

24-867



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Torres Lara'.

PERIODONTITIS JUVENIL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A
GISELA TORRES LARA



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- DEFINICION DE PERIODONTITIS JUVENIL.

CAPITULO II.- ALGUNOS ASPECTOS DE LA PERIODONTITIS JUVENIL.

CAPITULO III.- ETIOLOGIA.

CAPITULO IV.- CARACTERISTICAS CLINICAS.

CAPITULO V.- DATOS RADIOGRAFICOS.

CAPITULO VI.- OTROS HALLAZGOS FRECUENTES.

CAPITULO VII.- PATOGENESIS.

CAPITULO VIII.- CLASIFICACION DE LA PERIODONTITIS JUVENIL.

CAPITULO IX.- DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS JUVENIL.

CONCLUSIONES.

FUENTES DE INFORMACION Y CONSULTA.

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

Es importante tener el conocimiento de ésta enfermedad, ya que en la práctica diaria en nuestro consultorio se puede presentar algún paciente con éste padecimiento y si nosotros tenemos los conocimientos adecuados y realizamos un examen dental de rutina con radiografías, nos podemos percatar de éste trastorno, para poder así resolverlo u orientar bien a el paciente para ser tratado adecuadamente y de como puede repercutir en un futuro éste padecimiento en su salud dental, general y emocional.

Por éstas razones éste tema me pareció de suma importancia y ésta tesis debe de ser considerada como una recopilación de datos, que espero sirvan de ayuda a mis compañeros de la misma profesión o de la rama de la medicina, para una mejor comprensión de ésta enfermedad, no esperando encontrar en ella alguna aportación nueva o extraordinaria, sino solamente la que hay actualmente con respecto a éste tema tan importante que no es tomado muy en cuenta, porque no es muy frecuente, pero que existe o se da en algunos individuos.

C A P I T U L O I

DEFINICIÓN DE PERIODONTITIS JUVENIL

Está dentro del grupo de enfermedades degenerativas del parodonto, junto con la gingivosis.

En tanto que la gingivosis es una enfermedad rara la periodontitis juvenil es más frecuente, ya que es una enfermedad degenerativa que afecta los tejidos parodontales más profundos. Su índice de frecuencia es desde menos de cinco por ciento hasta el quince por ciento de los casos observados de la enfermedad parodontal, en éste índice están incluidos los casos de adultos y no solamente a los adolescentes y adultos jóvenes, es por eso que éste índice se da tan elevado.

Aunque Gottlieb propuso a la periodontitis juvenil como una entidad clínica, se han suscitado controversias entre los estudiosos de éste tema, muchos opinan que no es una entidad clínica y los que afirman que la enfermedad existe, no han unificado opiniones con respecto a la frecuencia de la enfermedad y de como habría que definirla.

En 1948, se reunió el Comité de Nomenclatura de la Academia Americana de Periodontología y definió a la periodontitis juvenil sin tomar en cuenta algunos aspectos importantes para la definición de ésta enfermedad, como por ejemplos:

1.- No tomaron en cuenta la salud general de los pacientes para — ver si eran sanos o de lo contrario si había alguna alteración sistémica que pudiera repercutir en la boca.

2.- No establecieron si la enfermedad afectaba a la dentición temporal o a la dentición permanente o ambas.

3.- No se documentó la naturaleza degenerativa de la enfermedad.

4.- Por último, la migración y el aflojamiento de los dientes nunca se observa como una manifestación incipiente, sino como uno de los últimos signos clínicos de su fase más avanzada.

En ése entonces el comité definió a la periodontitis juvenil de la siguiente manera.— Destrucción no inflamatoria degenerativa del perigonto, originada en una o más estructuras periodontales, caracterizada por la migración y el aflojamiento de los dientes en presencia o — ausencia de proliferación epitelial secundaria, formación de bolsas — o enfermedad gingival secundaria.

