

87-0122
15
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PAPEL DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL CONTROL
DE LAS AFECCIONES INFLAMATORIAS
DEL PERIODONTO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ISIDRO INDALECIO CARLON RODRIGO

ASESOR: DRA. ANA ROSA NEGRETE RAMOS

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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 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.

"PAPEL DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN EL CONTROL
DE LAS AFECCIONES INFLAMATORIAS DEL PERIODONTO"

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: GENERALIDADES SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL	
CLASIFICACION	4
GINGIVITIS	6
PERIODONTITIS	10
CAPITULO II: ETIOLOGIA	
CAUSAS LOCALES	14
CAUSAS GENERALES O SISTEMICAS	20
CAPITULO III: TERAPEUTICA DE MANTENIMIENTO PERIODONTAL	
VISITAS PERIODICAS	28
MANTENIMIENTO DURANTE LA FASE ACTIVA DE TRA- TAMIENTO	36
TERAPEUTICA DE MANTENIMIENTO	41
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	53

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

La necesidad de prevencion de las enfermedades bucales es universal. La caries dental y la enfermedad periodontal, que son los estados bucales mas prevalentes, afectan a mas del 95% de los habitantes de los paises cibilizados.

Las enfermedades periodontales (una cantidad de estados inflamatorios que afecta a los tejidos blandos y duros que soportan a los dientes) tambien pueden comenzar en la infancia, pero mas tipicamente son enfermedades de los adultos. Con todo, son responsables de aproximadamente el 45% de todas las extracciones, debiendose otro 45% a caries y el resto se atribuye a una diversidad de estados varios. Se ha informado que tanto en niños como en adultos, la gingivitis -- marginal cronica es el tipo mas prevalente de enfermedad periodontal. Como la gingivitis inducida por placa avanza a periodontitis si no se la detiene, la consideracion de la enfermedad periodontal como fundamentalmente perteneciente a la edad adulta no esta bien fundada. Es cierto, sin embargo, que las manifestaciones mas graves de estas enfermedades que comprenden la verdadera destruccion del tejido se producen -- considerablemente con mas frecuencia a medida que aumenta la edad. Asi, mientras casi un 70% de los jovenes de 17 años de edad tiene enfermedad periodontal, segun se ha informado, para los 45 años de edad aproximadamente el 97% de la poblacion esta afectada por una u otra forma de enfermedad periodontal.

Muchos autores creen que algunas formas terminales

de enfermedad periodontal en los adultos son el resultado final de estados crónicos de larga data iniciados durante la niñez. Debido a la falta de tratamiento adecuado, estas lesiones tempranas, que son en su mayor parte asintomáticas o producen solo una leve molestia, pueden progresar hasta que se alcanzan estadios avanzados. De allí en más, las enfermedades periodontales no solo provocan molestias y aun dolor, sino que traen como resultado una considerable pérdida de dientes.

Si se presta atención al hecho de que todas estas extracciones requieren reemplazo protésico, se percibe que el costo del tratamiento de la caries dental y la enfermedad periodontal y sus secuelas es enorme.

Así, la necesidad de prevención existe incuestionablemente. Además los estudios han demostrado que la medida en que las familias buscan tratamiento odontológico está directamente relacionada con el nivel educacional de los padres y el ingreso familiar. Aunque el temor y la carencia de educación para la salud dental actúan en detrimento de la actitud de búsqueda de tratamiento odontológico, la incapacidad de pagar el tratamiento es el mayor factor que detiene la demanda.

La odontología preventiva no es una panacea y no puede resolver todos los problemas dentales de la humanidad. Es por eso que decimos que la filosofía preventiva debe aplicarse dentro de un contexto de tratamiento total del paciente en el que tanto las maniobras preventivas como las restauradoras desempeñan importantes papeles.

Los métodos disponibles para la prevención de la -

enfermedad periodontal son tal vez mas efectivos que los que se disponen para cualquier otra afeccion cronica del cuerpo humano. En la mayoria de los casos la enfermedad periodontal podria ser prevenida por metodos tan simples como el control de placa, es decir, un correcto uso del cepillo y la seda -- dental.

Sin embargo, para que un ejercicio odontologico -- preventivo pueda emplear lo mejor de la prevencion, deben te nerse presentes los siguientes requisitos:

- 1.- La filosofia preventiva.
- 2.- Personal auxiliar entrenado adecuadamente.
- 3.- Una disposicion adecuada del consultorio.

CAPITULO I

"GENERALIDADES SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL"

Actualmente se acepta que la gingivitis y periodontitis son enfermedades de origen bacteriano. Esta evidencia proviene de estudios en animales gnatobioticos en los cuales no se desarrollan patrones tipicos de periodontitis; de estudios en humanos y animales en los que se ha demostrado que el control mecanico o quimioterapeutico de la flora dentogingival lleva a la remision de la inflamacion gingival, y de estudios sobre enfermedad periodontal en animales inoculados con ciertos microorganismos orales. Sin embargo, todavia son inciertos la fisiologia y patogenicidad de los organismos involucrados. Aun cuando la influencia bacteriana es de capital importancia, las diferencias en la respuesta del huésped son definitivamente significantes en la iniciacion y progreso de la periodontitis. (32)

La supresion de los habitos de higiene bucal acarrea el aumento numerico de los microorganismos que se acumulan en el margen y surco gingivales, dando lugar a la aparicion de un cuadro tipico de gingivitis a los 10-11 dias. (10)

CLASIFICACION.-

La American Academy of Periodontology formo un comite sobre Nomenclatura. Fue elaborada una clasificacion de

las enfermedades periodontales basada en las manifestaciones clinicas, alteraciones patologicas y etiologica. Las enfermedades fueron designadas como inflamatorias, degenerativas, atroficas, hiperplasticas y traumaticas. Se reconocieron dos lesiones inflamatorias. Gingivitis se definio como la lesion inflamatoria limitada a los tejidos de la encia marginal, y Periodontitis que fue el termino aceptado para describir la lesion inflamatoria extensiva a los tejidos mas profundos. (26)

La gingivitis fue subdividida de acuerdo con la etiologia en formas sistematica y local. Las formas de gingivitis causadas por factores locales incluian aquellas resultantes de impacto y acumulacion de alimentos, sarro, restauraciones irritantes y reacciones a drogas. La gingivitis con etiologia sistematica incluia las lesiones observadas en mujeres embarazadas o individuos con diversos trastornos sistemicos tales como diabetes, disfunciones endocrinas, tuberculosis, sifilis o leucemia. (26)

Gingivitis Aguda.- Dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duracion. Gingivitis Subaguda: una fase menos grave que la afeccion aguda. Gingivitis Recurrente: Enfermedad que reaparece despues de haber sido eliminada mediante tratamiento, o que desaparece espontaneamente y reaparece. Gingivitis Cronica: Enfermedad que se instala con lentitud, es de larga duracion e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. La gingivitis cronica es el tipo mas comun. Los pacientes pocas veces recuerdan haber sentido sintomas agudos. La gingivitis cronica es una lesion fluctuante en la cual, las zonas inflamadas persisten o se tornan normales, y las zonas normales se inflaman. (10)

G I N G I V I T I S

La gingivitis, inflamacion de la encia, es la forma mas comun de enfermedad gingival. La inflamacion se halla casi siempre presente en todas las formas de enfermedad gingival, porque la placa bacteriana, que produce inflamacion y los factores irritativos que favorecen su acumulacion, suelen estar en el medio gingival. Hay una tendencia a denominar todas las formas de enfermedad gingival con el nombre de gingivitis, como si la inflamacion fuera el unico proceso patologico que interviene.

El tipo mas comun de enfermedad gingival es la inflamacion simple causada por la placa bacteriana adherida a la superficie dental. Este tipo de gingivitis, a veces denominada gingivitis marginal cronica o gingivitis simple, puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o preceder a la destruccion de las estructuras de soporte (periodontitis). (10)

Empleando el Indice Periodontal, se efectuó un estudio longitudinal de niños entre 5 a 19 años. Se encontraron índices menores de gingivitis entre los niños de estrato socioeconomico mas alto. (24). De ahí, que la informacion o educacion dental tiene un papel importantisimo en la prevencion de enfermedades bucales. Una observacion particularmente interesante de este mismo estudio, es que los niños que exhibian una bolsa periodontal marcada por primera vez, habian tenido gingivitis marcada el año anterior. (24)

MANIFESTACIONES CLINICAS.-

Las primeras manifestaciones de la gingivitis u - -

7

sualmente son enrojecimiento debido a hiperemia, agrandamiento gingival debido a edema, y sangrado a la mas leve estimulación. Las primeras zonas involucradas son las papilas interdetales, pero no es raro que progrese a todo el margen gingival. Si persiste la inflamación durante mucho tiempo, la encía puede volverse fibrosa. (22)

La velocidad en el progreso de la gingivitis marginal hacia periodontitis destructiva, es altamente variable. La inflamación gingival crónica sin pérdida significativa de hueso se observa clínicamente con mucha frecuencia; pero todavía no han sido descubiertos los factores que originan el progreso y aun mas el hecho de suponer que las dos fases de la gingivitis y periodontitis, son de origen común. (16)

La inflamación clínicamente visible casi siempre forma parte de la enfermedad gingival debido a la presencia constante de microorganismos. También suelen encontrarse irritantes locales, como restos alimenticios o calculos. La reacción inflamatoria puede estar localizada en el tejido que rodea a uno o mas dientes, o puede estar localizada generalizada en toda la boca. (20)

CAMBIOS DE COLOR.-

Los cambios de color en la gingivitis aguda difieren de los de la gingivitis crónica en su naturaleza y distribución. El cambio de color puede ser marginal, difuso o en manchas, según la clase de lesión aguda.

