durante la infancia, aunque produce hormo-

na de crecimiento, la hipófisis anterior segrega muy poca - hormona gonadotrófica. En consecuencia el ovario sólo se desarrolla en proporción al resto del cuerpo. Pero al acer- carse la pubertad, la hipófisis anterior (células basófilas) - empieza a producir hormona gonadotrófica. Bajo el estímu- lo gonadotrófico el ovario empieza a funcionar como glándu- la endocrina. Produce dos hormonas, la primera hormona producida por el ovario es estrógena. Se trata de la hor- mona femenina básica. Cuando al llegar a la pubertad pene- tra en el torrente circulatorio, origina el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la mujer. Las mamas se dilatan y redondean. Aparecen cantidades de grasa deba- jo de la piel de muslo y caderas. Se estimula el desarro- llo de pelo en algunas partes del cuerpo, sobretudo a nivel de la región pubiana; aquí su distribución difiere de la que tiene el varón, pues el borde superior constituye una línea horizontal en lugar de elevarse triangularmente como en el hombre. La laringe ya no aumenta de volumen como ocu- rre en el varón. Se despierta el la libido; pronto se pola- riza hacia en polo opuesto.

La segunda hormona producida por el ovario desde la pubertad es la progesterona (progestina). La elabora el cuerpo amarillo cada vez que un óvulo es puesto en libertad. En la mujer no embarazada la función principal de la progesterona estriba en preparar el útero para la recepción de un huevo fecundado. Dicha preparación significa desarrollo del endometrio que aumenta de espesor y se vuelve succulento para poder incluir fácilmente un huevo fecundado. Si la fecundación no se ha llevado a cabo, no serviría de nada seguir -- manteniendo el endometrio en estado especial. En consecuencia, el cuerpo amarillo degenera y deja de producir progesterona. El resultado es que el endometrio que por acción de esta hormona ha alcanzado gran desarrollo, se descama y sangra; así se produce la menstruación. Cabe pues decir que la menstruación depende fundamentalmente del fracaso -- del cuerpo amarillo para producir progesterona. En el caso de gestación, el cuerpo amarillo no degenera; por lo tanto -- no se produce la menstruación.

Cuando se acerca la pubertad, las mamas de la mujer que hasta el momento han sido aplanadas, aumentan de --

volumen y toman forma semiesférica. Los pezones se hacen más prominentes. La mayor parte del aumento de volumen depende de la acumulación de grasa en el tejido conectivo situado entre los lóbulos y lobulillos. En el varón, la glándula mamaria suele sufrir cambio mínimo o nulo al llegar a la pubertad, conservándose plana. En raros casos puede producirse cierto agrandamiento muy similar al que ocurre en la mujer; el proceso se denomina ginecomastia.

Los cambios de la mama femenina dependen de los estrógenos, probablemente junto con algo de hormona lactógena (cuya secreción dependería de la aparición del estrógeno en la circulación). La progesterona, segregada periódicamente a partir del momento de la pubertad, puede desempeñar papel coadyuvante.

Como el ovario en la mujer, en el hombre los testículos van a producir hormonas que definirán los caracteres sexuales secundarios como: barba, desarrollo muscular, etc.

Durante el cuarto mes de vida intrauterina se desarrollan en el testículo gran número de células intersticiales. Este desarrollo y el aumento de volumen general del órgano

por este tiempo hacen sospechar que sea estimulado por una hormona trófica. Lo más probable es que tal hormona sea de origen placentario, más que hipofisiario. Probablemente esta gonadotrofina placentaria estimula el crecimiento del testículo del varón en etapa temprana de la vida fetal, y lo transforma en una glándula endocrina funcional.

El andrógeno origina cambios en el conducto inguinal que permiten que el testículo lo atraviase más fácilmente. También facilita el desarrollo del escroto y del conducto deferente. Por lo tanto es muy probable que el andrógeno elaborado por el testículo fetal sea el que origina estos cambios importantes que permiten su descenso.

No todas las células intersticiales de los testículos son muy manifiestas durante la infancia (desde el nacimiento hasta los 10 años). Los tubos seminíferos son pequeños y están compuestos de dos tipos de células: las precursoras de las células germinales definitivas (gonocitos) y las células de sostén, este último tipo celular es muy rico y presenta un pequeño núcleo irregular y citoplasma mal delimitado. Los gonocitos pocos en número, tienen núcleo esférico y --

membrana citoplásmica muy manifiesta. Durante la adolescencia (de los 10 a los 14 años), probablemente por la estimulación de la hormona gonadotrófica hipofisiaria, los gonocitos empiezan a proliferar y acaban produciendo espermatozoos en gran cantidad.

Es común ver en la etapa de la adolescencia un tipo de gingivitis que podemos atribuir:

- 1.- Al ajuste endocrino que se lleva a cabo.
- 2.- Respiración bucal (por cualquier causa, adenoides, etc.).
- 3.- Mala higiene bucal.

Así llegamos a la conclusión de que los cambios que se presentan en la pubertad, en la mujer están regidos por los estrógenos y en el hombre por los andrógenos circulantes en la sangre.

CAPITULO V

ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTA-

LES:

- a) Factores internos.
- b) Factores externos.
- c) Factores generales o sistémicos.
- d) Factores endocrinos u hormonales.
- e) Factores psicosomáticos.

La etiología de las enfermedades parodontales se puede dividir en dos grandes grupos, factores locales y factores de origen general o sistémico.

a) Factores locales internos. Estos factores locales internos a su vez los podemos dividir en 22 grupos.

1) Falta del cúngulo, en algunos dientes; lo que provoca que durante la masticación, el bolo alimenticio se proyecte hacia el margen gingival y papilas interdentes, provocando lesiones diversas.

2) Sobre mordida vertical; al ser ésta exagerada, -- llega a veces a hacer que el borde incisal de uno o más ---

dientes toquen con la encía del proceso antagonista, lo que produce empaque alimenticio en el intersticio gingival (bromatoestasis).

3) Piezas con raíces anchas y gruesas; que por su volumen dejan poco espacio al tejido interalveolar, reduciendo por esta razón la papila interdental.

4) Piezas con cuello anatómico muy grueso; y que por esta razón la papila interdental es muy pequeña y angosta.

5) Malposiciones dentarias; piezas en labioversión, en linguoversión, en palatoversión, o en giroversión; provocan que durante la masticación los alimentos penetren en los espacios intergingivales y en el intersticio gingival lesionándolo.

6) La falta de área de contacto interproximal o áreas de contacto mal situadas, lo que provoca empaquetamiento alimenticio, destrucción de la inserción epitelial y resorción de la cresta alveolar.

7) Sarro; el sarro supragingival y el subgingival desprenden la inserción epitelial provocando un estado sépti

co dentro de el intersticio gingival. El sarro por lo general se encuentra en los adultos, pero se llega a encontrar con frecuencia en niños y jóvenes. El sarro actúa mecánicamente separando la papila y la encía marginal por calcificación de depósitos calcáreos. Siempre se forma de afuera hacia adentro. Biológicamente actúa con los fermentos de la saliva a través de la colagenasa.

8) Oclusión traumática; es un estado tal en que por fuerzas excesivas en la masticación, las piezas dentarias tienen una sobrecarga de trabajo, que cuando el tejido parodontal las puede soportar no provocan lesión alguna, pero cuando el parodonto es débil, hay trastornos degenerativos. Esta oclusión traumática puede ser actual y potencial.

9) Anoclusión; la define Miller como un estado tal en que en cualquier movimiento de la mandíbula, una o varias piezas no hacen contacto con las antagonistas.

10) Disfunción dentaria; es un estado en que existiendo contacto con las piezas antagonistas no se encuentran suficientemente estimuladas las funciones parodontales, debido a causas como caries de cuarto grado en que hay dolor

al masticar, lo que trae consigo la masticación unilateral -- asimismo la disfunción dentaria de las piezas dentarias del lado del dolor, provocando además mayor formación de sarro, acumulación de detritus alimenticio y debilitamiento -- del parodonto.