Esta definición resultó ser muy ambigua por lo que en las recientes reuniones de trabajo de periodoncia, concluyeron que habían algunas pruebas para afirmar que en los adolescentes y adultos jóvenes — aparecía un cuadro clínico diferente a el que aparecía en los adultos. Tomando en cuenta lo anterior, se prefiere definir a la periodontitis juvenil de la siguiente manera:

DEFINICION.- Es una enfermedad del periodonto que se produce en adolescentes sanos, que se caracteriza por la pérdida rápida de hueso alveolar alrededor de más de un diente de la dentadura permanente. La magnitud de destrucción que se manifiesta no guarda relación con la cantidad de irritantes locales presentes.

La terminología empleada para distinguir la periodontitis que se desarrolla como secuela de una gingivitis debida a factores extrínsecos locales, de la periodontitis consecutiva a una degeneración parodontal es la siguiente.- La periodontitis simple que sigue a una gingivitis utiliza para describir la reacción inflamatoria debida a los factores irritativos locales, y el término periodontitis juvenil se utiliza cuando está presente una periodontitis juvenil con o sin formación de bolsas parodontales y de inflamación gingival secundaria. A ésta enfermedad si se deja que siga su curso, los tejidos periodontales se destruyen y los dientes se pierden.

Así como han sido usados éstos términos, se cree que son los correctos para resolver con claridad y comprensión el problema que se ha suscitado sobre la nomenclatura de la enfermedad.

C A P I T U L O I I

ALGUNOS ASPECTOS DE LA PERIODONTITIS JUVENIL

La periodontitis juvenil tiene varias características propias que se piensa pueden justificar su clasificación como una entidad clínica diferente de la periodontitis y éstas son:

COMIENZO.-

El comienzo de la enfermedad se produce durante el período circumpuberal, entre las edades de once y trece años de edad. El hueso alveolar se desarrolla normalmente con la erupción de los dientes, pero después sufre reabsorción. En la forma generalizada de la enfermedad, la edad a que se comienza varía según los dientes de una misma persona, se puede decir que todos los primeros molares y los incisivos inferiores son atacados a los trece años, mientras que los incisivos laterales o caninos superiores no presentan manifestaciones radiográficas de pérdida de hueso alveolar hasta después de tres a cinco años más tarde.

RELACION DE SEXO.-

Se ha registrado que ésta enfermedad afecta más regularmente a las mujeres, que a los hombres. En más de treinta y cinco casos, la relación es de tres mujeres por cada hombre afectado.



ANTECEDENTES FAMILIARES.-

La han observado en tres pares de gemelos idénticos, en muchos — padres e hijos, hermanos, primos, tíos y sobrinos. Se descubrió también que tenía una tendencia a seguir una línea materna. Se vió que — en más de la mitad de los casos se tenía antecedentes familiares.

VELOCIDAD DE AVANCE.-

La periodontitis juvenil avanza rápidamente en comparación de la — periodontitis, que avanza con lentitud. En la actualidad las radiografías nos prueban que en un diente afectado, pierde alrededor de tres cuartas partes de hueso alveolar en una o más superficies radiolares, en un lapso de cinco años o menos a partir de que la iniciación es — vista en las radiografías. Esto da una velocidad de tres a cuatro — veces mayor, que la que se ve en la periodontitis.

En algunos pacientes, la pérdida ósea avanza hasta cierto punto y — después se mantiene igual por muchos años. Este fenómeno es visto con mayor frecuencia en pacientes de veintidós años y no se sabe si es una lesión epagada o si es una lesión que avanza a ritmo extremadamente — lento.

CAPITULO III

ETIOLOGIA

Aunque su etiología sea desconocida y todavía no se haya establecido el origen general de la periodontitis juvenil, incluso cuando hay un factor general, se dificulta decidir si participa en la etiología, ya que se han encontrado muchos casos sin ninguna enfermedad general coexistente.