Los cambios de color son signos clínicos muy importantes en la enfermedad gingival, la gingivitis crónica es la causa mas común. El color gingival normal es rosado coral. Se debe a la irritación del tejido, modificado por las capas

epiteliales suprayacentes. Por ello, el color de la encía se torna mas rojo cuando: a) hay aumento de la irrigacion o, b) cuando la queratinizacion se reduce o desaparece. A su vez, el color es mas palido cuando: a) la irrigacion se reduce (a sociacion con fibrosis del corion), o b) la queratinizacion epitelial aumenta. Por tanto, la inflamacion cronica intensifica el color rojo o rojo azulado debido a la proliferacion vascular y la reduccion de la queratinizacion por compresion epitelial ejercida por el tejido inflamado. (10)

Los cambios de color varian segun la intensidad de la inflamacion. En todos los casos hay un eritema rojo brillante inicial. Si el estado no empeora, este constituiria el unico cambio de color, hasta que la encía recupere la normalidad. En la inflamacion aguda intensa, el color rojo se - - transforma en gris pizarra brillante, que poco a poco se torna gris blanquecino opaco. El color gris, producido por la - necrosis del tejido, esta separado de la encía adyacente por una zona eritematosa bien definida. (10)

Debido al estado inflamatorio de la gingivitis cronica, la alteracion de la relacion epitelio-tejido conectivo contribuye al cambio de color que se ve clinicamente. (10)

CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA.-

Tanto la inflamacion cronica como la aguda, producen cambios en la consistencia firme resiliente normal de la encía. Segun lo antedicho, la gingivitis cronica es un conFLICTO entre cambios destructivos y reparativos, y la consistencia de la encía esta determinada por el equilibrio relativo entre los dos. (10)

La perdida del punteado superficial es un signo --

temprano de gingivitis. En la inflamacion cronica, la superficie es lisa y brillante, o firme y nodular, segun el predominio de cambios exudativos o fibrosos. (10)

En la gingivitis cronica, la destruccion y reparacion del tejido ocurren simultaneamente. Los irritantes locales persistentes lesionan el tejido, prolongan la inflamacion y provocan permeabilidad vascular y exudacion. (10)

El papel de la inflamacion en casos aislados de gingivitis varia como sigue: 1) La inflamacion es el cambio patologico primario y unico. Este es, con mucho, el tipo de enfermedad gingival mas prevalente. 2) La inflamacion es una caracteristica secundaria, superpuesta a una enfermedad gingival de origen general. Por ejemplo es comun que la inflamacion -- complique la hiperplasia gingival causada por la administracion sistematica de fenitoina. 3) La inflamacion es el factor desencadenante de alteraciones clinicas en pacientes con estados generales que por si mismos no producen enfermedad gingival detectable desde el punto de vista clinico. Es ejemplo de esto la gingivitis del embarazo. (10)

Es probable que los productos bacterianos sean los responsables de la gingivitis. Mas que una invasion somatica, se sabe que los productos bacterianos tienen propiedades capaces de producir daño tisular. La penetracion en el surco gingival de estos productos bacterianos, cuando tambien son antigenicos, probablemente cause la gingivitis en humanos. Las -- bacterias gingivales son dañinas y causan reacciones de antígeno-anticuerpo, y esta reaccion ocurre en el surco gingival. En la gingivitis, existe un incremento en los fluidos del surco, el cual contiene inmunoglobulina. Aun mas, el incremento en los fluidos aparentemente es proporcional a la inflamacion

celular incrementada en la encia.

Las consecuencias de esta reaccion antígeno-anticuerpo pueden llevar a mayor inflamacion y destruccion tisular. - Es por esto que la gingivitis aumenta en severidad en pacientes con alteraciones inmunologicas como lupus eritematoso, -- mieloma, penfigo, liquen plano y deficiencias en leucocitos - polimorfonucleares. (31)

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

La periodontitis puede estar precedida por una gingivitis clinicamente apreciable, pero no es una enfermedad -- gingival. La gingivitis puede mantenerse en estado cronico durante muchos años sin que invada las estructuras mas profundas. El aspecto superficial de la encia puede ser practicamente normal en caso de destruccion periodontal intensa. El aspecto defensivo o protector del proceso inflamatorio suele pasar inadvertido. (20)

El diagnostico de enfermedad periodontal destructiva cronica o periodontitis, se establece por inspeccion, palpacion y sondeo. La bolsa periodontal es patognomica de la "enfermedad periodontal", no se observa en ninguna otra enfermedad. (20)

Haciendo diagnostico diferencial con otras afecciones del periodonto, la periodontitis se caracteriza porque:

1) En la periodontitis, la resorcion osea comienza a nivel de la cresta alveolar y al progresar la enfermedad, - se extiende hacia la porcion central del tabique alveolar.

2.- La periodontitis es una lesion destructiva, causada principalmente por la inflamacion.

3.- La periodontitis se observa principalmente tanto en hombres como en mujeres mayores de 30 años. Los dientes afectados pueden tener caries y la enfermedad ser generalizada. (26)

CLASIFICACION.-

La periodontitis es el tipo mas comun de enfermedad periodontal producida por la extension hacia los tejidos periodontales de soporte de la inflamacion en la encia. Esta se puede clasificar como simple o marginal, en la cual la destruccion de los tejidos periodontales se relaciona unicamente con la inflamacion. (10)

La periodontitis simple fue definida como una lesion que evoluciona de la gingivitis resultante, principalmente de factores locales. Su progreso es relativamente lento, presentando bolsas de poca profundidad y boca ancha, distribuida a traves de toda la cavidad bucal con perdida osea generalizada. Las bolsas suelen estar llenas de placa y detritus, y existe una reaccion inflamatoria aguda en la encia. La reaccion inflamatoria es mas evidente en las regiones perivasculares, ya que progresa hacia el hueso alveolar, y eventualmente hacia la membrana periodontal a traves de los tejidos perivasculares. (26)

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

En la periodontitis simple, generalmente hay inflamacion cronica de la encia, bolsas y perdida osea. La movilidad y la migracion patologica de los dientes aparecen en casos avanzados. Esta enfermedad se localiza en un solo diente,

o en grupos de dientes, o es generalizada, segun sea la distribucion de los factores etiologicos. (10)

Clinicamente los cambios observados en la enfermedad periodontal varian desde inflamacion ligera del margen gingival, hasta bolsas con severa perdida osea y movilidad, - (la causa mas frecuente de perdida dentaria en adultos). (15)

La periodontitis simple progresa con ritmo variable; sus estadios avanzados, por lo general, aparecen en la quinta y sexta decada de vida. Esto contrasta con la forma juvenil, - que alcanza etapas avanzadas al final de la adolescencia y comienzos de la edad adulta. (10)

La periodontitis simple suele ser indolora, pero -- pueden manifestarse sintomas como: 1) sensibilidad a cambios termicos, a alimentos y la estimulacion tactil, como consecuencia de la denudacion de las raices; 2) dolor irradiado -- profundo y sordo durante la masticacion y despues de ella, -- causado por el acuñaamiento forzado de alimentos dentro de las bolsas periodontales; 3) sintomas agudos como dolor punzante y sensibilidad a la percusion, proveniente de abscesos periodontales o gingivitis ulceronecrosante aguda o sobreagregada; 4) sintomas pulpares como sensibilidad a dulces, cambios termicos o dolores punzantes, como consecuencia de pulpitis, que se origina en la destruccion de la superficie radicular por - la accion de la caries. (10)

Se han logrado considerables progresos al analizar y describir la histologia de la enfermedad periodontal inicial y avanzada. La mayor parte de la informacion proviene de estudios en adultos; pero actualmente parece razonable pensar que la enfermedad periodontal en niños incluye esencialmente

cambios similares. Despues de 2 a 4 dias del inicio en la formacion de placa, la encia muestra los hallazgos microscopicos clasicos de una vasculitis exudativa aguda. Esta fase se acompaña de una perdida de colageno perivascular y esta puede ser la consecuencia de liberacion de sustancias quimiotacticas y antigenicas por la placa y su difusion dentro del tejido conectivo gingival hacia el epitelio de union y del surco. (18)

Desde hace mucho tiempo, se ha reconocido la presencia de la enfermedad periodontal en niños; pero, debido a su naturaleza incipiente, no ha recibido la atencion que se le da a la caries. En 1938, McCall (37) discutió la posibilidad de una relacion entre la enfermedad periodontal incipiente encontrada en niños y los procesos severos de la misma enfermedad y la subsecuente perdida de dientes observada en adultos. (32)

CAPITULO II

"ETIOLOGIA"

Dentro de la etiologia de la enfermedad gingival y periodontal, el factor microbiano juega un papel fundamental. Existen sin embargo, ademas de este, multiples factores sistemicos que pueden coadyuvar al cuadro, agravando las lesiones. (9)

CAUSAS LOCALES

Aunque el mecanismo aun no es claro, existe ahora - poca duda de que los microorganismos que colonizan la superficie dentaria o se encuentran dentro del surco gingival o - en la bolsa periodontal, son los factores extrinsecos etiologicos primarios causantes de la enfermedad gingival inflamatoria periodontal. (26)

Existen ahora pruebas arrolladoras de que los organismos existentes en la placa microbiana y en la region del - surco gingival y bolsa, o sustancias derivadas de los mismos, constituyen el factor etiologico primario y quizas el unico -- que participen en la etiologia de la enfermedad gingival y periodontal. (26)

Sin embargo, la comprension de la etiologia de la - enfermedad exige la reconsideracion no solo (1) del papel de los microorganismos, sino tambien de (2) las condiciones que

pueden afectar o favorecer la acumulacion y crecimiento de - la placa o interferir o impedir con su eliminacion, (3) los factores sistemicos constitucionales y locales que pueden alterar la resistencia o susceptibilidad de los tejidos del periodonto a las sustancias nocivas y bacterianas, y (4) a variaciones individuales en los aspectos destructivos y protectores de los sistemas de defensa del huesped. (26)

PLACA BACTERIANA.-

La periodontitis simple es causada por la placa dental. La acumulacion de placa puede ser favorecida por una - gran variedad de irritantes locales como calculos, restauraciones defectuosas y empaquetamiento de comida. (10)

La placa se caracteriza por la fuerte adherencia a - las estructuras duras y blandas, de modo que la accion mecanica de los buches o del chorro de agua no consigue desprenderla. (9).