11) Caries; las caries en las caras oclusales de las coronas con una gran destrucción pueden provocar anoclusión por la falta de contacto con la pieza antagonista. Las caries en las caras proximales provocan bromatoestasis en el espacio interproximal y en el intersticio gingival, que empieza con inflamación del margen gingival y si este estado no es corregido a tiempo llega a producir una resorción de la cresta alveolar. Las caries en los tercios gingivales o cervicales labial y lingual que por su situación tienen al margen gingival en contacto de materia alba y detritus alimenticio provocando una irritación, inflamación y un color rojizo brillante en el margen gingival.

12) Respiradores bucales; la respiración bucal largamente continuada, con la resultante tendencia de las superficies mucosas a secarse y con el impacto del aire frío, --

conduce a una irritación de los tejidos bucales. En casos -
leves la encía labial simplemente se inflama, pero en casos
severos se convierte a veces en hiperplásica en la región -
de canino a canino. La respiración de este tipo de enfermos
se debe a trastornos nasofaríngeos.

13) Piezas faltantes; producen anoclusión, pérdida del
área de contacto interproximal, empaquetamiento alimenticio
vertical, resorción de la cresta alveolar y migración mesial
o distal de las piezas vecinas.

14) Sostén parodontal insuficiente; siendo el factor -
óseo muy importante para la fijación de las piezas, podemos
encontrar un hueso mal calcificado, cuya trabécula ósea de-
masiado laxa pudo haber sido provocada por una osteoclisis
o por una osteolisis.

15) Musculatura masticatoria muy poderosa; que en -
individuos cuyo parodonto es débil los hace propensos a las
parodontopatías.

16) Abrasión precoz o patológica; la bruxomanía o -
el vicio de rechinar los dientes puede provocar una abrasión
patológica muy marcada en determinadas piezas que puede -

provocar una anoclusión y en otras oclusión traumática, lo cual provoca una parodontopatía.

17) Los alimentos demasiado blandos; que desde -- que hacen aparición en la boca los dientes temporales, dan a los niños y después con la ayuda de ollas expres, licuadoras, etc., siguen tomando sus alimentos los jóvenes y adultos, hacen que desgraciadamente sea olvidada la función masticatoria, aportando un estímulo insuficiente para la buena salud parodontal.

18) Hábitos anormales; como el morderse uñas, la pices, pipa, palillos, abrir pasadores del pelo, sostener clavos con los dientes, que provocan sobrecargas de trabajo -- con los consiguientes trastornos parodontales que ocasionarían la pérdida de las piezas si el hábito no es corregido a tiempo.

19) La bricomanía; o sea apretar los dientes por -- tics nerviosos, o por impulsos reprimidos durante la noche, o por síntomas de agresión reprimida.

20) Materia alba; es un depósito blanco o cremoso que se acumula en la región del margen gingival, que puede

ser eliminada por el cepillado correcto. Está formada por una masa de bacterias, hongos, células epiteliales, leucocitos y restos de comida. Investigaciones recientes han demostrado que las bacterias están en la superficie y no dentro de los tejidos gingivales. Las toxinas de las bacterias provocan una reacción inflamatoria en la encía.

21) Placa mucoide; ésta también llamada dentobacteriana o de León Williams, es un factor determinante en la iniciación del proceso carioso y además permite la precipitación de las sales salivales sobre su superficie, produciendo el sarro dentario.

22) Bromatoestásis; o empaquetamiento alimenticio - que puede ser vertical u horizontal. El vertical causado en la masticación por la penetración de los alimentos en los espacios interdenciales. El horizontal provocado por la presión y malos hábitos de la lengua y los carrillos durante la masticación, así como al cepillado horizontal.

b) Factores locales externos. Estos factores locales, los podemos agrupar en 6 grupos:

1) Irritantes mecánicos.- como bordes de obturacio

nes, obturaciones, ganchos, puentes fijos o removibles que puedan provocar inflamación en el borde libre o margen gingival, provocando una gingivitis.

2) Coronas, coronas veneer, troqueladas, jaquets - crown, etc., que penetran en su ajuste gingival dentro del intersticio gingival, llegando en algunos casos a lesionar la inserción epitelial, en estos casos empezamos a notar alrededor de dichas restauraciones una inflamación rojo brillante en el margen gingival y posteriormente la migración de la encía hacia apical.

3) Irritantes químicos.- como los alimentos muy condimentados y los alcoholes, que provocan irritaciones en toda la mucosa bucal, margen gingival, papilas interdentarias y bordes de la lengua.

4) Irritantes atmosféricos.- el paso continuo del aire en los respiradores bucales trae la resequedad de mucosa y encías provocando con ésto, trastornos parodontales. Los obreros que trabajan en fábricas de vidrio, fundiciones, fonderos, panaderos, son fáciles presas de parodontopatías por las altas temperaturas en que laboran.

5) Cepillado dental incorrecto. - el cepillado agresivo en forma horizontal o rotatorio produce alteraciones gingivales y abrasión de los dientes, más marcada a nivel de canino, primera y segunda premolares. La costumbre de iniciar el cepillado de un mismo lado provocará mayor abrasión en el sitio de elección.

El trauma crónico del cepillado incorrecto produce - recesión gingival y denudación de la superficie radicular. A menudo el borde gingival se agranda.

6) Técnicas de ortodoncia incorrectas. - los movimientos muy rápidos o presiones demasiado vigorosas provocan inflamaciones, destrucción de la inserción epitelial y en algunos casos hasta la ruptura de los ligamentos principales. Períodos de reposo insuficientes en los distintos movimientos que ejercen sobre las piezas dichos aparatos. Movimientos rápidos que ocasionan oclusión traumática y desplazamientos indebidos del ápice radicular.

c) Factores generales o sistémicos.

Esta serie de factores son de gran importancia pues la gente hasta ahora empieza a valorar y a comprender que

idad oral sino que el cirujano dentista estudia todo el organismo y relaciona los síntomas bucales con alguna enfermedad de origen sistémico, ayudando así al diagnóstico precoz de una enfermedad general.

Entre estos factores en este inciso se hará mención de las insuficiencias vitamínicas, de las discrasias sanguíneas y de los factores alérgicos.

Insuficiencias vitamínicas.- la insuficiencia de vitamina A en el parodonto, causa agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos del mismo. La deficiencia de vitamina B produce estados de hipersensibilidad y neuritis, la podemos considerar como antianémica. La vitamina C cuya carencia produce la gingivitis escorbútica, las estructuras histológicas de los endotelios vasculares, también tiene influencia directa en la formación de estructuras normales de colágeno, por lo que su carencia es un factor causal directo de trastorno en el tejido conjuntivo. La deficiencia de vitamina D es un agente causal directo en la buena formación de hueso.

Diabetes.- se ha discutido si la diabetes es un factor directo o secundario que produce enfermedad parodontal. Sin embargo se ha comprobado que la diabetes juvenil causa trastornos en el parodonto traducidos en resequedad de la mucosa bucal, brillantes de las superficies gingivales, cambios de textura en la encía, agrandamiento gingival, el tejido colágeno se ve afectado y a veces observamos grandes pérdidas óseas provocando movilidad dentaria, en el ligamento parodontal podemos observar zonas de necrosis.

El individuo diabético tiene disminuidas sus defensas por lo que con facilidad puede tener infecciones.

Discracias sanguíneas.-

Anemia.- La anemia es una reducción por debajo de lo normal de la cantidad o de la calidad de la hemoglobina, y nos da las siguientes manifestaciones en la boca.

- 1.- Hemorragias espontáneas de la encía.
- 2.- Aparición de petequias.
- 3.- La mucosa bucal aparece pálida.
- 4.- Hay antecedentes de sangrado al cepillado dental.
- 5.- Puede haber ulceraciones intensas en la boca, -

muchas veces acompañadas de fiebre.