También en muchos pacientes con periodontitis juvenil, que tienen antecedentes de haberse golpeado o inclusive ha habido fractura de la corona de uno o más incisivos a causa de algún accidente, entonces al restaurar esos dientes, son restaurados inadecuadamente y dejados en trauma oclusal. En algunos casos es posible encontrar otros problemas oclusales, tales como, la malposición de dientes posteriores o algún contacto en céntrica o en balanceo, evidentes en la zona del primer molar. Sin embargo si se localiza el contacto prematuro es imposible decir si es la causa o consecuencia de la periodontitis juvenil.

En la mayoría de los casos de periodontitis juvenil, la magnitud de la destrucción periodontal no guarda relación con la cantidad de irritantes locales. La pérdida ósea alveolar es muy desproporcionada con respecto o teniendo en cuenta los factores etiológicos presentes.

Aunque puede haber placa y cálculos subgingivales detectables, sobretudo en pacientes cuya higiene bucal es mala, en éstos casos hay inflamación gingival, en los casos donde la enfermedad es muy avanzada, pero de ninguna manera se le puede considerar como un agente causal de ésta enfermedad. Estos y otros factores han favorecido las especulaciones para explicar el desarrollo de la periodontitis juvenil.

Se cree que la acción mutua de tres factores pueden provocar las manifestaciones patológicas de ésta enfermedad. Esto es aplicado especialmente al tipo generalizado de la periodontitis juvenil.

Los tres factores son:

- I.- UN TRASTORNO GENERAL.
- II.- CAUSAS BIOLÓGICAS LOCALES.
- III.- TENDENCIA HEREDITARIA A LA ENFERMEDAD.

I.- TRASTORNOS GENERALES.-

Puede ser cualquier enfermedad que tenga como consecuencia alteraciones degenerativas por ejemplo:

- 1.- Diabetes.
- 2.- Sífilis.
- 3.- Deficiencia nutricional.
- 4.- Hipertensión.

- 5.- Disfunción endocrina.
- 6.- Anemia.
- 7.- Enfermedades de la colágena.
- 8.- Inferioridad heredada del órgano dentario.
- 9.- Enfermedades debilitantes.
- 10.- Desequilibrio metabólico.

Se puede esperar que con cualquiera de éstos trastornos se puedan manifestar en cualquier otro órgano, más sin embargo, la mayoría de los pacientes, no muestran pérdidas óseas más que en el parodonto.

II.- CAUSAS BIOLÓGICAS LOCALES.-

Los factores locales se encuentran en las reacciones biológicas — del parodonto, o sea que los dientes están unidos a los alvéolos por la membrana periodontal y hay una interdependencia funcional entre el diente y el hueso colindante, por lo que ésta interdependencia funcional puede ser el factor biológico local que está perturbado en la periodontitis juvenil.

MIGRACION MESIAL FISIOLÓGICA DE LOS DIENTES.-

En los dientes hay una ligera movilidad fisiológica de los dientes que permite una fricción constante entre los dientes en contacto, a su vez ésta fricción provoca la abrasión del esmalte en los puntos de

contacto que podría ser la causa de la separación entre los dientes y la pérdida de contacto, lo cual no sucede así en condiciones normales fisiológicas, los dientes permanecen juntos aunque los puntos de contacto puedan convertirse en superficies de contacto, por lo que se optó por medir las longitudes de las arcadas en pacientes jóvenes y viejos, y se encontró que los arcos son un centímetro más cortos en los pacientes viejos, aquí el hueso normal en láminas se reabsorbe para permitir la migración mesial del diente o sea que en el lado distal del alvéolo hay una tensión y en el lado mesial se realiza un proceso de resorción de hueso que permite la migración mesial del diente.

La migración mesial y el movimiento constante de los dientes a el plano oclusal, debida a la abrasión continua de las superficies oclusales, son los dos movimientos del diente y son considerados como fenómenos de crecimiento y que por lo mismo se producen cambios constantes de la membrana periodontal y en el hueso alveolar y de soporte, a su vez éste cambio constante se debe a su interdependencia funcional. Por lo tanto si el individuo está sano y son normales las reacciones y regeneraciones tisulares, no se desarrollarán estados patológicos.