La capacidad de la placa bacteriana de provocar enfermedades es determinada por los tipos de bacterias presentes en ella asi como por los sustratos disponibles para las bacterias. La formacion de tartaro supragingival, tartaro subgingival, o ambos, se ve favorecida por ciertas interacciones entre la dieta y las bacterias. (21)

TARTARO.-

Son depositos no calcificados acumulados sobre las superficies dentarias, sobre el margen y surco gingivales, -- que contienen el 80% de microorganismos, sus productos, compo nentes organicos e inorganicos de las secreciones, celulas epiteliales descamadas y leucocitos. (9)

El tartaro dental esta precedido por la formacion de placa, pero no se han determinado los mecanismos de su mineralizacion. Pueden detectarse en la matriz de la placa cristales de fosfato de calcio, dentro de algunas bacterias y en la pelicula. Clinicamente, se han notado varios aspectos de la formacion del tartaro: cuanto mejor es la higiene oral menor es la cantidad de tartaro que se forma, pero las variaciones son grandes cuando la higiene oral no es buena. Aunque la velocidad de formacion de tartaro varia notablemente entre un individuo y otro, la relacion de tales diferencias entre la higiene oral, la dieta, la velocidad de flujo salival y la enfermedad sistematica no ha sido demostrada claramente para ninguno de esos factores. (21)

EMPAQUETAMIENTO DE ALIMENTOS.-

El empaquetamiento de alimentos es la introduccion forzada, principalmente de alimentos duros o fibrosos, en los tejidos gingivales, provocada por las fuerzas oclusales de la masticacion. Se puede producir tanto en las zonas interproximales cuanto en las superficies vestibulares o linguales de los dientes. El empaquetamiento de alimentos esta considerado como una causa bastante frecuente de enfermedad gingival y periodontal asi como el responsable de un cierto porcentaje de casos de bolsas periodontales infraoseas. (9)

Los traumatismos en la encia pueden producirse con un "escalonamiento" de los rebordes marginales, en presencia de contactos proximales inadecuados relacionados tanto con la deriva de los dientes como con restauraciones dentales defectuosas, con contactos que estan ligeramente abiertos y con dientes en malposicion o con perdida de los topes en centrica, particularmente entre los dientes anteriores. El impacto alimentario puede relacionarse tambien con el efecto de "cuspid

embolo". Puede aparecer donde los rebordes marginales mesial y distal conforman un angulo agudo de manera que el alimento es forzado al interior de una tronera y hacia la zona interproximal. (21)

Las areas de contacto proximales demasiado grandes y planas crean una papila gingival concava con un pico en las caras bucal y lingual y una depresion de tejido blando entre ambos. Las areas de contacto demasiado pequenas no llegan a formar un techo protector para las papilas. Cuando no existe un contacto proximal firme y adecuado se facilita la impacion de alimento. Los espacios interproximales y los contactos proximales han de albergar y proteger a las papilas gingivales. Las uniones soldadas de las restauraciones dentales -- que penetran en la tronera desalojan a las papilas gingivales interproximales en vez de protegerlas. (20)

El impacto alimentario puede ser el resultado de topes centricos defectuosos. Puede no aparecer invariablemente en lo que parece ser un contacto interproximal y una relacion de rebordes marginales defectuosos. Cuando esta presente, el impacto de alimentos es un sintoma de un problema que requiere un diagnostico correcto y un tratamiento definitivo mas -- que un tratamiento sintomatico con hilo dental y otros auxiliares de los cuidados caseros del periodonto. (21)

En sentido general, el empaquetamiento de alimentos puede ser evitado mediante la integridad y buena localizacion de los contactos proximales, del contorno de los rebordes marginales, de las ranuras de escape y del contorno vestibular y lingual. La posicion normal de los dientes en los arcos es un factor muy importante en la prevencion del empaquetamiento de alimentos. (9)

PROTESIS MAL REALIZADAS.-

La operatoria y la protesis mal realizadas producen alteraciones en los tejidos periodontales que van desde simples gingivitis marginales cronicas hasta la aparicion de bolsas supraoseas o infraoseas. Al confeccionar las protesis es preciso observar algunas características (localizacion del -- margen de la restauracion, forma, contorno, adaptacion y localizacion del punto de contacto, nichos, pulido, tipo de material empleado, confeccion de provisionales, cementacion, diseño y material de los ponticos) para que no haya agresion de los tejidos periodontales. (9)

Borde de las restauraciones: La extension excesiva del borde gingival de una restauracion dental causa lesiones de tipo mecanico en los tejidos. Facilita la acumulacion de restos de alimento, especialmente si la superficie es aspera. Con todo, no es un medio de cultivo para las bacterias y no aumenta de volumen. Es mas bien estatico que dinamico y menos irritante que el calculo. La extension excesiva de la amalgama es corriente. La extension insuficiente del borde gingival de una incrustacion origina una hendidura donde se acumulan las bacterias y los residuos alimenticios y puede convertirse en una causa de irritacion mas intensa que los bordes demasiado largos. (20)

La adaptacion marginal de las restauraciones y su localizacion con respecto a la encia, parecen ser las principales responsables de la iniciacion de lesiones inflamatorias gingivales. (9)

Usando carillas bucales sobrecontorneadas sobre 42 premolares, la evaluacion de los tejidos gingivales de 12 pacientes demostraron que 27 de los 42 sitios de prueba, tenian

signos clinicos de inflamacion gingival y alteracion de la arquitectura normal de los tejidos blandos despues de 49 dias. Se concluyo en este estudio que el sobrecontorneado del tercio bucingival de los dientes predispone los tejidos gingivales a una enfermedad inflamatoria (25).

MALPOSICIONES DENTARIAS.-

Hay una gran divergencia de opiniones en la literatura en cuanto a que la posicion de los dientes y sus diversas formas tenga relacion con la gingivitis y la periodontitis.

(9)

Recientes trabajos de investigacion demuestran que la malposicion dentaria que provoca apiñamiento dentario y el grado de entrecruzamiento y resalte, son factores que no modifican directamente la resistencia del tejido gingival, pero provocan una mayor dificultad para la higienizacion en las zonas en que estan localizadas. Pudieron demostrar que incluso en zonas de gran apiñamiento, toda vez que haya buena higiene bucal, no habra inflamacion gingival. Sin embargo, en la practica, en la mayoria de los casos se observa alguna alteracion inflamatoria en la encia que rodea los dientes apiñados. (9)

La malposicion dentaria (apiñamiento anterior), puede estar asociada con incremento en la gingivitis. En un estudio de niños de 13 años de edad, se encontro que existia gingivitis anterior cronica en 95% de los niños con apiñamiento dentario, comparado con un 77% de gingivitis en niños que no presentaban apiñamiento. El factor primario asociado con la gingivitis parece ser la presencia de placa entre los dientes apiñados. (28)

La malposicion bucolingual de un diente en relacion

con el borde alveolar, influye fuertemente en la localizacion del margen gingival, aun en la ausencia de enfermedad gingival. Una posicion bucal esta asociada anatomicamente con adelgazamiento de la corteza bucal y tambien vuelven al margen gingival mas susceptible al trauma durante los procedimientos de higiene bucal. (17)

INSTRUMENTOS USADOS EN LA HIGIENE ORAL.-

El uso incorrecto de los cepillos y de los estimuladores interproximales en la higiene bucal constituye una fuerte corriente de irritacion de la encia marginal y de la papila. La inflamacion cronica del tejido marginal a menudo es -- fruto del uso rudo del cepillo, aunque sea de cerdas blandas. En los pacientes con encias gruesas y fuertes, el cepillado -- demasiado energico solo consigue hacer retroceder el borde -- gingival. La irritacion producida por el cepillado inadecuado de los dientes es una de las principales causas de lesion de la mucosa alveolar que forma el borde gingival libre alli donde se ha perdido la encia fija. (20)

La recesion del borde gingival se observa con frecuencia sobre las raices prominentes, en areas de "abrasion -- por el cepillo" y en los puntos en que las fibras musculares o el frenillo se insertan muy cerca del borde gingival. En -- las enfermedades la encia puede estar tumefacta, desviada o -- retraida. La encia normal tiene una consistencia firme, pero puede ponerse turgente, fofa o dura en presencia de una inflamacion o de una hipertrofia. (20)

CAUSAS GENERALES

Los factores generales pueden modificar la reaccion

inflamatoria del periodonto por: 1) alterar la defensa natural contra los irritantes; 2) limitar la capacidad de reparacion del tejido; 3) causar una respuesta histica anormal por hipersensibilidad; y 4) modificar la estabilidad nerviosa del paciente de modo que interviene un nuevo factor que es la tension o sobreesfuerzo. (20)

La intensidad de la reaccion inflamatoria depende de la constitucion organica y hereditaria del paciente asi como de la duracion e intensidad de la irritacion local.

Raras veces se observan los efectos de una enfermedad general sobre la encia a menos que exista simultaneamente irritacion local: en tal caso la reaccion es mayor que la que produciria el irritante actuando aisladamente. La enfermedad general y los trastornos hormonales actuan como factores modificantes. (20)

HERENCIA.-

Denominamos herencia a la relacion genetica entre generaciones sucesivas y mas especialmente la transmision de caracteres determinables mediante el plasma germinal de una generacion a otra. Sin embargo, la operacion actual de estos caracteres heredables puede ser modificada por el medio, tanto interno como externo. La herencia puede ser un factor intrinseco en la enfermedad periodontal porque existe una tendencia familiar a la misma. Algunas razas tal vez presenten mayor tendencia a las enfermedades periodontales que otras, pero esta mayor susceptibilidad tambien corresponde a areas en que suele practicarse la higiene oral raramente o nunca. La relacion entre la enfermedad periodontal y la presencia de residuos de alimentos es manifiesta y constante. (20)

Varias alteraciones geneticas se han asociado con la destruccion grave prematura del periodonto. Incluidas en esta categoria estan la hiperqueratosis palmoplantar (Sindrome de Papillon-LeFevre), la hipofosfatasia, el Sindrome de -- Down, la Acatalasia y el Sindrome de Chediak-Higashi. (21)

La hiperqueratosis palmoplantar es una rara enfermedad genetica en la que hay una grave y prematura destruccion de las estructuras de soporte periodontales. Como el nombre lo indica, hay hiperqueratosis de las palmas y de las plantas de los pies. La remocion de los irritantes locales hace poco por prevenir la exfoliacion de los dientes primarios y permanentes. La razon de la destruccion de las estructuras periodontales y la perdida de los dientes dentro de 2 a 3 años de la erupcion, se desconoce. La enfermedad posiblemente se hereda como autosomica recesiva, pero solo se han publicado alrededor de 50 casos. (21)

La hipofosfatasia trae como resultado la perdida -- prematura de la denticion primaria y una cantidad de graves problemas sistemicos en muchos casos. Este raro defecto genético (defecto de gen mutante simple) actua principalmente como factor modificador intrinseco, ya que los intentos por controlar los factores locales generalmente no tienen exito y la longevidad dentaria se prolonga solo un poco mas que lo habitual. (21)

Los individuos con el sindrome de Down tienen un -- gen autosomico adicional y son mentalmente retardados. Tambien, como pacientes internados tienen una mala higiene oral y es comun la gingivitis necrotizante. La presencia de una mala higiene oral, tal vez un metabolismo alterado del tejido conectivo, la mordida abierta anterior, la maloclusion y la --

respiracion bucal contribuyen en conjunto a la alta prevalencia de la enfermedad periodontal en la parte anterior de la boca en los pacientes internados por el sindrome de Down. Asi la causa de los problemas periodontales en este estado podria relacionarse con factores iniciadores (placa y tartaro) y con factores modificadores extrinsecos (maloclusion, etc.) e intrinsecos (metabolismo del tejido conectivo alterado). (21)