6.- Puede haber infecciones de la mucosa bucal que no responden al tratamiento.

Anemia perniciosa.- Se debe a la deficiencia del factor extrínseco de vitamina B₁₂, los principales síntomas en la boca son:

1.- La lengua en los primeros estadios se aprecia roja, posteriormente se pone blanca con aspecto de cera, toda la mucosa bucal en general se pone pálida, hay atrofia de las papilas de la lengua, se presenta eritema, entumecimiento de los labios y la lengua, sensación de quemadura en las comisuras labiales, se encuentran lesiones parecidas a la queilosis.

Leucemia.- Es el aumento de leucocitos muy jóvenes llamado también cáncer de la sangre. Existen tres tipos: a) leucemia mieloide, b) leucemia linfática y c) leucemia monocítica. Su etiología hasta la fecha a ciencia cierta es desconocida, produce los siguientes signos en la cavidad bucal:

1.- Aumento de volumen de la encía.

2.- Hemorragias frecuentes aparentemente sin causa.

3.- Ulceraciones generalizadas.

4.- Movilidad dentaria.

5.- Dolor.

6.- En muchas ocasiones necrosis de la encía y de la mucosa bucal.

Agranulocitosis.- Su etiología según se sabe está provocada por sustancias tóxicas y en general por el abuso de tranquilizadores, en la boca se puede presentar; estomatitis ulcerativas y necrosis.

Hemofilia.- Es una enfermedad hereditaria que se presenta únicamente en los hombres y se debe a la falta o deficiencia de globulina anti-hemofílica, los trastornos producidos en la boca se traducen en sangrado gingival y petequias abundantes.

Alergias.- Reacciones aumentadas o exageradas a una sustancia que normalmente es inofensiva a algunas personas, pero que por causas especiales en otras provocan --- trastornos locales y generales. Así tenemos alergias a medicamentos, sustancias químicas, alimentos de origen ani-

mal, de origen vegetal.

d) Factores endocrinos u hormonales.

Se ha tomado por separado estos factores porque aun que forman parte de los factores generales o sistémicos, - en fechas recientes se le ha dado a la endocrinología singular importancia. Poco sabemos la influencia que tienen las glándulas de secreción interna sobre el parodonto, la endocrinología ya es de por sí una especialidad en la medicina.

Las glándulas endocrinas constituyen un factor importante en el medio ambiente interno. Sus secreciones entran en el torrente sanguíneo e influyen la actividad de células - distantes y su metabolismo. Cuando las hormonas endocrinas alcanzan las células, actúan como catalizadores, que - aceleran o retardan los procesos celulares básicos como el crecimiento, la diferenciación y el metabolismo. Los tejidos blandos que rodean al diente reflejan las disfunciones - endocrinas como lo hacen otros órganos y tejidos del organismo.

Hipotiroidismo.- produce el mal desarrollo en los tejidos parodontales y otros cambios atribuibles al cretinis-

mo.

Hipertiroidismo.- En individuos con hipertiroidismo se ha asociado la parodontosis pero no ha sido plenamente comprobado.

Hipopituitarismo.- provoca marcada disminución en el crecimiento de todos los tejidos duros o blandos. Cuando más prematuro es el efecto, más grave es el resultado. En la membrana parodontal se encuentran estructuras esféricas u ovoides parecidas a cementículos.

Hiperpituitarismo.- el marcado sobrecrecimiento del proceso alveolar aumenta el tamaño del arco, produciendo diastemas; otro signo de crecimiento es la hiper cementosis.

Hiperparatiroidismo.- provoca mal oclusión y movilidad dentaria, cavidades tipo quísticas en los maxilares, - osteoporosis con trabéculas estrechamente entrelazadas y - ausencia de la cortical. También se han encontrado cambios inflamatorios en la membrana parodontal.

Gónadas.- Las gónadas cumplen con una función -- exógena y otra endógena. La función endocrina, concierne

a la secreción de hormonas que controlan el crecimiento, y desarrollo de los órganos sexuales y los caracteres sexuales secundarios tanto físicos como psíquicos.

Varios tipos de enfermedad parodontal han sido relacionados con trastornos en la secreción de las hormonas sexuales. Hay bastante relación entre estas hormonas con la etiología de la enfermedad parodontal. También se ha demostrado experimentalmente que los estrógenos estimulan un aumento de la osteogénesis y una fibroplasia, capaz de compensar los cambios destructivos inducidos en el parodonto por la administración sistémica de cortisona. Las gónadas son las glándulas que mayor relación tienen con respecto a la mucosa bucal y a los tejidos de soporte. La mucosa bucal algunos autores la comparan con el endometrio uterino; causando la falta de hormonas femeninas (progesterona y foliculina) trastornos bucales que se pueden traducir como una gingivitis descamativa crónica.

Pubertad.- es la edad en que empiezan a hacer aparición en el torrente circulatorio las hormonas andrógenas y estrógenas, que nos puede dar un cuadro clínico de altera

ciones tisulares temporales que afectan a los tejidos gingivales principalmente.

e) Factores Psicosomáticos.- Los factores psicosomáticos cada día ocupan un lugar más prominente dentro de la patología médica. Según Witter:

La enfermedad parodontal que causa alteraciones psicológicas.

Los factores psicógenos que causan o agravan una enfermedad parodontal.

Los factores en ambas direcciones, es el grupo más frecuente.

Dichos factores psicosomáticos originan diversos hábitos, siendo frecuentes durante la niñez, ocasionando graves trastornos parodontales; los cuales si no se descubren impiden el tratamiento.

En el terreno de la parodoncia podemos citar como una enfermedad de origen psicosomático la gingivitis de Vincent, también los hábitos como el morderse las uñas, lápices, la bricomanía, el chuparse el dedo, y el bruxismo ya sea durante el sueño o cuando el individuo permanece des-

pierto. Las tensiones musculares producidas por los músculos masticadores por contracción violenta de los mismos trae como consecuencia zonas de destrucción de fibras principales, zonas de trombosis y de necrosis en el ligamento parodontal, al haber contracturas musculares las piezas son proyectadas hacia el fondo de su alvéolo por lo que disminuye el espacio vital del ligamento parodontal que va a traer como consecuencia fenómenos de destrucción en el hueso y en el cemento.

Los niños muy aprensivos o con problemas mentales generalmente cualquier tipo de problema, ya sea casero, escolar, etc., tienden a hacer en él un marcado descuido de su higiene bucal con los consiguientes trastornos parodontales.

CAPITULO VI

ENFERMEDADES PARODONTALES QUE SE PRESEN TAN CON MAS FRECUENCIA.

Gingivitis.- Inflamación de la encía marginal debido a la hiperemia que prevalece en estos tejidos.

Estomatitis aftosa de Bednar.- Esta enfermedad se encuentra únicamente en niños, en la unión del paladar duro y blando.

Estomatitis ulcerosa.- Ha sido también llamada estomatitis aftosa, pero para mayor comprensión del estudio de estas afecciones, algunos autores denominan aftas a las erupciones vesiculares pequeñas que se establecen en puntos electivos de la mucosa bucal y reservan la expresión de estomatitis ulcerosa para las áreas necrosadas de la mucosa, cubiertas por exudado resultante de las infecciones bacterianas. La estomatitis ulcerosa es una enfermedad que se presenta generalmente en gente joven. Los niños la suelen padecer entre los 2 y los 11 años, pudiendo ser ésta una secuela de sarampión o de otras enfermedades exantemáticas.

Esta enfermedad es causada por la invasión bacteriana especialmente estafilococos y estreptococos piógenos, también hay otros microorganismos como el micrococo catarral, diplococo y bacilos.

Gingivitis hiperplásica en los respiradores bucales.- Es el agrandamiento hiperplásico que sufren los respiradores bucales.