Sin embargo, si las reacciones tisulares están perturbadas y el proceso de reconstrucción está afectado, se iniciará una destrucción de -

los tejidos e incluso puede acelerarse si la reconstrucción no marcha paralela a la destrucción, la interdependencia funcional del parodonto se pierde y empieza la enfermedad.

III.- TENDENCIA HEREDITARIA.-

Es muy vago utilizar éste término, pero es un hecho en la medicina, que algunas tendencias hacia ciertas enfermedades pueden ser hereditarias, y también se sabe que ciertos órganos pueden experimentar desarrollo insuficiente heredado, por lo que hay fundamentos para pensar que alguna inferioridad hereditaria del parodonto puede operar en ciertos individuos y que sumados a otros factores se puede desarrollar la enfermedad, ésta explicación es buena para una periodontitis juvenil de tipo generalizado pero no explica los casos de la lesión de un solo diente.

En vista de los conocimientos limitados para explicar la etiología de la periodontitis juvenil que afecta a un solo diente y a la que afecta a los incisivos y primeros molares se cree lo siguientes:

En el tipo de periodontitis juvenil que afecta un solo diente se cree que es debida a que puede haber una perturbación circulatoria localizada, como la obstrucción de algunos vasos sanguíneos en una región. El trastorno nutricional y metabólico localizado de los teji -

dos puede explicar éste proceso atrófico local.

En el tipo de periodontitis juvenil que afecta a los incisivos y primeros molares, no pueden ser explicados por factores generales o por factores circulatorios locales, aunque algunos investigadores dicen que éstos dientes han estado expuestos al trauma funcional durante más tiempo, ya que éstos dientes, son los primeros en erupcionar, pero ésta explicación no es válida porque entonces todo el mundo perdería éstos dientes a una edad adulta temprana, y algunos pacientes conservan éstos dientes a edades avanzadas, así es que no se podría ni siquiera suponer como una causa posible. La única explicación válida es de que en éste tipo de periodontitis juvenil, las lesiones en éstos dientes, puede ser debida a una perturbación en el desarrollo del epitelio dental, ocasionando un trastorno funcional de los remanentes epiteliales de la membrana periodontal, como en el caso de la hipoplasia del esmalte, en donde hay una alteración en la función del epitelio dental y se supone que produce una perturbación en los remanentes epiteliales, así obstaculizando su función como excitante de la formación de cemento.

HALLAZGOS BACTERIOLOGICOS

Hallazgos preliminares del Centro Dental Forsyth, indican que en pacientes con periodontitis juvenil, en las bolsas periodontales se presenta una flora bucal que no es la común. Observaron el predominio de bacilos gramnegativos, encontrándose con dos tipos claramente distinguibles:

1.- Un bacilo fermentativo curvo, con motilidad.

2.- Un bacilo pequeño pleomórfico, sin motilidad.

Vieron que éstos microorganismos presentan un fuerte contraste con los que comúnmente se ven en las bolsas periodontales de pacientes con periodontitis. Pero no se sabe a ciencia cierta hasta que punto, éstos microorganismos sean los causantes de ésta enfermedad.

COMPONENTE PSIQUIATRICO

Baer, en pacientes que él estudió dice que hay un componente psiquiátrico que él vio como una característica, que aparecía con marcada regularidad y era la presencia de conflictos emocionales o psiquiátricos. Para demostrarlo da unos casos para justificar lo dicho y son los siguientes:

CASO No 1.-

Paciente joven de dieciocho años de edad, que tenía por hábito morderse las uñas, morderse el labio y además apretaba los dientes incisivos cuando estaba en tensión emocional.

En su historia clínica se vió un trastorno emocional ya que en sus antecedentes familiares se encontró que el padre había fallecido a causa de un accidente, su madre volvió a casarse, por lo que fue a vivir a la casa de una tía, pero esto parece ser que la afectó emocionalmente, ya que sacaba malas notas en la escuela, pero terminó la secundaria. A la edad de diecisiete años fue internada en un hospital ya que ingirió una dosis elevada de somníferos por lo cual recibió una atención psiquiátrica temporal, también a ésta edad sufrió una ceguera temporal, que diagnosticaron como un trastorno emocional. Las únicas molestias han sido cefaleas intermitentes.