El sindrome de Chediak-Higashi es una rara enfermedad, que aparece tanto en humanos como en animales. La destruccion periodontal puede estar relacionada con leucocitos polimorfonucleares defectuosos con una aumentada susceptibilidad a la infeccion. Se considera que esta enfermedad se debe a un caracter recesivo autosomico. (21)

DIABETES.-

Existen formas hereditarias de diabetes animal en una cepa de ratones de laboratorio Jackson y en una determinada especie de hamsters chinos. En estos ultimos animales se registro una forma fulminante de enfermedad periodontal, incluso formacion de calculos, inflamacion gingival, bolsa periodontal y perdida de hueso alveolar. (9)

Durante muchos años se creyo que habia relacion entre la enfermedad periodontal y la diabetes, sin embargo, no es clara la manera en que las dos enfermedades se relacionan. A nivel clinico, muchas veces los diabeticos no controlados presentan una encia muy inflamada e hiperplasica, una tendencia a la formacion de abscesos periodontales y gingivales y una propension a la destruccion periodontal rapida e intensa. (9)

La diabetes modifica el curso de la enfermedad pe--

riodontal, pero los rasgos histologicos de la inflamacion de los tejidos periodontales del enfermo diabetico no difieren de los del individuo sano con periodontitis. No se han dilucidado todavia de un modo claro las razones que expliquen la menor resistencia de los pacientes diabeticos a la infeccion -- bacteriana y micotica. Es evidente que la infeccion puede seguir un curso fulminante en los tejidos saturados de glucosa, ya que el defecto capilar peculiar observado en la diabetes -- puede interferir la localizacion de un agente infeccioso. (20)

Hay datos conflictivos con respecto a la prevalencia y la gravedad de la enfermedad periodontal en los pacientes diabeticos comparados con los individuos normales y si la diabetes tiene o no alguna relacion con la enfermedad periodontal. Hay una mayor susceptibilidad a la infeccion en los pacientes diabeticos, especialmente en aquellos cuya diabetes esta mal controlada. Suelen aparecer abscesos periodontales -- multiples en pacientes diabeticos despues de un raspaje profundo si no se toman medidas profilacticas. Aunque la diabetes mellitus puede, cuando es grave o mal controlada, actuar como factor modificador de la enfermedad periodontal, el patron de la relacion no es constante. Los pacientes con diabetes de aparicion juvenil pueden o no demostrar perdidas oseas graves, y el tipo de enfermedad que aparece en los adultos no parece afectar la iniciacion o el avance de la enfermedad periodontal. (21)

Los diabeticos pueden exhibir una mayor respuesta a los factores locales que llevan a enfermedad periodontal y -- consecuentemente, una incidencia incrementada de destruccion periodontal. Los diabeticos no controlados muestran abscesos gingivales agudos fulminantes y periodontitis supurativa. La resorcion progresiva de hueso alveolar es un hallazgo comun --

tanto en diabeticos controlados como en los no controlados. - Diversos investigadores han apoyado el concepto de que la diabetes es un factor modificante en la enfermedad periodontal - temprana severa. (7)

MALNUTRICION.-

La malnutricion puede ser el resultado de una deficiencia de alimentos especificos en la dieta o por la utilizacion, el procesamiento o el almacenamiento defectuoso de nutrientes. Aunque posible afectar el crecimiento, el desarrollo y las actividades metabolicas del periodonto por medio de deficiencias nutricionales, la evidencia clinica e histologica sugiere que el efecto de la enfermedad periodontal es indirecto, es decir, la modificacion de la enfermedad existente - mas que la iniciacion de la enfermedad periodontal. Asi, los estados de deficiencia no influyen sobre la respuesta inflamatoria si no hay factores locales, tales como la placa y el tartaro, presentes como para iniciar la inflamacion. (21)

No es clara la relacion entre malnutricion y enfermedad periodontal. Como en el caso de las enfermedades sistemicas debilitantes, la malnutricion parece ser un factor que no influye en el inicio de la enfermedad periodontal, pero si en la presencia de irritantes locales, los cuales inician la inflamacion y pueden agravar la situacion. (1)

La nutricion es fundamental para la vida y resulta tentador asignarle el principal papel etiologico en la enfermedad. Los desequilibrios dieteticos y nutritivos predisponen en ocasiones a la infeccion, y la infeccion puede precipitar o agravar los transtornos nutritivos. La nutricion parece ser una de las muchas variables que influyen sobre la interaccion huesped-parasito. Las vitaminas son esenciales para la salud;

la absorcion de las mismas puede estar determinada por factores digestivos, y en algunos casos la vitamina definitiva es sintetizada en el organismo. Una avitaminosis especifica puede causar lesiones definidas en la mucosa oral y en la lengua, pero no originara bolsas periodontales. (20)

El acido ascorbico tiene gran importancia desde el punto de vista fisiologico e interviene en multitud de reacciones quimicas intracelulares complicadas. Sin embargo, las afirmaciones de que el acido ascorbico posee accion terapeutica en una amplia variedad de trastornos sin relacion entre si, entre ellos "las encias sangrantes", no han resentido la prueba del tiempo ni la de la aplicacion clinica. (20)

Glickman (35) ha demostrado claramente hace ya varias decadas el papel agravante pero no desencadenante de la deficiencia de vitamina C, la que no produce gingivitis, pero si agrava la gingivitis iniciada por la placa bacteriana, provocando una perdida osea mayor. (9)

FACTORES EMOCIONALES.-

Los factores emocionales pueden ejercer una accion directa sobre el periodonto por la reaccion contra la tension o una accion indirecta debida a uno o mas de los factores siguientes: higiene oral descuidada, dieta inadecuada, insomnio, consumo excesivo de tabaco. Stahl (39) ha demostrado que la curacion se retrasa cuando se superponen irritantes locales - en animales sometidos a tension generalizada. La falta de capacidad de conservacion de ciertos tejidos se explica por el sindrome de adaptacion general. El stress y los trastornos emocionales pueden influir sobre la funcion del sistema inmunologico a traves del sistema nervioso central y posiblemente - por mediacion endocrina. El dejar de fumar supone para los fu

madores un esfuerzo severo y no son extrañas las alteraciones gingivales durante este periodo. (20)

El stress inducido experimentalmente en roedores -- puede causar cambios en las estructuras periodontales tales -- como osteoporosis del proceso alveolar relacionado con la disminucion de la actividad osteoblastica, degeneracion del ligamento periodontal y desprendimiento del epitelio gingival. -- Las heridas gingivales tienen una tendencia al retardo de la cicatrizacion del tejido conectivo y hueso durante el stress; aparentemente, el epitelio no se hallaba afectado. Si el frio es el agente que da lugar al stress, se produce una osteoporogsis del hueso alveolar que mas tarde se adapta y adopta su -- forma normal. (9)

El stress, ya sea originado por trauma, frio, fatiga o por estímulos nerviosos, afecta el organismo en general y produce una cantidad de cambios tisulares inespecificos interrelacionados que fueron denominados Síndrome de Adaptacion. (9)

La relacion entre los factores psicologicos y la enfermedad periodontal ha sido estudiada en pacientes hospitalizados por enfermedades emocionales. Aunque no se hallan las -- correlaciones entre la enfermedad periodontal y el estado psicologico, tales datos indican que la enfermedad no necesariamente sea de origen psicossomatico. El origen psicogeno sugerido para la gingivitis ulceronecrotizante (GUN) no ha sido fundamento. Aunque la GUN se correlaciona con la tension, la relacion parece ser la modificacion de una enfermedad periodontal inflamatoria preexistente y no que la tension y la fatiga inicien la gingivitis necrotizante. (21)

CAPITULO III

"TERAPEUTICA DE MANTENIMIENTO PERIODONTAL"

VISITAS PERIODICAS

Ningun practicante puede criticar el sistema de revisiones periodicas, si desea ofrecer servicios optimos. La profilaxis, planeacion terapeutica radicular, radiografias de diagnostico, aplicacion topica de fluor, instrucciones sobre higiene oral, y la deteccion temprana y restauracion de defectos dentales, todas son contribuciones importantes en la prevencion de la perdida prematura de piezas dentales. (8)

La atencion efectiva de mantenimiento comienza en las primeras visitas con el paciente. El concepto de las futuras citas en el consultorio dedicadas unicamente al mantenimiento es presentado en el mismo momento en que se discute el tratamiento "activo" que se avecina. Se hace consciente al paciente de su vulnerabilidad a la enfermedad recurrente. Se le aconseja sobre la frecuencia habitual del tratamiento de mantenimiento, las características de tal tratamiento, asi como el costo de una visita periodica tipica. (26)

Como el programa de visitas periodicas del periodonista y el mantenimiento del paciente resulta ser tan importante como un tratamiento activo de varias citas en el consultorio, deberan ocupar un lugar de importancia en la mente --

del terapeuta desde el principio. El mantenimiento y el tratamiento primario activo deberan ser introducidos conceptualmente en el mismo momento. Es indispensable que el paciente anticipa recibir beneficios de cada uno de ellos. Es necesario advertir al paciente que no se conforme con las ganancias a corto plazo (a traves de un tratamiento primario activo y control de placa breve) cuando la retencion a largo plazo de los dientes en funcion (a traves de un tratamiento profesional de mantenimiento extendido y control de placa a largo plazo) es el unico objetivo sensato. (26)

El alternar las visitas entre el facultativo general y el periodontista parece tener un merito definido. La pregunta de quien debe realizar el tratamiento periodico de mantenimiento se hace cada vez mas importante. Muchos periodontistas en la fase temprana de su carrera profesional, aceptan virtualmente a todos los pacientes que se les remiten. Tarde o temprano, la mayor parte decide que solo pueden obtener tranquilidad mental cuando se encuentran libres para dirigir el mantenimiento periodontal del paciente afectado. (26)

Es raro el dentista que puede ejecutar solo un programa de control de placa exitoso. Los conocimientos y destreza del dentista obligan a que el dedique sus principales esfuerzos en su experiencia. El dentista debe estar involucrado, pero debe manejar, dirigir y delegar todas las destrezas que deben ser administradas tambien por un auxiliar bien entrenado. Aun mas, el dentista no es la persona ideal para enseñar a los pacientes. Cuando la responsabilidad de la enseñanza se transfiere al terapeuta de control, la atmosfera se vuelve mas relajada y mas adecuada para el aprendizaje. (11)

La terapeuta de control de enfermedad ha surgido en

la nueva era de la Odontología Preventiva. El reto de ayudar a un paciente motivado y bien informado para mantener sus - - dientes de por vida, resulto en la necesidad de un "especialista" que explique los objetivos del programa de control y - de entrenar al paciente en el uso de los diversos auxiliares en la Odontología Preventiva. Pacientes agradecidos han afirmado que nunca habian tenido a una persona que les dedicara - el tiempo o interes necesario para ayudarles a comprender sus propias necesidades de salud dental. La terapeuta de control inicia el cuidado de un paciente nuevo antes de cualquier servicio correctivo. Ayuda al paciente a reconocer que la obtencion de la salud es su responsabilidad propia. Durante esta - continua relacion, la terapeuta puede reforzar, reentrenar e implementar las medidas preventivas necesarias. (11)

La adjudicacion de tiempo suficiente es el requisito previo mas importante para la visita de mantenimiento efectiva. Debera haber tiempo para que el higienista realice todos los pasos esenciales. Debera haber tiempo para permitir - al periodontista reunirse con el higienista y discutir la labor que hara el mismo. Cuando sea necesario el tratamiento adicional, debera disponerse del tiempo para realizarlo. Finalmente, debe haber tiempo para la correspondencia y la comunicacion telefonica con el facultativo general, con el medico - del paciente y con cualquier otro especialista dental, que pudiera estar involucrado. (26)

Las diferencias entre un programa periodico preventivo de revision y el programa tradicional de revisiones de - cada seis meses, son muy sutiles. La sutilidad puede comprenderse facilmente cuando prevencion se define como una anticipacion planeada. La orientacion tradicional es aquella que detecta tempranamente los defectos orales; mientras que la o-

orientacion preventiva es aquella que anticipadamente planea - la manera de evitar los defectos orales.