Micosis.- La moniliasis es una infección leve de la piel y membrana mucosa. Producida por el hongo monilia albicans, saprófito en la boca normal, cuando la resistencia del tejido es alterada por dieta incorrecta o enfermedad, el microorganismo asume el papel patógeno. La susceptibilidad a la micosis, se encuentra en infantes prematuros y débiles, niños desnutridos y en personas mayores con resistencias disminuidas. Los biberones imperfectamente esterilizados, el pecho materno o las manos de las niñeras, pueden ser fuente de contaminación de los infantes sanos con una forma virulenta del hongo.

Gingivitis de la pubertad.- Por cambios hormonales. Aparecen más o menos 2 años antes en las mujeres que en

los hombres. En el varón es más común la hiperplasia fibrosa conocida como "tumor o épulis de la pubertad", mientras que en la mujer aparece generalmente una gingivitis -- marginal, hiperémica y hemorrágica.

Gingivitis escorbútica.- La deficiencia de vitamina C es la que más a menudo afecta los tejidos gingivales, ya que es esencial para la formación de fibras conjuntivas, las cuales lógicamente disminuyen al faltar el ácido ascórbico, debilitando los tejidos. Sin embargo, la sola deficiencia de esta vitamina no es la que produce la gingivitis, sino que es necesaria la existencia o la presencia de una irritación local.

A pesar de que con las dietas balanceadas actuales el escorbuto no es ya muy frecuente, no debe tampoco descartarse, ya que se dan casos de niños que por su gusto o bien por hábitos de comida familiares, llegan a carecer de vitamina C. Tampoco debe considerarse jamás que todos los niños que presentan diversos grados de gingivitis la deban a deficiencia de dicha vitamina.

Estomatitis sintomáticas de infecciones exantemáticas.-

La mucosa bucofaringea se ve afectada en casi todas las fiebres eruptivas como: sarampión, rubeola y viruela.

Enfermedad parodontal en niños con deficiencias mentales. - Uno de los problemas de la infancia que virtualmente han sido ignorados en la literatura dental es la presencia de enfermedades parodontales en niños con enfermedades nerviosas. La observación clínica de los niños sugiere una forma de parálisis cerebral, distrofia muscular o enfermedad nerviosa; revelando además una lesión gingival. Adicionados a dichos disturbios sistémicos encontramos factores etiológicos locales tales como la mala oclusión, caries, bruxismo, mala técnica de cepillado, dieta deficiente, además de otros problemas físicos y emocionales.

Gingivoestomatitis herpética. - La gingivoestomatitis herpética aguda es una infección de la cavidad oral producida por el virus herpes simplex. Frecuentemente el cuadro se complica con una infección bacteriana secundaria. Ataca a los niños aunque también puede verse en adolescentes y aadultos.

Gingivitis estreptocócica. - Es una inflamación agu-

da difusa de la encía, caracterizada por un eritema difuso, una superficie gingival brillante, y acompañada por dolor.

Liquen plano ampoloso.- Es una lesión dolorosa caracterizada por grandes ampollas en la lengua y mejilla.

CAPITULO VII

SINTOMAS, SIGNOS Y EVOLUCION.

Gingivitis.- La gingivitis simple es la más sencilla y la más frecuente de estos padecimientos y casi siempre - va asociada a las inflamaciones de la mucosa de los órganos respiratorios superiores. Su presencia es casi obligada en los respiradores bucales, es fácilmente producida por agentes irritantes como las especies, los alcoholes, el chile, el tabaco, etc.

En la encía se presenta una inflamación de grado variable, se presenta edematizada y en algunas ocasiones el enfermo puede presentar síntomas subjetivos de dolor, pero en algunos otros casos puede no haber dolor sino únicamente una ligera molestia y en el curso de estos estados no hay supuración. Pero es frecuente observar en estos estados el cepillo dental enrojecido por el sangrado gingival.

Estomatitis ulcerosa.- Se caracteriza por la aparición de vesículas esféricas circunscritas que se rompen después de 1 a 2 días y forman úlceras esféricas deprimidas.

Estas úlceras son de color rojo o rojo grisáceo en su porción central y con un borde periférico elevado. Estas lesiones son dolorosas y pueden aparecer en cualquier parte de la cavidad oral, siendo los sitios de elección el surco vestibular y el piso de la boca. Puede aparecer una sola o muchas diseminadas en toda la boca. La duración de las lesiones es de 7 a 10 días. En general las lesiones son más grandes que las de la gingivoestomatitis herpética aguda.

La estomatitis aftosa puede aparecer en las siguientes formas:

Aftas ocasionales.- lesiones aisladas que aparecen ocasionalmente con intervalos de meses o años. Estas lesiones curan sin tratamiento.

Aftas agudas.- caracterizadas por un período agudo que puede durar hasta semanas. Estos episodios agudos son frecuentes en niños con trastornos gastrointestinales y pueden también aparecer en adultos con trastornos similares.

Aftas crónicas recurrentes.- es un estado curioso en que el paciente no se ve casi nunca libre de alguna lesión aftosa; siempre hay presentes una o más lesiones en diver-

sos estados. La duración del periodo en que aparecen las aftas crónicas puede extenderse a varios años.

Hay muchas dudas acerca de la etiología de la estomatitis aftosa. Muchos investigadores la consideran producida por el virus herpes y, en esencia similar a la gingivoestomatitis herpética, los estudios de anticuerpos niegan esta suposición. Otros factores sugeridos como causales de la estomatitis aftosa o predisponente a la infección herpética, incluyen los siguientes: los trastornos hormonales, fenómenos alérgicos, trastornos gastrointestinales y factores psicosomáticos.

La estomatitis aftosa puede ser diferenciada clínicamente de la gingivoestomatitis herpética aguda. El eritema difuso de la encía y los síntomas sistémicos tóxicos agudos, no son características clínicas comunes de la estomatitis aftosa.

Contagio.- Alrededor del 70% de la población experimenta su primera infección con el virus herpes durante la niñez. El 10 o 15% sufre sus primeras manifestaciones herpéticas en la vida adulta, en forma de eczema herpético, in

fección cutánea grave como bulbovaginitis, meningoencefalitis o gingivostomatitis herpética. El otro 10 al 15% de la población no es nunca infectado por el virus herpético ya sea porque sea inmune por alguna causa no conocida o porque no se exponga a las lesiones herpéticas.

Estomatitis aftosa de Bednar.- Se distingue por un grupo de úlceras pequeñas, elevadas o irregulares, del tamaño de una cabeza de alfiler, algunas veces se fusionan formando placas. Son úlceras superficiales cubiertas de exudado de color gris, que se disponen simétricamente en ambos lados del paladar y siendo principalmente de origen traumático. La limpieza de la boca con gasa esterilizada o el traumatismo con la tetilla del biberón pueden producirla.

Estomatitis ulcerosa.- Toda la mucosa de la boca está generalmente inflamada y muy roja, apareciendo además numerosas úlceras irregularmente formadas, que en niños suelen cubrir amplias áreas de la boca, son de color amarillento y están rodeadas de un borde rojo. La enfermedad por lo general se acompaña de fiebre, infartos ganglionares y molestias considerables.

Gingivitis hiperplásica en los respiradores bucales.-

La respiración bucal largamente continuada, con la resultante tendencia de las mucosas a hacerse secas y con el im-
pacto del aire frío, conduce a una irritación de los tejidos
bucales.

En los casos leves la encía labial simplemente se in-
flama, pero en los casos severos se convierte a veces en -
hiperplásica en la región de canino a canino.

La frecuencia es mucho más elevada en niños mental-
mente deficientes y con bocas sucias, que en los niños nor-
males con bocas limpias. La mandíbula está por lo general
marcadamente retraída y existe una severa mala oclusión.
La hiperplasia se produce en la mayoría de los casos en la
parte anterior de la boca donde el aire choca primero, sien-
do de un tipo lobulado característico. Las papilas interdenn-
tarias se agrandan sobre las coronas de los dientes y des-
componen su aspecto estético. A veces la hiperplasia es -
tan grande que cubre la encía la totalidad de la corona den-
taria.