CASO No. 2.-

Adolescente de trece años de edad, con periodontitis desde hace dos años, que es trasladada a un consultorio psiquiátrico, en donde el profesional encontró que la paciente atravesaba por una serie de ansiedades como la preocupación de un supuesto sobrepeso, la muerte de su abuela, teme perder todos sus dientes como sus padres, que los -

perdieron entre las edades de treinta y cuarenta años, se supo también que el padre abusaba sexualmente de ella cuando bebía en exceso. Además la paciente acostumbra a morderse las uñas, y se sabe que aprieta los dientes durante el sueño. Todas éstas manifestaciones las utiliza como descontento a lo que le pasa.

CAPITULO IV

CARACTERISTICAS CLINICAS

La periodontitis juvenil en sus fases iniciales, es con frecuencia de aspecto normal, de color normal, con contorno fisiológico, es por eso que es difícil que la periodontitis juvenil se diagnostique en sus fases tempranas, pues hay pocos signos o síntomas. Solamente si la migración de los dientes es muy notable, el paciente puede buscar tratamiento, pero si no existe ningún otro síntoma, se suele descuidar la enfermedad. El diagnóstico en esta fase se puede hacer, haciendo un examen dental de rutina, con radiografías, si hay pérdida ósea evidente en las radiografías, el examen con una sonda revelará la presencia de bolsas periodontales verdaderas. Los depósitos grandes de cálculos subgingivales son poco comunes, incluso en bolsas que se extienden hasta los ápices radiculares pero puede haber gingivitis si existen factores irritativos como placa, cálculos subgingivales detectables, sobre todo en pacientes con mala higiene bucal, además también si existe una restauración mal efectuada, que esté irritando a la encía.

Se darán las características clínicas de las lesiones incipientes y de las lesiones avanzadas, ya que varían unas de las otras.

I.- CARACTERISTICAS CLINICAS EN LAS LESIONES INCIPIENTES.-

- 1.- No hay síntomas.
- 2.- No hay movilidad dentaria.
- 3.- No hay defectos obvios del tono, color y contorno de la encía, al comienzo de la enfermedad.
- 4.- Puede haber gingivitis si existen factores irritativos locales, como los cálculos, placa, o una restauración odontológica mal efectuada.
- 5.- Las lesiones iniciales se limitan a estar presentes en el primer molar o en los incisivos.
- 6.- Suele encontrarse un defecto infraóseo de tres paredes, realizando un colgajo vestibular, en la zona del diente afectado.
- 7.- Las tablas corticales óseas vestibular y lingual rectas, son intactas en los casos examinados hasta la fecha, lo cual explica la ausencia de movilidad detectable clínicamente.

II.- CARACTERISTICAS CLINICAS EN LAS LESIONES AVANZADAS.-

Las características más sobresalientes de la lesión avanzada son:

- 1.- Movilidad dentaria patológica.
- 2.- Elongación y desplazamiento dentario.
- 3.- Aparición de diastemas.
- 4.- La inflamación gingival es variable, pero es más común a medi-

da que aumenta la gravedad de la lesión, aunque se le considera una - inflamación gingival secundaria, porque ésta inflamación es debida a - el aumento de la movilidad dentaria y la migración, que favorecen el - acúmulo y retención de alimentos, formando gran acumulación de - masas de cálculo supramarginal, que pueden agravar el caso.

5.- En algunos pacientes la enfermedad se presenta en los primeros molares y un incisivo o varios, mientras que en otros, se ve afectada casi la totalidad de la dentición superior, en menor grado, la mayoría de la dentición inferior pero no todos. Si los premolares y molares - son los afectados y emigran, éstos pueden perder su firmeza debido al trauma oclusal secundario.

6.- Es frecuente que las bolsas sean infraóseas, pero la presencia de éstas no es obligatoriamente una prueba de la existencia de pericodontitis juvenil. Aunque si existen pueden medir entre ocho y diez - milímetros aproximadamente.