El ser un odontologo preventivo significa tener un nivel mas alto de alerta en lo que respecta al balance multifactorial del sistema ecologico oral. Se hace todo lo que se tiene a la mano para ayudar al paciente a controlar ese sistema. Debe existir un alto grado de integracion entre el personal del consultorio y el paciente, por lo que debe ser mejor organizado. (8)

Las visitas periodicas siguen siendo el precio que se paga por el manejo venturoso de la enfermedad periodontal cronica en presencia de los iniciadores mismos de la enfermedad. El dentista que lucha por el mantenimiento de sus pacientes tratados, tendra menos problemas si reconoce que el mantenimiento es simplemente la continuacion del tratamiento. Es el tratamiento que requiere pensamiento, tratamiento que puede variar considerablemente y no convertirse en una rutina la que esta obligando a seguir. (26)

El sistema tradicional de revisiones se efectua por lo general cada seis meses. Pero, cuando se trata de verificar la eficacia de un programa de control a largo plazo de la enfermedad periodontal, hacen aparicion muchas desventajas: - independientemente de la tecnica utilizada para reducir el numero y profundidad de las bolsas, obviamente el objetivo del tratamiento se pone en peligro cuando el paciente depende unicamente de la destreza del terapeuta. Es por esto, que el odontologo orientado hacia la periodoncia, debe romper este modelo tradicional y adoptar un programa de revisiones periodicas adecuado a su paciente en particular. (8)

Obviamente, los procedimientos de mantenimiento en el consultorio deberan realizarse cuando sean necesario. Es necesario una visita mas frecuente (cada 2 a 6 meses) en aquellos pacientes cuya formacion de placa es muy intensa, cuyo mantenimiento es malo o cuyo periodonto puede describirse como grueso. Por el contrario, los pacientes cuya formacion de placa es poca aun al principio del tratamiento, cuya higiene bucal se ha vuelto excelente y ha permanecido asi o que tiene un periodonto muy delgado, generalmente requieren menos atencion en el consultorio. Para ellos, es conveniente llamarlos cada 9 meses o aun cada año. (26)

Los adultos requieren el arreglo de destrezas preventivas mas complejo. Las revisiones periodicas deben ajustarse continuamente para llenar las necesidades dentales de cada paciente. La tecnica psicologica mas efectiva es apelar al mejoramiento del atractivo personal. Debe hacerse enfasis sobre la prevencion de enfermedad periodontal y la retencion o conservacion de piezas dentarias. Pero, mientras el paciente no acepte esta responsabilidad, debe diseñarse un programa de control de placa individual. Las revisiones periodicas deben variar, dependiendo de la actitud del paciente. (8)

El tratamiento en el consultorio de estos individuos debera ser programado a la mayor frecuencia posible, por ejemplo, cada 6 semanas o 2 meses. Es interesante notar que gxisten cada dia mas pruebas de que puede controlarse la enfermedad periodontal con frecuente "limpieza" de los dientes realizada por terapeutas capacitados, con o sin higiene personal bucal por parte del paciente. (26)

El periodontista debera tratar con el pacient las responsabilidades que cada uno llevara. Debera hacer hincapie

en que el dentista que lo ha remitido, ya sea facultativo de practica general, especialista en odontologia restauradora o prostodontista, tambien recibira las responsabilidades claras y recurrentes. Se asegurara al paciente que si varios profesionales dentales son consultados, sus acciones seran coordinadas. Tambien se le informara que cada uno de estos especialistas exigiran visitas periodicas. Las visitas periodicas -- del periodontista pueden ser las mas frecuentes y las mas importantes, debido a la susceptibilidad existente a la destruccion periodontal que permanece. Tambien se explicara el papel importante que desempeña el higienista dental, especialmente ahora que este coprofesional lleva a cabo gran parte de la terapiapeutica inicial y de mantenimiento. (26)

Cualquier cambio en el estado periodontal es tambien una justificacion para acortar el periodo entre las revisiones periodicas, especialmente en aquellos pacientes que -- han rehusado el tratamiento periodontal. Muchas veces, la extraccion selectiva de dientes es el resultado de no haber efectuado un tratamiento periodontal conservador. Cuando un paciente rehusa el tratamiento periodontal, se debe intentar detectar por todos los medios las razones psicologicas que pueden influir en esta negativa, para que el dentista utilice -- tambien las razones odontologicas para convencer a este tipo de paciente. (8)

Bajo las circunstancias actuales, tanto el higienista como el facultativo dental deberan contrituir al tratamiento de mantenimiento. Aunque el dentista conserva la responsabilidad general, el higienista debiera ser responsable cada -- vez mas y mas de la documentacion en la visita y de la terapiapeutica misma de la visita periodica. En realidad, los facultativos generales y los periodontistas que desean conservar --

un grado de equilibrio entre sus pacientes tratados y sus pacientes nuevos, deberan delegar responsabilidades considerablemente. El higienista puede determinar y documentar hechos sobre el paciente y cuando ha sido capacitado apropiadamente y posee experiencia, puede ser capaz de llevar a cabo la mayor parte de los procedimientos terapeuticos necesarios durante la visita periodica. (26)

A medida que aumenta la edad del paciente, diversos factores obligan a que las revisiones periodicas sean mas frecuentes. Empieza a disminuir la actividad salival, causando un incremento marcado en las enfermedades que provocan la placa. Los factores que pueden causar disminucion del fluido salival son los medicamentos, consistencia blanda de la alimentacion, actividad fisiologica disminuida en las glandulas salivales, causada por la edad avanzada, aumento en las horas de sueño (el fluido salival disminuye durante el sueño). Los pacientes artriticos deben ser revisados cada 2 o 3 meses debido a que van disminuyendo sus destrezas manuales y por otro lado, la profundidad de las bolsas se incrementa con la edad. (8)

Es raro el periodontista que no realice personalmente todo el tratamiento de mantenimiento para algun paciente. La seleccion de quien sea la persona indicada para realizar el tratamiento de mantenimiento, la hace el paciente periodontal en otra forma mas a menudo que lo que pudiera realizar el periodontista o el dentista. Un paciente informado, que conoce la comodidad y sentido de bienestar que se presentan despues de un tratamiento de mantenimiento cuidadoso y regular, tambien esta consciente de su ausencia. (26)

Siempre habra algunos pacientes en cualquier consul

torio que presentaran necesidades emocionales especiales en el tratamiento o cuyo mantenimiento implica tecnicas especiales. Estos pacientes tambien son de responsabilidad del perio-
dontista solo en lo que se refiere al tratamiento mismo. (26)

Las tecnicas de persuasion de la terapia de control deberan ser gentiles; su naturaleza no debe ser hostil. Ella obtendra estas cualidades mediante (1) conviccion personal, - (2) obteniendo autoridad, y (3) obteniendo conocimientos. La terapeuta de control puede tomar su tiempo para dedicarle toda su atencion al proceso de aprendizaje de su paciente. (11)

La atencion de mantenimiento debera incluir al dentista general que remite a sus pacientes con afecciones perio-
dontales y, a la vez desea conservar la supervision dental -- del caso, una vez que la fase activa del tratamiento periodon-
tal haya sido realizada. Esta forma de visita combinada de -- mantenimiento permite al dentista conservar al paciente bajo su control y, a la vez, se adapta a las necesidades precisas del paciente y del periodontista. (26)

Para ser exitoso el programa preventivo de revisiones, debe ser flexible. Es necesaria una comprension basica de la conducta humana. La conducta es relativamente erratica y depende de muchos factores como intereses externos, inteleg-
to, responsabilidad personal y madurez emocional. Para considerar exitoso cualquier programa se debe reevaluar y reinstituir en cada sesion de revision preventiva. Todo el equipo --
del consultorio debe estar consciente de que "cualquier mejora en la conducta sobre el programa de control de placa, es -
exito". (8)

Hoy como siempre es el periodontista quien determi-

na, en mayor grado, lo que puede lograr el higienista dentro del consultorio dental y la minuciosidad del tratamiento de mantenimiento que reciben los pacientes. Deberan alentar al higienista para que este proceda a realizar el examen e instrumentacion cuidadosa y no encontrarse tan ocupado con el tratamiento de pacientes nuevos que dejan al higienista libre albedrio. Debera ayudar al higienista a reconocer las señales de peligro en los pacientes que deberan estimular su preocupacion y atencion. Deberan actuar con prontitud sobre los hallazgos del higienista e informarle de su accion. Debera proporcionar al higienista el tiempo suficiente para prestar su propio tratamiento profesional. Esto se logra dejando que el higienista haga las citas de mantenimiento en pacientes cuyo tratamiento haya sido incompleto. (26)

MANTENIMIENTO DURANTE LA FASE ACTIVA DE TRATAMIENTO

Despues de completar el tratamiento activo, se debe preguntar al paciente si desea seguir siendo tratado "preventivamente" en el consultorio. La primera revision preventiva periodica debe hacerse a un intervalo de 1 o 2 meses posteriores al tratamiento activo. (8)

Una tecnica improvisada y descuidada para el mantenimiento es motivo de sorpresas desagradables. Salvo que se realice un procedimiento formal, seguramente se presentaran contingencias desagradables. (26)