Micosis.- Las lesiones orales pueden aparecer en -

cualquier parte de la superficie mucosa en forma de simples placas aunque generalmente las lesiones son múltiples. Las lesiones características son de color blanco cremoso simulando leche coagulada, adherentes y al ser eliminadas forzosamente dejan puntos sangrantes.

El uso tópico indiscriminado de antibióticos ha traído un notable aumento de la moniliasis oral. En niños han ocurrido epidemias en enfermerías por chupetes, ropas, ropas de cama contaminadas. Hay también una mayor frecuencia en niños nacidos de madres con vaginitis monílica.

Clínicamente, la moniliasis puede simular difteria, epitelio macerado de la mucosa vestibular por irritación crónica (hábito de morderse), leucoplasia y posiblemente liquen plano.

El diagnóstico se confirma por los estudios de laboratorio, que se obtienen de los frotis tomados de la región.

Gingivitis de la pubertad.- Durante la pubertad es observada frecuentemente una gingivitis generalizada. El cuadro clínico es aquel de una paradentosis infecciosa. Hay un color encarnado e inflamación de la encía con tendencia

al sangrado, acompañada frecuentemente por un acrecentamiento hiperplásico, especialmente de la papila de los dientes anteriores acentuando el amontonamiento de los mismos, sobreviene la formación de cálculos extensos, depósitos blancos y duros en los dientes y debajo de los márgenes gingivales.

Durante la pubertad podemos observar:

1.- Un repentino incremento de las hormonas sexuales dando por resultado un desequilibrio de las funciones de las glándulas endocrinas y la inestabilidad del metabolismo especialmente del calcio y fósforo.

2.- El alza de la presión sanguínea.

3.- Disturbios físicos y emocionales.

4.- Cambios en el sistema capilar causados por el aumento marcado en el área del cuerpo.

5.- Deficiencias de la nutrición.

6.- Negligencia de la sanidad oral.

7.- Acumulación de cálculos.

8.- Posibles cambios en la composición de la saliva.

Gingivitis escorbútica. - El ácido ascórbico está de-

finitivamente asociado con varias funciones, incluyendo la formación de colágeno, el metabolismo de ciertos aminoácidos y la función de las glándulas adrenales.

Los efectos de la deficiencia de vitamina C en el hombre, están limitados mayormente a los tejidos de soporte del diente, continuamente en crecimiento.

Las lesiones gingivales presentan hiperemia con una tendencia a la hemorragia, el epitelio se desmorona y esto puede ser seguido de infecciones y granulaciones. La hinchazón resultante va acompañada de sensibilidad y las encías tienden a sangrar fácilmente.

Estomatitis sintomáticas de infecciones exantemáticas.- En el sarampión tiene gran valor como signo precoz, las llamadas manchas de Koplik de color blanco azulado, con apariencia de salpicaduras de cal; de un tamaño no mayor al de una cabeza de alfiler, rodeadas de una aureola rubicunda y que no desaparecen a la fricción. Se asientan por lo general en la cara interna de los carrillos, en la región próxima al conducto de Stenon, así como en la región retromolar inferior. Preceden de uno a cinco días al

brote del exantema y son casi constantes (sólo faltan en el 10% de los casos).

Su valor es grande pues permiten el diagnóstico precoz y diferencial entre el sarampión, la roseola y los exantemas rubeoliformes o morbiliformes.

En la rubeola se descubre, conjuntamente con el exantema, un exantema formado por pequeñas manchas de color rosado en el velo palatino y en la garganta (Jorchefner).

En la viruela aparecen el mismo día que el exantema y hasta un día antes (Robert), papulillas en las mucosas de los carrillos y palatina. Rápidamente se desarrollan pequeñas vesículas, que al romperse dejan pequeñas úlceras circunscritas y dolorosas. En la varicela sucede lo propio, aunque con menor frecuencia. En la escarlatina se valora para el diagnóstico la rubicundez difusa y la sequedad de la mucosa bucal, juntamente con la presencia de la típica lengua aframbuesada y de la angina.

Gingivoestomatitis herpética.- Aparece como un eritema difuso y brillante de la encía y la mucosa oral subyacente, con diversos grados de edema y hemorragia gingival.

En su estudio inicial se caracteriza por la presencia de vesículas grises esféricas y circunscritas en la encía, la mucosa vestibular, el paladar blando, la faringe, la mucosa sublingual y la lengua. Aproximadamente a las 24 horas - las vesículas se rompen formando pequeñas úlceras con un borde en forma de halo elevado y rojo, con una porción central deprimida blanco amarillenta o blanco grisácea.

La enfermedad trae generalmente dolor generalizado de la cavidad oral, que dificulta la comida y la bebida. Los puntos dolorosos son las vesículas abiertas, que no son especialmente sensibles al tacto, a los cambios térmicos y a los condimentos, jugos de frutas y a la acción de las comidas duras. Los niños se tornan irritables y se niegan a comer.

Las lesiones herpéticas de los labios o la cara con vesículas superficiales, pueden traer otros fenómenos clínicos tales como adenitis cervical, fiebre hasta 38 grados o 39 y malestar general.

Gingivitis estreptocócica.- Produce frecuentemente linfadenitis, complicaciones sistémicas tóxicas y nasofaringi

tis. El diagnóstico se hace en base a los hallazgos clínicos y al estudio bacteriológico.

La encía se presenta dolorosa y brillante, hay un eritema difuso.

Liquen plano ampoloso.- Las grandes ampollas que aparecen en la lengua y carrillo se rompen y ulceran siguiendo un curso indefinido. A menudo hay también zonas de lesiones lineales grises de liquen plano. La coexistencia de lesiones en piel da una base específica de diferenciación entre el liquen plano ampoloso y la gingivoestomatitis herpética aguda.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO.

El tratamiento de las gingivitis es muy variado y pa poder aplicar el adecuado deberemos conocer perfecta--
mente la etiología de la hiperemia que prevalece en estos
estados, siendo la fisioterapia casera (cepillado dental co--
recto) la base principal para tratar estos problemas; apar--
e de las indicaciones o tratamientos impuestos por el ciru--
ano dentista directamente en la boca del enfermo según el
caso. Refiriéndose ésto a la búsqueda y eliminación de la
causa de la gingivitis.

Estomatitis aftosa de Bednar.- El tratamiento gene
ral consiste en encontrar y eliminar la causa. Localmente
se usa la aplicación directa de cualquiera de las siguientes
sustancias:

Acido crómico al 5%.

Salicilato de sodio al 2%.

Clorato de potasio al 5%

En casos intensos haremos uso del Nitrato de Plata

al 10% aplicado con una pequeña torunda de algodón, teniendo cuidado de que no se corra sobre la mucosa o cause una cauterización muy profunda. La acción puede dominarse aplicando inmediatamente una solución salina que precipite el Nitrato de Plata en el tejido.

En niños muy pequeños haremos uso de violeta de genciana al 2%. Las recidivas en las aftas alérgicas, se evitan no perdiendo de vista la posibilidad de reacciones alérgicas a alimentos, tales como: fresas, nueces, tomates, higos, - avellanas, etc. y a toxinas bacterianas; o bien modificando el terreno como en el caso del hipotiroidismo, leve insuficiencia gonadal, etc.

Estomatitis ulcerosa.- Esta enfermedad es causada - por la invasión bacteriana especialmente estafilococos y estreptococos piogenos también hay otros microorganismos, como el micrococo catarral, diplococo y bacilos. En base al estudio bacteriológico, de los frotis tomados y a la historia clínica del enfermo, se instituye el tratamiento antibiótico.

Gingivitis hiperplásica en los respiradores bucales.- Después de despejado el pasaje nasal, la construcción de un

protector de acrílico en el vestíbulo bucal para ser usado - en la noche, es a menudo valioso para prevenir la respiración bucal (funda de Johnson) que aparte ayuda a romper ma los hábitos (personas que mantienen sus labios separados la mayor parte del tiempo, cerrándolos tan sólo para tragar. Las causas de esta anomalía pueden ser: hábitos, posturas, protución de los dientes superiores, tono muscular pobre y otros) si es que los hubiese.