7.- Lesiones de furcación de molares y premolares son comunes.

8.- En algunos pacientes, hay pérdida ósea en forma de circunferen- cia, con recesiones gingivales, pero ésta es una forma unusual de - periodontitis juvenil.

9.- Es frecuente encontrar en la afección de molares e incisivos, - que la pérdida ósea de los molares, se extienda desde la cara proxi-

mal, a lo largo de las aristas mesiovestibular y disto-vestibular, — hasta llegar a la bifurcación. Entonces se ve que la tabla cortical vestibular es atacada en mayor grado que la lingual o palatina, aunque hay excepciones.

En casos en donde no hay hueso alrededor de las raíces de el molar, la porción apical de los defectos infraóseos profundos, es una bolsa de tres paredes. Las partes más cervicales sin embargo suelen ser bolsas infraóseas de una o dos paredes. También es frecuente encontrar cálculos en la porción más cervical de la raíz y es raro encontrarlos en las porciones más apicales de la superficie radicular.

En el caso de los incisivos, es frecuente encontrar la ausencia de las paredes vestibular y proximales de hueso alveolar.

La periodontitis juvenil es una lesión indolora. A veces, puede — presentar síntomas similares a los de la periodontitis, como es la — presencia de infección e inflamación secundaria, como consecuencia de la formación de bolsas parodontales y en éstas condiciones los datos — clínicos se parecen a los de la periodontitis, es por eso que el diagnóstico de la periodontitis juvenil, se debe hacer tomando en cuenta — todos los factores clínicos, radiográficos y de laboratorio, todos — éstos deben estar conjuntamente relacionados entre sí para obtener un buen diagnóstico.

CAPITULO V

DATOS RADIOGRAFICOS

Estos datos radiográficos van a ayudar al diagnóstico, pero de ninguna manera se debe basar únicamente en éstos, sino que se deben tomar en cuenta los otros factores para hacer un buen diagnóstico.

Normalmente en la periodontitis, el proceso inflamatorio se extiende hasta la profundidad del parodonto, siguiendo el curso de los vasos sanguíneos, dando como resultado una típica imagen radiográfica de la cresta alveolar, en forma de copa o esfuzada. En la periodontitis juvenil la imagen radiográfica es diferente, las crestas alveolares pueden observarse oblicuas, caracterizando la resorción vertical y aunque se le considera la característica radiográfica más sobresaliente en ésta enfermedad, confinada en un principio a los primeros molares e incisivos de adolescentes e incluso en niños, éste aspecto radiográfico vertical de las crestas, por sí sola no debe ser considerado como signo indiscutible de periodontitis juvenil, esto solo importa para el diagnóstico, cuando la destrucción vertical de la cresta, es acompañada de otros datos clínicos y radiográficos. Esto es importante porque la cresta alveolar puede aparecer inclinada verticalmente debido a numerosas causas y en condiciones normales éste aspecto depende

de la relación de la unión de cemento y esmalte de los dientes vecinos, además puede observarse inclinación vertical de la cresta alveolar interproximal, cuando los dientes están inclinados mesialmente y ésta resorción puede ser agravada por un proceso inflamatorio. Es por eso que las radiografías deben ser estudiadas cuidadosamente y relacionando sus datos con el cuadro clínico.

Aclarado esto se dará la descripción radiográfica llamada clásica:

La forma de pérdida ósea en los casos clásicos, es en forma de un arco que va desde la superficie distal del segundo premolar hasta la superficie mesial del segundo molar. La pérdida ósea se presenta bilateral, cuando hay pérdida ósea de las zonas posteriores, y los lados derecho e izquierdo suelen tener la forma de imágenes vistas en el espejo.

Se presenta la descripción clásica, pero en realidad las formas de la pérdida ósea son muy cambiantes, ejemplos:

1.- En casos muy raros, los incisivos no están atacados, y solo lo están los cuatro primeros molares.