Todo paciente que se someta a un programa de control de placa, debe recibir un examen periodontal selectivo. Si un paciente fracasa en cualquier parte de este examen, es-

ta indicada una evaluacion periodontal completa. Esta conducta es util para informar a los pacientes de la presencia de enfermedad sin crear un sentimiento de abuso de confianza. El paciente debe estar consciente de que esta es informacion -- "nueva", en la cual utiliza "nuevos" metodos y que el personal de consultorio esta ansioso por compartir su informacion "recientemente adquirida" con sus "pacientes viejos". (11)

Son tres los componentes de un examen periodontal selectivo: 1) Un juego completo de radiografias bucales (cono largo). Se hace una comparacion entre el nivel de la union amelocementaria y la cresta alveolar. Esta distancia no debe ser mayor de 1.25 a 1.55 mm antes de los 50 años de edad. Clínicamente, existe una insignificante reduccion en la altura de la cresta alveolar al aumentar la edad. La radiografia debe mostrar una cresta alveolar densa, intacta, radiopaca. 2) El examen clinico no debe mostrar evidencias de inflamacion, cambios en la consistencia y textura tisular, o la presencia de exudacion o sangrado durante la palpacion digital. No debe existir recesion. 3) Con la sonda periodontal, examine 4 zonas: (la profundidad de la crevice no debe ser mayor de 3 mm) a) Distopalatal del 6 superior; b) Distolingual del 6 inferior; c) Mesio bucal del 5 inferior y d) Mesiolabial del canino inferior. (8, 11)

En sus primeros estadios, la enfermedad periodontal no puede observarse en las radiografias. La placa destruye la encia y el epitelio que protege el surco. La placa puede atacar el hueso y destruirlo. La placa por debajo y sobre la encia puede morir, calcificar y formar tartaro (calculo). Este calculo escala el lado de la raiz dentaria y la inflamacion -- causa perdida osea. Para evitar que la enfermedad progrese -- aun mas, se deben seguir los siguientes pasos: 1) Todas las --

superficies de cada diente deben ser registradas con la sonda periodontal; 2) Si los tejidos permanecen inflamados, el tratamiento debe incluir curetaje de los tejidos blandos; 3) El objeto es eliminar la inflamacion y tener una crevice sana, - de manera que el paciente pueda limpiar diariamente esa area; 4) No existira cura de la enfermedad periodontal si no se logra que el espacio entre el diente y las encias sea pequeño - de manera que el paciente pueda mantener esta zona libre de - inflamacion en forma diaria (la retencion de placa causa in- - flamacion). (11)

El tratamiento activo de un paciente periodontal, - por su misma naturaleza, siempre se lleva meses. La secuencia del tratamiento activo, observacion y mas tratamiento activo, es aceptada en periodoncia. Sin embargo, en la actualidad, -- los pacientes son tratados de tal forma que se prolonga el -- tiempo total de tratamiento activo mas alla de meses y aun años. El paciente, con una protesis quirurgica multifasica y a quel con una intervencion combinada periodontal-ortodontica-- restauradora, son ejemplos del mayor tiempo que es necesario para el tratamiento en la actualidad. (26)

El mantenimiento del paciente tratado quirurgicamen- te comienza tan pronto como se retira el ultimo aposito de la primera zona quirurgica, o si no se emplea aposito, al final de la primera semana despues de la cirugia. Durante la fase - quirurgica del tratamiento resulta muy facil concentrar la atencion sobre la zona de interes quirurgico inmediata y des-- cuidar otras zonas de cirugia ya terminadas. Todos los dientes, en cada zona tratada quirurgicamente, requieren curetaje y pulido periodicos, especialmente en la zona de la estructura dentaria adyacente al nuevo margen gingival. El curetaje - suave y el pulido en esta zona son beneficos desde la tercera

semana para eliminar acumulaciones de placa y evitar el establecimiento de nuevas lesiones inflamatorias. (26)

Los pacientes en medio de un tratamiento quirurgico periodontal, tambien requieren la revision de su oclusion a intervalos frecuentes. Los dientes tratados quirurgicamente permanecen moviles durante un periodo prologado. Luego, mediante el desgaste selectivo, es posible reducir el traumatismo secundario. Esto suele hacerse en los dientes opuestos al segmento tratado quirurgicamente debido a que el paciente asi presentara menos molestias. (26)

El mantenimiento a base de curetaje tambien es indispensable para el paciente que recibe un tratamiento combinado periodontal y ortodontico. Es necesario suponer que antes de realizar el tratamiento ortodontico, debe realizarse la terapeutica inicial que incluye higiene bucal y curetaje definitivo para controlar la inflamacion periodontal. No obstante el curetaje, algunos pacientes candidatos al tratamiento ortodontico continuaran mostrando un alto nivel de placa, bolsas localizadas profundas y extensa inflamacion gingival. En condiciones ideales debera utilizarse una cureta ligeramente cada semana en estas bolsas de mayor profundidad. Es necesario hacer hincapie en que la instrumentacion debe ser suave y frecuente. (26)

El instrumento ultrasonico de limpieza es de gran ayuda para la desbridacion periodica de una boca agobiada por aparatos fijos. El aparato llamado cavitron puede emplearse cada vez que se retira un arco de alambre. Esto, desde luego, no es una panacea. Su punta vibrante puede aflojar o separar una banda de un diente si la punta no se usa cuidadosamente y existen zonas interproximales en las que solo una cureta pue-

de llegar. Sin embargo, en el mantenimiento periodico es necesario emplear cualquier tipo de instrumento que logre la desbridacion y curetaje a un costo minimo para el aparato de insercion de los dientes. (26)

Masters (38) sugiere los siguientes criterios para considerar aceptable el control de la enfermedad periodontal independientemente de la terapia de eleccion:

1) La encia debe llenar los criterios de salud celular al observarla clinicamente y microscopicamente.

2) El contenido de la crevice debe contener una microflora minima y de estos patogenos, pocos deben estar asociados con la enfermedad periodontal.

3) No debe existir evidencia de abundantes celulas epiteliales inmaduras en los fluidos y exudados creviculares. No debe existir sangrado crevicular en los enjuagues obtenidos por irrigacion.

4) El hueso de la cresta alveolar debe estar intacto, sin desarmonias que obstruyan el proceso de limpieza.

5) No deben existir calculos o detritus extraños -- presentes sobre la superficie radicular adyacente a la crevice gingival.

6) No debe existir glucosa que apoye la vida microbiana.

7) Los criterios morfologicos y fisiologicos deben relacionarse con la unidad periodontal total y no estar limitados a las areas de facil acceso.

8) El espacio del ligamento periodontal debe ser estrecho, sin evidencia de absorcion osea continua.

9) Todos los nutrientes en la dieta deben ser balanceados; la ingesta de carbohidratos refinados debe estar dentro de limites aceptables. (11)

Se efectuó un estudio en niños de 13 y 14 años de edad, y se demostró que las instrucciones de higiene oral, junto con limpieza mecánica, reducen la gingivitis. En cambio, - la substitución de la limpieza mecánica por una aplicación tópica de 0.5% de clorhexidina en gel, no pudo reducir la placa, gingivitis, o el desarrollo de la caries. (4)

En este estudio, pudo comprobarse una reducción en la inflamación gingival de niños Daneses de 7 años de edad, - como resultado de una profilaxis profesional cada 2 semanas - durante un periodo de 72 meses. Al final de esta investigación, el índice gingival era de 0 en el 51.4% de los niños, - comparado con el 15.5% al inicio del estudio. (19)

TERAPEUTICA DE MANTENIMIENTO

El control de placa (higiene oral personal efectiva), es fundamental en la práctica exitosa de la odontología preventiva. Existe una fuerte relación entre la prevalencia y severidad de la gingivitis y periodontitis con la acumulación de placa dental. (27)

El éxito de un programa de control de placa depende en alto grado, de una buena relación entre el equipo dental y el paciente. El personal apático, deshumanizado y mecánico es una característica del pasado. En la actualidad, el equipo -- del consultorio debe mostrar una verdadera preocupación por - el bienestar del paciente para obtener la aceptación del paciente en la responsabilidad que tiene en el mantenimiento de su salud oral. (11)

La placa es una masa bacteriana cuyo componente bac

teriano es el directamente responsable del desarrollo de gingivitis. Sin embargo, solo puede postularse el mecanismo. Las enzimas bacterianas, endotoxinas bacterianas y las reacciones antígeno-anticuerpo que involucran la participación del complemento, son los posibles mecanismos de la patogenesis. En base a estas observaciones, se puede asegurar que la remoción completa de placa evitara la gingivitis. (11).

Muchos estudios han demostrado que la severidad de la gingivitis y la periodontitis esta relacionada directamente con la cantidad y patogenicidad de la acumulacion de placa sobre los dientes. La patogenicidad de la placa esta relacionada con su edad; consecuentemente, la placa madura tiende a causar inflamacion gingival mas severa. Por lo tanto, la placa debe ser eliminada regularmente con el cepillado, hilo dental de seda, u otros medios mecanicos o quimicos. (14)

El proposito de un programa de control de placa es remover efectivamente la placa bacteriana de los dientes y tejidos, incluyendo la lengua, sin dañar los tejidos blandos. - Esto implica que los instrumentos para control de placa no deben causar desgaste dentario o daño gingival que destruya la adherencia epitelial. Estamos interesados en educar a los pacientes en tecnicas de control de placa. Queremos que comprendan bien los ideales del programa y que desarrollen destrezas motoras necesarias para remover completamente la placa. (11)

Un control efectivo de la placa puede remover colonias bacterianas organizadas sobre los dientes en forma diaria y dar al paciente la falsa sensacion de seguridad en el control de la enfermedad dental. Puede estar presente una enfermedad periodontal en progreso activo, irreversible y destruirse hueso. Los registros de placa deben estar relaciona--

dos con los cambios que ocurren subgingivalmente. El hilo de seda no alcanza la base de una bolsa profunda. A menos que todo el equipo dental este consciente de la presencia de bolsas, los esfuerzos de la Odontología Preventiva serán inefectivos. La remoción exitosa de placa se basa en la ausencia de bolsas y en la habilidad del paciente para mantener su boca libre de placa arriba y abajo de la encía. (11)

Existe acuerdo general en que los pacientes no se cepillan durante el tiempo suficiente como para eliminar por completo la placa. La información de diversas investigaciones sugieren que muchos adultos no se tardan más de 45 seg en cepillar sus dientes y con niños, el tiempo aun es menor. Si cada diente debe ser limpiado con 20 movimietos, tomaria al menos 2 minutos y medio para cubrir los cuatro cuadrantes. Aun cuando existe muy poca información en la literatura respecto al tiempo necesario de cepillado, basandonos empiricamente en la experiencia, un periodo de cepillado de 3 minutos probablemente sea el tiempo minimo requerido simplemente para cubrir las areas por limpiar con un numero adecuado de movimientos. (33)