Micosis.- El proceso suele ser autolimitante, cura a los pocos días por exfoliación de la epidermis. La curación es acelerada por la aplicación de cualquier antiséptico local suave como la violeta de genciana al 2%.

Gingivitis de la pubertad.- Como éste es un estado fisiológico, lo que debemos prescribir se limita a una fisioterapia intensiva durante este período, si es que la alteración hormonal no nos indica un tratamiento de índole general.

Gingivitis escorbútica.- Hay que suplir la vitamina C disminuida y eliminar los factores locales irritantes.

Enfermedad parodontal en niños con deficiencias menta-

les.- En este caso deberemos enseñar tanto al niño como a las personas encargadas de cuidarlo un método de limpieza adecuado a su edad mental y recalcar a estos últimos la importancia de revisiones periódicas por el dentista.

Gingivostomatitis herpética.- Como el virus del herpes simplex es difícil de tratar específicamente, eliminaremos los factores irritantes locales y recomendaremos a --- nuestro enfermo guarde reposo absoluto y buena alimentación, así como que se comuniqué con su médico para que és te le instituya el tratamiento general que conforme a los estudios que le haga esté indicado.

La mayoría de las gingivitis infecciosas agudas se -- diagnostican y se tratan en base a los hallazgos clínicos y al estudio bacteriológico.

Estomatitis sintomáticas de infecciones exantemáticas.- Su tratamiento lo podemos agrupar en cuatro puntos:

1.- Eliminar los residuos que rodean los dientes mediante colutorios de H_2O_2 o bicarbonato de sodio.

2.- Tanto antibióticos como bactericidas no tienen efecto alguno por lo que no deben aplicarse.

3.- Pueden hacerse toques con anestesia tópica previa la ingestión de alimentos, para disminuir el dolor causado por la masticación.

4.- Establecimiento de una cuidadosísima higiene oral.

Plan general de tratamiento.- Una vez terminada la historia clínica, dibujado el parodontograma, estudio radiográfico completo y pruebas de laboratorio si han sido necesarias, instituiremos el plan de tratamiento a seguir:

Generalmente dividimos la boca en cuatro cuadrantes que abarcarán de la segunda molar al incisivo central, ya sea superior o inferior, derecho o izquierdo. Una vez elegido el primer cuadrante a tratar, haremos una pincelación con mertiolate o mercurocromo, podemos usar anestésico tópico en pomada o en spray si se va a efectuar un detartraje o algún otro tratamiento conservador; si el tratamiento que se va a efectuar va a ser quirúrgico, procederemos a anestesiarse el campo a tratar procurando usar la cantidad suficiente del bloqueador con el menor trauma posible.

Para el tratamiento de las parodontopatías existen --

dos escuelas: la conservadora y la quirúrgica.

Entre las técnicas conservadoras encontramos el tratamiento de M^c Call, la electrocirugía (electrocoagulación, -electrodesección, electrofulguración y cuchillo eléctrico), y los cauterios químicos (fenolacetona, paraformaldehído y fenoltricloracético).

Entre las técnicas quirúrgicas encontramos la técnica de gingivectomía, la técnica de gingivoplastia, la operación de colgajo de Newman y las modificaciones de estas mismas.

CAPITULO IX

PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PARODON-

TALES.

- a) Educación materno-infantil.
- b) Educación escolar.

A continuación diversos medios de prevención de las enfermedades parodontales tanto en los niños como en los adultos.

El cirujano dentista deberá hacer un tratamiento profiláctico tanto de los dientes como de las encías, retirando el sarro y la materia alba que se forma circundando los -- dientes, así como el pulir perfectamente todas las superfi- cies de los dientes, y el niño o púber deberá cooperar cepi- llando correctamente sus dientes por lo menos 3 veces al - día, después de cada comida o cepillarse tantas veces co-- mo coma en el día, con el objeto de evitar que los detritus alimenticios que quedan en los espacios interdentes se des- compongan acidificando el medio bucal, favoreciendo así la reproducción de lactobacilos acidófilos que atacaran la su--

perficie externa del esmalte produciendo caries dental. Desde el punto de vista parodontal los detritus alimenticios y la placa bacteriana localizados en los espacios interdentarios, al descomponerse, además de acidificar el medio bucal, van a producir enzimas que van a actuar en contra de los tejidos parodontales, principalmente en la encía marginal y en la inserción epitelial, provocando inflamación en estos tejidos, alteración que si en ese momento no recibe el tratamiento adecuado irá en aumento observándose la migración hacia apical de la inserción epitelial; provocando -- las llamadas bolsas parodontales, con la consiguiente pérdida de hueso, fibras parodontales principales y accesorias, etc.

Por ésto es de gran importancia el cepillado dental, pues si éste es adecuado se logrará la eliminación de la -- placa bacteriana, la perfecta remoción de los detritus alimenticios y la estimulación gingival necesaria para conservar la integridad tanto del tejido parodontal como del diente.

La fisioterapia oral y los cuidados que debe seguir -- el paciente, son procedimientos que se le enseñan para que

pueda mantener su boca en buen estado de salud. Son estos procedimientos los que permiten que el paciente tome parte activa en el tratamiento y cuidado de su boca. Sin la completa cooperación del paciente, el tratamiento parodontal no puede tener éxito en el restablecimiento de la salud de estos tejidos y su conservación saludable después del tratamiento.

El paciente debe comprender completamente los objetivos y las técnicas de la higiene bucal.

Los objetivos principales de la fisioterapia oral casera son:

- 1.- Reducir los microorganismos quitando todos los detritus alimenticios, materia alba y placa mucoide de la superficie de los dientes sobre todo en sus espacios interproximales, para eliminar la irritación local en la encía y combatir la halitosis de origen bucal.
- 2.- Estimular la circulación sanguínea de las encías.
- 3.- Causar la queratinización de los tejidos gingivales, haciéndolos más resistentes a la irritación mecánica y bacteriana.

Para efectuar esta fisioterapia oral casera contamos con los siguientes medios: cepillo dental, seda dental y de un aparato que da unos magníficos resultados y se llama - Water-pick acerca de los cuales a continuación hablaremos.

Cepillo de dientes.- Es un instrumento que consta de mango, cabeza, cerdas y que puede tener o nó en la -- punta del mango un pequeño estimulador cónico de caucho. El mango deberá tener tal forma que se pueda sujetar firmemente, la cabeza del cepillo deberá ser lo bastante pequeña para introducirla fácilmente en la boca y lo suficientemente grande para que cubra la superficie de varios dientes a la vez, las cerdas deberán ser todas de la misma -- longitud y si se utilizan cerdas blandas, el cepillo deberá tener varios penachos y las cerdas deberán estar colocadas en dos o más hileras y los espacios entre éstas deberán de ser mayores, las cerdas pueden ser sintéticas o naturales, las sintéticas han sido mejoradas en su calidad y elasticidad, sus puntas son romas, de tal manera que pueden utilizarse ventajosamente, ya sea en el tipo duro o en el blando, se lavan con mayor facilidad, son más durables y su -

dureza no es tan afectable por el agua. La elección de las cerdas depende de muchos factores, incluyendo el estado de la encía adherida y de la mucosa alveolar. Actualmente se utiliza mucho el cepillo de cerdas suaves para limpiar los dientes después de una operación gingival, para los pacientes con una gran gingivitis, para aquéllos que tienen una mucosa muy atrófica o sensible y para aquéllos con poca destreza manual al usar el cepillo, porque se pueden lesionar la encía. En otros casos se utilizan las cerdas medianas y finalmente las duras cuando la encía ya soporta sin molestia el estímulo gingival que se aplique.