2.- En otros casos, presentan pérdida ósea solamente las superficies proximales de los primeros molares en donde la superficie mesial es la más atacada y nunca abarca otros sitios, aunque hay casos, en donde las superficies distales son las atacadas.

3.- La extensión y la forma de la pérdida ósea está supeditada a si la lesión fue diagnosticada en su fase incipiente o tardía y si se trata de una forma localizada o generalizada.

A continuación se darán las características radiográficas de las lesiones localizadas incipientes y las de la forma generalizada para una mejor comprensión.

1.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS EN LESIONES LOCALIZADAS INCIPIENTES.

La pérdida ósea no se presenta localizada bilateralmente como regla general, con mayor frecuencia, al inició, está afectada solamente una superficie proximal del primer molar de cada arco, y a medida que la enfermedad avanza, son atacadas las superficies contralaterales — proximales hasta que los cuatro molares adquieren la forma clásica de imagen vista en el espejo. Las zonas de furcación de los molares presentan radiolúcidas como manifestación tardía de la enfermedad, debido a que las tablas vestibular y lingual del hueso alveolar son las últimas en reabsorberse, también los dientes afectados presentan contactos proximales abiertos a medida que avanza la lesión. El trabeculado óseo es borroso y hay aumento de los espacios medulares.

2.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS DE LA FORMA GENERALIZADA.

La imagen radiográfica de los dientes presenta el mismo grado de pérdida ósea. Cuando se alcanza el estadio terminal, la pérdida ósea-

deja de ser vertical para transformarse horizontal. Los dientes superiores usualmente son los más afectados y los molares de ambos arcos tienden a tener raíces abusadas, dando como consecuencia una relación inadecuada entre corona y raíz.

CAPITULO VI

OTROS HALLAZGOS FRECUENTES

I.- LA CARIES Y LA PERIODONTITIS JUVENIL.-

En muchos casos los pacientes son inmunes a la caries, pero si la caries se presenta, es en las fases avanzadas de la enfermedad y generalmente afecta al cemento y no al esmalte. Este punto se debe de tomar en cuenta, si no hay caries se debe de ver a que zona del país pertenece, ya que hay algunas zonas donde el agua que se bebe es fluorada.

II.- HALLAZGOS DENTALES MORFOLOGICOS.-

Hay presencia de raices cortas y finas, con una relación de uno a uno entre corona y raíz, en vez de la relación normal de uno a uno y medio.

C A P I T U L O V I I

P A T O G E N E S I S

Aunque la patogénesis de la periodontitis juvenil, solamente se — encuentra en un terreno teórico, debido a la dificultad de la obten— ción de material para realizar el examen microscópico. Teóricamente — se explica la patogénesis en tres períodos o etapas, que son:

1.- PRIMER PERIODO.-

Ocurre una degeneración del tejido conjuntivo en la membrana — periodontal, que se acompaña de acumulación de líquidos y prolifera— ción de capilares y epitelio que trae como consecuencia el ensancha— miento del espacio periodontal y ésta proliferación puede explicar la migración patológica de los dientes.

Este tejido en proliferación puede reaccionar como tejido de granu— lación, que debido a el aumento de los elementos tisulares, ejerce — presión sobre las estructuras duras que delimitan el espacio periodon— tal.

El resultado de éste período puede ser, la resorción de hueso y la migración del diente.

2.- SEGUNDO PERIODO.-

Se caracteriza por la migración de la inserción epitelial. Los res

tos epiteliales en especial los de Malassez, pueden proliferar y unirse a la inserción epitelial. Debido al proceso degenerativo en el tejido conjuntivo periodontal, no se deposita cemento en la superficie de la raíz.

La ausencia de nueva formación de cemento y la degeneración de la membrana periodontal hacen posible que el epitelio proliferé a lo largo de la superficie de la raíz y que se formé así una inserción epitelial larga.