Diversos autores han sugerido que el remover la placa por completo una vez al dia, es suficiente para mantener una encía saludable. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no cepillan sus dientes con verdadera eficiencia, por lo que la recomendación de hacerlo una vez al dia probablemente sea inadecuado. Es mejor recomendarles que los dientes se cepillen despues de las comidas y antes de acostarse. (14)

Los metodos de eliminación de la placa con el cepillo y cinta o hilo dental se enseñan durante una serie de sesiones. La amplitud de la instrucción en cada sesión y el nu-

mero de ellas requerido depende de cada paciente. Las visitas al consultorio se organizan según pautas variables de acuerdo con las necesidades del paciente. (20)

Se han efectuado diversos estudios para tratar de determinar cual técnica remueve más eficazmente la placa. En uno de ellos, se compararon 4 técnicas diferentes en niños de 11 a 14 años de edad, y se llegó a la conclusión de que la técnica menos efectiva es la de Charters, y la más efectiva es la técnica horizontal. Por otro lado, cuando se da la información adecuada, los niños fueron capaces de remover adecuadamente la placa con o sin el uso del hilo de seda, ya fuera con la técnica horizontal o la de Bass. (2)

Independientemente de si el paciente se cepille antes o después de los alimentos, es claro que la efectividad del cepillado es mucho más importante que la frecuencia. Esto es particularmente cierto en niños. (12)

La frecuencia en la aplicación de medidas profilácticas profesionales y el control de la placa son efectivas en la reducción de gingivitis, enfermedad periodontal y caries. Sin embargo, existen considerables diferencias de opinión respecto al método, frecuencia, tipo y modificación de cepillos y técnicas de cepillado que prevengan efectivamente o reduzcan la prevalencia y severidad de estas enfermedades dentales. (27)

La mayoría de las técnicas de cepillado fueron desarrolladas entre 1930 y 1940. Ninguna está universalmente aceptada ni adecuada para todas las personas. Aun más, estas técnicas se desarrollaron antes de que se dispusiera de la gran variabilidad de cepillos suaves multicerdas de nylon tan rece

mendadas actualmente por la profesion dental. No existe suficiente evidencia para afirmar que una tecnica sea superior a otra. Bajo un entrenamiento adecuado, puede obtenerse la excelencia con la mayoria de las tecnicas. (29)

El metodo de cepillado se enseña primero en un modelo. Luego se usa el cepillo para el colorante en una area elegida de la boca del paciente mientras el observa en el espejo. La limitacion del cepillado se demuestra mostrando el colorante que queda en las caras interproximales. El uso del hilo de seda dental se enseña de la misma manera: primero en el modelo y despues en la boca del paciente. Este mira en el espejo como se va eliminando la placa teñida mediante el cepillo y - la seda dental. Se le ha de enseñar a hacerlo el mismo, corrigiendo los errores a medida que actua. (20)

Toda variacion en el diseño de un cepillo, tiene su propia justificacion. Sin embargo, las consideraciones al elegir un cepillo deben incluir el tamaño apropiado de la cabeza (que debe ser lo suficientemente pequeña para que tenga maxima manualidad en la cavidad oral). Por lo tanto, es mejor que la cabeza del cepillo no sea mayor de 1 3/8 de pulgada en adultos y de 1 pulgada o menos en niños; y que no sea mas an-cha de 1/2 o 5/16 de pulgada, respectivamente. (5)

Tambien se ha sugerido que la longitud de la superficie de limpieza del cepillo debe ser suficiente para cubrir aproximadamente el ancho de tres dientes adyacentes. El numero de penachos de cerdas esta controlado por el ancho de la - cabeza; la mayoria de los tamaños facilmente admiten 3 o 4 penachos de cerdas con suficiente espacio entre ellos para permitir la flexibilidad de las cerdas, y que las mismas se se-quen mientras vuelve a usarse el cepillo. (5)

La textura de un cepillo esta determinada por: 1) - el diametro del filamento; 2) la longitud del filamento ex- - puesto, 3) el tamaño del agujero dentro del cual se comprimen e insertan los filamentos en forma de penachos, 4) el numero de penachos en una area determinada, y 5) el numero de fila- - mentos dentro de cada penacho. Todos estos factores estan relacionados entre si para juntos crear la textura total de un cepillo. Muchos dentistas determinan su eleccion de la textu- - ra de un cepillo para un paciente de acuerdo a la informacion del fabricante y simplemente mediante sintiendo la textura -- del cepillo, pero la tecnica tactil no es confiable. (23)

Resultados de estudios diversos han encontrado que los cepillos multipenachos con cerdas suaves y de superficie plana, alcanzan mayor area de placa que los cepillos de cer- - das firmes o duras con diversas configuraciones y altura en - las cerdas. (5)

La tecnica de Bass o sus variaciones típicas pare- - cen ser las preferidas en la actualidad, tanto por los pacien- - tes, como por los profesionales dentales. En ocasiones, el -- combinar varias tecnicas puede ser mas efectivo, dependiendo de las necesidades clinicas. (Ejm. combinar la tecnica de - - Bass con la de Rotacion). (29)

Muchos investigadores han demostrado que la profila- - xis profesional o la auto-aplicacion de cepillo, seda dental y otros aparatos interdetales (palillos), remueven efectiva- - mente la placa interproximal y reduce los indices de placa, - inflamacion gingival y sangrado; llevando a mejorar la salud gingival. Hill y colaboradores (36) demostraron que el cepi- - llado junto con el uso del hilo de seda en 36 adultos jovenes, provoco una mejor limpieza y salud gingival mejorada, indepen-

dientemente de si el hilo de seda contenia cera o no. (3)

Por lo general se afirma que el uso del hilo dental de seda debe hacerse al menos una vez al dia, debido a que la placa interdental se acumula en un periodo de 24 hrs. Aun -- cuando puede ser efectivo el uso del hilo de seda varias veces a la semana, en adolescentes es recomendable incrementar el uso en forma diaria. (30)

Se comparo la habilidad del hilo de seda para remover la placa junto con palillos redondos, triangulares y rectangulares en 23 adultos que sufrían de enfermedad periodontal. Los resultados demostraron que los palillos redondos y -- rectangulares eran efectivos para remover la placa de las superficies proximales, pero los palillos triangulares y la seda dental eran mas efectivos en las superficies bucal, lin -- gual y proximoaxial. (6)

La seda no encerada probablemente es mas recomendada por los dentistas para su uso en pacientes debido a que pasa facilmente a traves de areas interproximales estrechas. Otra razon es que la seda sin cera tiende a extenderse y así -- cubrir una superficie mayor, resultando en una remocion de -- placa mas efectiva. La seda no encerada es mas dificil de u -- sar por pacientes que tienen margenes defectuosos en las restauraciones. Tienen una tendencia mayor a rasgarse y el pa -- ciente se disgusta. La seda encerada se usa mas en los consu -- torios dentales para ligar el dique de hule y para revisar a -- reas de contacto interproximales. Estudios de consumo sugie -- ren que la seda encerada ligeramente mas gruesa, hace mas fa -- cil la insercion en pacientes a los que se les dificulta sos -- tener la seda encerada, que es mas delgada. (34)

Las áreas interproximales son mas dificiles de limpiar que las caras vestibular y lingual de los dientes. En consecuencia, la periodontitis es mas frecuente en las superficies interproximales. El mondadientes fue el primer auxiliar de la higiene oral desarrollado para la limpieza interdentaria. Con una instruccion competente sobre su uso, el pabillo colocado en un portapabillos contraangular, el Perio-Aid, es un instrumento eficaz para limpiar las superficies interproximales, especialmente desde el lado vestibular. (20)

En este estudio, se investigo el efecto de la frecuencia de los procedimientos de higiene oral para mantener la salud gingival en 32 estudiantes de Odontologia, que fueron divididos en cuatro grupos. A cada grupo fue asignado un programa particular de cepillado: a) dos veces diarias, b) una vez cada 48 hrs., c) una vez cada 72 hrs., y d) una vez cada cuatro dias. Aquellos que se cepillaron una vez cada 72 horas, o una vez cada 4 dias, mostraron gingivitis que iniciaba en las regiones anteriores tanto maxilar como mandibular y progresaba a las regiones posteriores. (14)

Existen muchos tipos de recompensas que pueden usarse en un programa de control de placa. Un gesto de aprobacion, una sonrisa de reconocimiento, o una palmada gentil en la espalda, son recompensas sencillas de refuerzo que son apreciadas sinceramente. Este refuerzo social es adecuado para la mayoria de las personas para conservar un cambio de conducta. (11)

No es necesario decir que la higiene bucal deba emplearse concomitantemente. El curetaje y el pulido deberan ser repetidos en cada zona no mas de tres meses despues de la cirugia cuando los tejidos hayan cicatrizado y parcialmente -

estabilizado. El tiempo necesario es poco; el beneficio, en combinación con la higiene bucal, es grande. (26)

Sin tener en consideracion su desempeño durante la fase de instruccion del programa de control de placa, el entusiasmo y la dedicacion de la mayoria de los pacientes se desvanece en funcion del tiempo. Asi, se necesitan visitas de control para reevaluar a los pacientes y proveer refuerzo adecuado. Las visitas de control iniciales pueden fijarse a unas pocas semanas de distancia: intervalos de 2 a 3 semanas para las primeras dos o tres visitas, intervalos de 4 semanas para las dos siguientes, y luego citas a intervalos de 3 meses; y, finalmente, si todo sigue yendo bien, se fijan las visitas de control cada 6 meses. (13)

Es importante reconocer, de todos modos, que algunos pacientes nunca estaran adecuadamente motivados para realizar una higiene bucal buena y que, por lo tanto, nunca seremos capaces de llegar a todos los pacientes. Sabiendo esto, no debemos sentirnos desalentados cuando, a pesar de nuestros esfuerzos y los de nuestro personal, un paciente sigue perdiendo su salud bucal debido a malas practicas de control de placa. (13)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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

En la etiología de la gingivitis y enfermedad periodontal, los factores generales y el ambiente local no pueden existir independientemente: actúan de manera simultánea. Las lesiones orales causadas por las enfermedades generales son afectadas inmediatamente por el medio oral, y las lesiones de origen predominantemente local son modificadas por los factores generales. Los factores causales de la periodontitis son de origen local, y la resistencia a los irritantes locales es predominantemente general.