También existe en el comercio el cepillo dental eléctrico que si se usa correctamente nos da buenos resultados. Para demostrar al paciente la efectividad de su cepillado, usaremos las soluciones descubridoras que tiñen la placa bacteriana y la materia alba, esta solución se aplica a todas las superficies dentales, después de un ligero enjuagatorio se le demostrará al paciente si su cepillado es correcto, y si no lo es, se insistirá en la zona o zonas coloreadas hasta que sea correcto, se le indicará al paciente que repita -

en su casa esta operación hasta que domine perfectamente la técnica indicada. La solución descubridora puede ser fucsina al 2%, tintura de merthiolate, etc.

Se le indicará al paciente la clase de cepillo que necesita, así como se le pedirá que lo lleve consigo al consultorio dental.

Cuidados que se deben tener con los cepillos dentales:

- 1.- Que siempre esté seco, hay que dejarlo secar al aire y no guardarlo en el estuche húmedo.
- 2.- Que siempre lo lave con agua limpia y fría, nó con caliente pues ésta reblandece las cerdas.
- 3.- Que de preferencia tenga dos cepillos, para usarlos turnados, dejando así que se seque uno mientras se usa el otro.

La seda dental nos sirve para remover los restos de comida que no han podido ser removidos por el cepillo en los espacios interproximales. Hay dos clases de seda dental, una que es redonda y otra que preferiremos, que es aplanada. Esta se emplea recortando un pedazo de unos

12 cms. y fijando los extremos a los dedos de ambas manos, se coloca el hilo entre dos piezas dentarias de la misma arcada y se hace presión hacia apical y hacia alguna de las caras proximales de las piezas con el objeto que al pasar el hilo o seda el área de contacto interproximal no vaya a lastimar la papila interdientaria, y con movimientos de va y ven, limpiar y remover los restos alimenticios de las caras proximales, repitiendo esta operación en todas las zonas que se necesite.

El Water-pick es un aparato consistente en una cuba de agua con una bomba que emite a través de una pequeña manguera terminada en una punta de plástico intercambiable chorros de agua (al gusto) intermitente, que va a limpiar perfectamente el intersticio gingival al mismo tiempo que estimula la encía marginal, la presión del chorro de agua se puede graduar al gusto.

Siendo el Water-pick indispensable en el tratamiento de personas que tienen en su boca prótesis fijas y que sólo con este aparato pueden efectuar una fisioterapia correcta.

Hoy en día contamos con varias técnicas de cepillado,

entre ellas la de Stillman y la de Stillman modificada, la de Roling, la de Charters, etc., cada una tiene sus indica ciones pero la más comúnmente usada es la de Stillman mo dificada.

El cepillado se deberá enseñar al paciente usando - modelos figurados y en su boca haciéndole notar sus erro - res con soluciones descubridoras y mostrándole la técnica correcta de una manera sistemática:

- a) Superficies vestibulares y linguales.
- b) Superficies vestibulares y palatinas.
- c) Superficies libres.
- d) Superficies oclusales.
- e) Piezas soportes de prótesis.
- f) Limpieza de las prótesis.
- g) Limpieza o barrido de la lengua.

La técnica a la que haremos mención es la de Still - man modificada, pues es la más universalmente recomenda da en la mayoría de los casos y es efectuada de la siguien te manera:

Colocaremos el cepillo sobre la encía insertada de -

manera que el mango quede paralelo al plano de oclusión, -
sin separarlo de la encía le daremos una inclinación a expen-
sas de la flexión de las cerdas hasta llegar a un ángulo de
45°, con la presión que hacemos logramos que se doblen -
las cerdas tocando parte del diente, borde marginal y encía
insertada. Efectuaremos un movimiento lateral o en forma
de violín que según el caso lo requiera será de 5 a 10 movi-
mientos, con lo que provocaremos mayor circulación sangui-
nea y reforzamiento o formación de la capa queratinizada, -
deberemos tener mucho cuidado de que las cerdas no se des-
licen sobre la encía pues ésto provocaría una irritación y -
la destrucción de la capa queratinizada, la descamación de
la encía y podríamos provocar la destrucción de las papilas
y la inserción epitelial, luego haremos un barrido hacia --
oclusal o bordes incisales, repitiendo esta operación de 5 a
7 veces en cada área que abarque el cepillo, procurando --
llevar un orden al comenzar a cepillarse. También se le -
debe instruir en como cepillar las superficies oclusales y -
hacer hincapié en cómo debe limpiar las áreas interproxi--
males, haciendo uso entre otras cosas de la seda dental o -

bien usando tiras delgadas de gasa, en los casos en que ha ya diastemas o cuando hay piezas faltantes o para limpiar las piezas soportes de puente fijo o removible, en los casos en que exista exposición de bi ó trifurcaciones se pueden emplear con éxito los limpiadores de pipa.

La estimulación de la papila interdentaria se hará con los estimuladores de caucho que vienen en algunos cepillos, siendo necesaria esta estimulación pues son zonas que no se estimulan fisiológicamente. Se coloca la punta en la papila con el vértice mirando hacia oclusal o incisal y se presiona con ligeros movimientos vibratorios tanto por vestibular como por palatino o lingual.

El paciente debe enjuagarse vigorosamente después del cepillado y de la estimulación, se debe hacer con agua a la cual se le puede agregar un antiséptico, ya que muchas veces el cepillo y la seda sólo aflojan la materia alba y otros detritus, pero no los desaloja por completo.

La fisioterapia (cepillado y masaje) es de inestimable valor en la prevención, en el tratamiento de la enfermedad parodontal y en el cuidado de un caso ya tratado.

a) Educación Materno-infantil.

Es un deber de los padres de familia velar por la salud de sus hijos, así pues están obligados a vigilar la limpieza de los mismos. La madre deberá conocer perfectamente la técnica de cepillado que enseñe a sus hijos así como obligarlos a que la efectúen correctamente con asiduidad después de cada comida, y es necesario que se lo demuestren con el ejemplo.

En conclusión son los padres los que tienen la culpa de que sus hijos padezcan en la mayoría de los casos trastornos bucales. Si con el ejemplo no han querido enseñar una correcta limpieza bucal a sus hijos, ni les han querido exigir si se la enseñaron, que la efectúen, o si bien esperan a que el niño tenga molestias insoportables para acudir al cirujano dentista.

Es pues aconsejable a los padres de familia que lleven a sus hijos con el cirujano dentista por lo menos una vez al año para que se les revise su boca y entablar un diálogo con el profesionista acerca del problema bucal de sus hijos y la manera de resolverlos.

También es obligación de los padres de familia el evitar la alta ingestión de carbohidratos refinados y las ma las costumbres o hábitos como el chupeteo de dedos, lápices, juguetes, etc.

b) Educación escolar.

A nivel escolar la educación dental se efectúa consi derando algunos aspectos como el medio ambiente y la con dición mental de la persona que vamos a educar.

Los medios para llevar a cabo la enseñanza son:

- 1.- Exhibiciones.
- 2.- Conferencias.
- 3.- Enseñanza audiovisual.
- 4.- Publicaciones en revistas y periódicos.
- 5.- Radio y televisión.

En general la frecuencia de la enfermedad parodontal en los niños aumenta con la edad alcanzando su máximo cerca de la pubertad y disminuyendo luego hasta los 18 a - 20 años, después de los cuales hay un aumento gradual.

Se podría pensar como ideal que cada escuela tuviera los servicios de un cirujano dentista exclusivamente pa-

ra los niños que asistan a la misma o que brigadas de ser
vicio social, formadas por cirujanos dentistas recién egre-
sados, las visitaran por lo menos dos veces al año, dejan-
do trabajo efectivo realizado en las mismas.

Pues para poder resolver el problema de salud den-
tal en México, se necesita empezar a nivel escolar y previ
niendo, no restableciendo la salud perdida.

CAPITULO X

IMPORTANCIA DE LA VISITA PERIODICA DEL NIÑO AL CONSULTORIO DENTAL.

El hecho de que el niño esté familiarizado con su dentista desde que hacen aparición en su boca las primeras piezas dentarias, ayuda enormemente a la prevención no sólo de las enfermedades parodontales, sino también de la caries dental y las maloclusiones.

Por eso hay que enseñar a los niños qué es, quién es y qué hace un cirujano dentista, para ésto no se debe pintar al cirujano dentista como un castigo, ni como a una persona que sólo las personas mayores visitan y necesitan de él, ni hacerles creer que los dientes de los niños (dientes de leche o desiguos) como duran una corta temporada en la boca ya que se van a sustituir por otros (permanentes) no merecen tanta importancia como estos últimos, sino al contrario hacerles ver que los dientes de un niño forman la estructura y alineación de los dientes de un adulto.

Cuando en una dentadura temporal se pierde una pie

a prematuramente, todos los dientes sufren movimientos de movimiento los cuales la mayoría de los casos van a impedir la correcta erupción del diente permanente, dándonos como resultado una malaoclusión o apiñamiento de los dientes permanentes con las consecuentes zonas de susceptibilidad cariosa, empaquetamiento alimenticio, acumulación de sarro, formación de bolsas parodontales, etc., además de ser estéticamente reprobables.

Por lo que respecta a ¿quién es el cirujano dentista? se les debe enseñar conjuntamente padres y dentista, - que es una persona amable con los niños y que sólo él les puede impedir o quitar el sufrimiento que pueden llegar a tener en sus dientes, así como es labor del cirujano dentista llegarse a ganar la entera confianza del niño y convertirse en su amigo a la vez de una persona mayor que respetan y obedecen.

Sobre el qué hace el cirujano dentista, se le debe hacer ver que es la persona que se consagra al cuidado de su dentadura y que en caso de la pérdida de la integridad total o parcial de una pieza dentaria, él es el encargado de res-

...reconstruir o bien de mantener el espacio adecuado para la correcta erupción de una pieza dentaria permanente.

No debemos olvidarnos que un niño a los 2 años ya tiene completa su dentadura temporal, pero que por razones de la psicología infantil a menos de que se trate de una emergencia los niños deberán empezar a asistir al consultorio dental a la edad de 3 años, debido a que se ha podido observar que niños de esta edad ya presentan cavidades cariosas de tamaño considerable y que con la oportuna intervención del cirujano dentista pueden ser restauradas para que se puedan conservar en la boca hasta años más tarde que es cuando van a nacer en la boca las piezas permanentes, conservando de esta manera los espacios debidos y ayudando al crecimiento facial del niño de una manera normal.

Es por todo ésto por lo que además de ser importante la visita del niño al consultorio dental a temprana edad, es necesario que de esta primera visita surjan otras subsecuentes acomodadas en periodos regulares de tiempo.

Así pues estas visitas periódicas del niño al consultoo dental permitirán vigilar de cerca y constantemente el desarrollo dental del mismo, así como su crecimiento craneofacial el cual depende mucho del desarrollo dental.

Cabe ahora considerar la responsabilidad del cirujano dentista respecto a la atención del niño, que en términos generales abarca los siguientes aspectos:

1.- Determinación de la condición oral del niño y su relación con el estado general.

2.- Determinación del desarrollo de la dentición y partes anexas.

3.- Eliminación de focos orales infecciosos.

4.- Preservación de los dientes temporales y permanentes. Con procedimientos operatorios, ortodóncicos y endodónticos.

5.- Rehabilitación protésica del niño.

6.- Manejo de problemas de espacio.

7.- Aplicación de medidas adecuadas en las malas oclusiones incipientes.

8.- Educación y prevención tendientes al mantenimien

to de la salud oral del niño.

9.- Establecimiento de relaciones con otros especialistas, odontólogos y médicos.

El cirujano dentista de práctica general debe limitar su atención a educación, prevención, higiene, algunos procedimientos operatorios como son las preparaciones cavitarias para amalgamas de plata, resinas y procedimientos rutinarios de exodoncia. Los casos no contemplados dentro de este grupo, deben ser referidos al especialista.

El cirujano dentista que se especializa en niños, su campo de acción comprende: educación, higiene, prevención, procedimientos operatorios en general, terapia pulpar, exodoncia y cirugía oral menor, manejo de problemas de espacio desdentado, ortodoncia preventiva e interceptiva, rehabilitación protésica del niño, diagnóstico y tratamiento de algunas condiciones gingivales y de los tejidos blandos, etc.

Los períodos de tiempo que deben de pasar entre visita y visita al consultorio dental para sujetarse a una revisión completa de la dentadura no deben excederse de un año, siendo lo ideal tanto para adultos como para niños, de

6 a 8 meses.

"Una boca sana no se obtiene sino con los constantes cuidados por parte del profesional" y para que estos cuidados sean constantes y efectivos sólo se logra con la visita - periódica al consultorio dental, de aquí que hay que inculcar desde muy temprana edad, este buen hábito.

CONCLUSIONES

Diagnosticando precozmente y tratando eficazmente - las alteraciones parodontales en los niños y púberes, estaremos haciendo uso de las medidas profilácticas de mayor importancia en contra de las parodontopatías.

La finalidad del tratamiento parodontal es la eliminación de la enfermedad, la restauración y el mantenimiento de la salud parodontales. El tratamiento será según el estado de evolución y gravedad de la enfermedad, procurando siempre eliminar los factores locales e investigar los sistémicos para poder controlarlos.

Se ha observado que la enfermedad parodontal no aparece hasta la edad de 4 a 5 años, pero que después de esta edad son pocas las bocas que no presentan por lo menos gingivitis leve, ya sea localizada o generalizada.

La mayoría de las enfermedades parodontales pueden prevenirse por medio de un adecuado programa de profilaxis bucal y cuidados dentarios.

Hay que inculcar los hábitos de higiene oral desde -

los primeros años de vida. De donde hay que enseñar a -- los niños y adultos una técnica de cepillado sencilla y eficiente.

Es indispensable instruir no sólo al niño sino de manera muy especial a los padres indicándoles lo conveniente del examen dental periódico del pequeño.

Tanto la visita periódica al cirujano dentista como una buena educación dental crearán hábitos en los pequeños pacientes que repercutirán en beneficios de salud para el mismo.

Una verdad inevitable es que eliminando los trastornos no sólo parodontales sino de cualquier otro tipo que se presenten en la cavidad bucal de los niños, se disminuirán las posibilidades de probables trastornos parodontales en la edad adulta.

BIBLIOGRAFIA

Orban-Wentz-Euerett-Grant. - Periodoncia. Edit. Interamericana, S. A. 1958

Sidney B. Finn-Odontopediatría clínica. W. B. Saunders - Company Philadelphia and London. 1958.

Raymond Pauly S. D.D.S. - Enfermedad parodontal en los niños. Universidad de Costa Rica. 1966.

Moses Diamond D.D.S. Anatomía Dental. Edit UTEHA. - 1962.

Werner Wolff. - Introducción a la Psicología. - Edit. Fondo de Cultura Económica. 1959.

J. P. Guilford. - Psicología General. Edit. Diana. 1959.

Henry Goldman y D. Walter Cohen. - Periodoncia. - Edit. - The C. V. Mosby Company. 1962.

Irvin Glickman. - Periodontología Clínica. Edit. Mundi. 1958.

Alberto Ravizé R. - Apuntes de la cátedra de clínica de parodontia. U.N.A.M. 1967.

Flora Alonso Lárraga (Tesis) Las parodontopatías en la niñez y la adolescencia. 1954.

Enrique Cano Zepeda (Tesis) Algunas infecciones de los tejidos blandos de la boca del niño y tratamiento). 1957.

María de los Angeles Sánchez I. (Tesis) Parodontopatías en niños. 1961.

Nieva Cruz M. (Tesis) Trastornos parodontales en niños. 1965.

Consuelo González F. de A. (Tesis) Parodontopatías en niños. 1965.