El papel de los factores genéticos en la enfermedad periodontal es difícil de evaluar basándose en la evidencia actual. Sin embargo, la hiperqueratosis palmoplantar, la hipofosfatasa y el Síndrome de Chediak-Higashi pueden modificar profundamente la respuesta de los tejidos frente a los factores irritantes locales y llevar a pérdida prematura de los dientes debido a la gravedad de la destrucción periodontal.

Una Odontología restauradora bien orientada es factor preventivo y muchas veces curativo de las lesiones gingivales y periodontales provocadas por el empaquetamiento de alimentos.

El tratamiento periodontal y la odontología restauradora, independientemente de la excelencia con que sean ejecutados, no pueden tener éxito sin un control efectivo de la placa. Los tejidos periodontales tienen capacidades tremendas de recuperación cuando el ambiente local tiende a la repara--

cion. Pueden desarrollarse severos problemas periodontales en los cuales la bolsa se extiende por debajo de la union mucogingival. Los esfuerzos del equipo de salud dental pueden invertir el progreso de la enfermedad y permitir la reparacion de la union gingival, eliminando la necesidad de cirugia mucogingival extensa. Se han usado muchos criterios para evaluar el exito en el control de la enfermedad periodontal. Si el dentista proporciona el ambiente necesario para la reparacion y desarrolla los procedimientos correctivos necesarios, puede asegurarse resultados sorprendentes. Esto requiere que el control de placa sea reforzado efectivamente y apoyado por procedimientos priodontales fundamentales, exactos, tales como sondeo periodontal y curetaje de tejidos blandos (cuando sea necesario).

Esto no significa que debemos comprometer nuestros objetivos si no ocurre la reparacion gingival. Dando un periodo suficiente de tiempo (6 meses) para la evaluacion de las respuestas tisulares, todas las bolsas deben ser terapéuticamente corregidas. La eleccion de un procedimiento quirurgico esta indicado por la persistencia de defectos gingivales y oseos. El objetivo final es tener una adherencia epitelial funcional y saludable. No debe olvidarse la oclusion: aun cuando no existe evidencia de que el trauma oclusal provoque la formacion de bolsas.

Siempre surgira la duda de si un paciente cooperara el tiempo necesario dentro del programa de control de placa. Algunos pacientes estan tan motivados cuando saben que pueden salvar sus dientes, que demuestran su gratitud de inmediato y continuan sus esfuerzos durante años. Su deseo interno de conservar sus dientes de por vida es suficiente refuerzo motivacional. Otros pacientes se involucran realmente en el programa.

ma cuando son motivados continuamente por el personal del con
sultorio.

Siempre existiran pacientes que no pueden ser moti-
vados a que efectuen los esfuerzos necesarios para el control
de placa. No estan convencidos de que sus dientes sean tan im
portantes. A este tipo de pacientes se les debe informar que
el personal del consultorio estara dispuesto a ayudarle cuan-
do ellos decidan participar en el programa. Se les pide que y
sen la seda dental solamente en los dientes que deseen conser
var.

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

- 1.- ALFANO, M. C.- "Controversies, perspectives, and clinical implications of nutrition in periodontal disease"
En: Dent. Clin. North Am., Vol. 20 (1976):519
- 2.- ANAISE, J. Z. "The Toothbrush in Plaque Removal"
En: J. Dent. Child., Vol. 42 (1975):187
- 3.- AXELSSON, P., LINDHE, J.- "Effect of controlled oral Hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults"
En: J. Clin. Periodontol., Vol. 5 (1978):133
- 4.- AXELSSON, P, LINDHE, J., MASEBY, J.- "The effect of various plaque control measures on gingivitis and caries in school children"
En: Comm. Dent. Oral Epidemiol., Vol. 4 (1976):232
- 5.- BARNES, G., RADI, W., KATZ, R.- "Clinical effects of varying the numbers and distribution patterns of toothbrush bristle tufts on plaque removal"
En: J. Prev. Dent., Vol. 3 (1976):12
- 6.- BERGENHOLTZ, A., EJORNE, A., VIKSTROM, B.- "The plaque removing ability in some common interdental aids. An intraindividual study"
En: J. Clin. Periodontol., Vol. 1 (1974):160
- 7.- BERNICK, S. M., COHEN, D. W., BAKER, L., LASTER, L.- "Dental disease in children with diabetes mellitus"
En: J. Periodontol., Vol. 46 (1975): 271
- 8.- BRACKETT, R. C.- "Periodic Recall Program"
En: Clark, J. W., Clinical Dentistry, Harper & Row, I Ed. Capt. 13, Vol. 2 (1982): 1-9
- 9.- CARRANZA, F. A., CARRARO, J. A.- Periodoncia. Capt. I: -- Nueva Editorial Mundi, I Ed., Argentina (1978): 49
- 10.- CARRANZA, F. A., y col.- Periodontologia Glinica de Glickman. Capt. I, Nva. Edit. Interamericana, V Ed., Mexico (1982): 81-83

- 11.- CORN, H., MARKS, M. H., CORN, B. M.- "Educating the patient in effective plaque control"
En: Clark, J.W., Clinical Dentistry, Vol. 2 Capt. 4, Harper & Row, (1982): 1-54
- 12.- DOWNER, M.- "Evaluation of an unsupervised oral hygiene programme".
En: Br. Dent. J., Vol. 131 (1971): 152
- 13.- KATZ, S.- Odontologia Preventiva en Accion. Edit. Medica-Panamericana, III Ed. (1985): 182
- 14.- LANG, N., CUMMING, B., LOE, H.- "Toothbrushing frequency- as it relates to plaque development and gingival health"
En: J. Periodontol., Vol. 44 (1973): 396
- 15.- LINDHE, J., HAMP, S. E., LOE, H.- "Experimental Periodontitis in beagle dog"
En: J. Periodontol. Res., Vol. 8 (1973): 1
- 16.- LONGHURST, P., JOHNSON, N. W., HOPPS, R. M.- "Differences in lymphocyte and plasma cell densities in inflamed gingiva from adults and young children"
En: J. Periodontol., Vol. 48 (1977): 715
- 17.- MORRIS, M. L.- "The position of the margin of the gingiva"
En: Oral Surg, Vol. 11 (1958): 969
- 18.- ORNER, G.- "Periodontal disease among children with Downs Syndrome and their siblings"
En: J. Dent. Resk, Vol. 55 (1976): 778
- 19.- POULSEN, S., AGEBAEK, N., MELSEN, B.- "The effect of professional tooth cleaning in gingivitis and dental caries in children after 1 year"
En: Comm. Dent. Oral Epidemiol., Vol. 4 (1976): 195
- 20.- PRICHARD, J. F.- Enfermedad Periodontal Avanzada, Capt. III, Diagnostico de las Periodontopatias; Edit.- Labor, III Ed., España (1977): 126
- 21.- RAMFJORD, S. P., ASH, M. M.- Periodontologia y Periodontia. Capt. 10: Etiologia de la Enfermedad Periodontal; Edit. Medica Panamericana, I Ed., Argentina, (1982): 138

- 22.- RANNEY, R., KENNEDY, J., KLEIN, J., BURTON, W.- "The experimental gingivitis model inclinical trials"
En: IADR, Abstr. No. 3087 (1976): 308
- 23.- ROBINSON, N. A. E., WADE, A. B.- "Effect of filament diameter and dentistry of toothbrushes"
En: J. Periodontol. Res., Vol. 7 (1971): 346
- 24.- RUSELL, A. L.- "The prevalence of periodontal disease in different populations during the circumpubertal-period"
En: J. Periodontol, Vol. 42 (1971): 508
- 25.- SACKETT, B. P., GILDENHUYS, R. P.- "The effect of axial-crown overcontour on adolescents"
En: J. Periodontol, Vol. 42 (1976): 320
- 26.- SCHLUGER, S.- Enfermedad Periodontal, Capt. 2: Enfermedad del Periodonto; Cia. Editorial Continental, Mexico, I Ed. (1981): 82-83
- 27.- SUOMI, J. D.- "Prevention and control of periodontal disease"
En: J. Am. Dent. Assoc., Vol. 83 (1971): 1271
- 28.- SUTCLIFFE, P.- "Chronic anterior gingivitis, an epidemiologic study in school children"
En: Br. Dent. J., Vol. 124 (1968): 47
- 29.- THALLER, J., et al.- "A study to ascertain the oral hygiene practices by numbers of the periodontal community"
En: N. Y. State Dent. J., Vol. 38 (1972): 305
- 30.- THEILANDE, E., THEILANDE, J.- "Role of plaque in the etiology of periodontal disease and caries"
En: Oral Sci. Rev., Vol. 9 (1976): 23
- 31.- TOTO, P. D.,- "Dental caries and periodontal Inflammation"
En: Clark, J. W., Clinical Dentistry, Vol. 2 Capt. 2, Harper & Row (1982): 1-8
- 32.- WALKER, J. D., MACKENZIE, I. LE.- "Periodontal disease in children and adolescents"
En: Stewart, R. E., Pediatric Dentistry, Capt. 38, C. V. Mosby, I. Ed. (1982): 628

- 33.- WEI, S. H. Y., HYMAN, R. M.- "Use of the toothbrush in -
plaque control for children"
En: Stewart, R.E., Pediatric Dentistry, Capt. 39. C. V.
Mosby, I Ed. , (1982): 659
- 34.- WEI, S. H. Y., VIDRA, J. D.- "Plaque control and the use
of dental floss in children"
En: Stewart, R. E., Pediatric Dentistry, Capt. 40, C. V.
Mosby, I Ed. (1982): 654

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 35.- GLICKMAN, G.-
En: Carranza, F. A., Carraro, J. A., Periodontia, Capt. I
Nva. Editorial Mundi, I Ed., Argentina (1978): 49
- 36.- HILL, A., Y Colaboradores.-
En: Axelsson, P., Lindhe, J.- "The effect of controlled -
oral hygiene procedures on caries and periodontal di-
sease in adults", En: J. Clin. Periodontol., Vol. 5
(1978): 133
- 37.- McCALL, M.-
En: Walker, J. D., MacKenzie, I. E., "Periodontal disease
in children and adolescents", En: Stewart. R. E., Pe--
diatric Dentistry, Capt. 39, C. V. Mosby, I Ed., - -
(1982): 628
- 38.- MASTERS, L.-
En: Corn, H., Marks, M.H., Corn, B. M.- "Educating the -
patient in effective plaque control", En: Clark, J.
W., Clinical Dentistry, Vol. 2 Capt. 4, Harper & Row
(1982): 52
- 39.- STAHL, N.-
En: Prichard, J. F.- Enfermedad Periodontal Avanzada, Ca-
pitulo III, Diagnostico de las Periodontopatias: Ed.
Labor, III Ed., España (1977): 126