3.- TERCER PERIODO.-

Es seguida por la formación de una bolsa profunda, la bolsa se infecta por los germenés bucales y se inicia la inflamación secundaria. En la periodontitis juvenil la bolsa se forma en la superficie del diente opuesta a la dirección en que está migrado, o sea, si un diente emigra labialmente, la bolsa se ve en la superficie lingual, y si emigra mesialmente, la bolsa se encuentra en la superficie distal.

En la mayoría de los casos, poco después de iniciada la emigración, las dos siguientes fases o períodos se suceden rápidamente, cuando el paciente busca tratamiento, el parodonto generalmente está ya inflamado, pero ésta inflamación es secundaria.

C A P I T U L O V I I I

CLASIFICACION DE LA PERIODONTITIS JUVENIL

Para hacer más comprensible ésta enfermedad, se dará la clasificación de la misma, con casos de cada grupo, estudio de su patología, - anatomopatología y etiología, porque como ya se dijo, la etiología de ésta enfermedad es más bien vaga y su patogénesis, permanece en un -- terreno teórico.

La periodontitis juvenil se clasifica en los siguientes grupos:

- I.- PERIODONTITIS JUVENIL GENERALIZADA .
- II.- COMPLICACION DE UN SOLO DIENTE.
- III.- COMPLICACION DE INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES.
- IV.- SINDROME DE PAPILLON-LEFEVRE.

A continuación se daran casos de cada grupo de ésta enfermedad.

I.- PERIODONTITIS JUVENIL GENERALIZADA.

CASO No. 1.-

Mujer de cuarenta años de edad en aparente buena condición física, donde no se pudo obtener un examen médico general.

Esta paciente tenía formación de diastemas, los cuales se le ---- habían desarrollado gradualmente en el transcurso de ocho años. A la-

señora, cinco años antes le fueron tomadas unas radiografías y ya — existía el proceso patológico, por lo que se le tomaron otras radiografías para ver el avance de la enfermedad.

En las recientes radiografías se ve un diastema muy marcado entre los dos incisivos, el cual no era tan marcado anteriormente, también se vió que la resorción de hueso alrededor de la gran mayoría de los dientes había avanzado grandemente, por lo que se supone que avanzó — en el transcurso de los últimos cinco años. La pérdida de hueso era — más notable en la región de los incisivos centrales y alrededor de — las raíces distales de los primeros molares inferiores, en éstos molares se ve necrosis de la pulpa, como consecuencia de una infección, — la cual ascendió através del ápice radicular.

EL EXAMEN ORAL NUESTRO.—

Inflamación crónica de la encía, con bolsas profundas en algunas — regiones, principalmente en las zonas de resorción extensa de hueso.

En éste caso la enfermedad progresó porque la paciente no había — recibido tratamiento, en los cinco años ulteriores.

TRATAMIENTO.—

Extracción de todas las piezas dentales superiores, construcción — de una prótesis total superior. Extracción de las piezas dentales más afectadas inferiores, y la construcción de una prótesis parcial. Los—

demás dientes fueron tratados.

CASO No. 2.-

Hombre de color de veinticuatro años de edad.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Presencia de treinta y dos dientes sin caries, y en buena oclusión.

2.- Inflamación crónica de la encía, con bolsas parodontales profundas y presencia de exudado purulento.

3.- Presencia de diastemas, los cuales aparecieron hasta hace un año.

EL EXAMEN MEDICO MOSTRO.-

Una reacción de Wasserman positiva, indicando sífilis aguda, la cual no había sido diagnosticada, ni tratada anteriormente, el paciente también indicó que no recordaba cuando había sido infectado.

TRATAMIENTO.-

1.- Se le envió con un médico, para el tratamiento antisifilítico.

2.- Extracciones de todas las piezas dentales superiores e inferiores y construcción de prótesis total superior e inferior.

CASO No. 3.-

Mujer de raza blanca de cuarenta y cinco años de edad.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO MOSTRO.-

Pérdida de hueso alveolar casi completa alrededor de varios dientes tanto en los maxilares, como mandibulares.

HISTORIA MEDICA.-

No reveló ninguna enfermedad grave en el transcurso de los últimos diez años.

TRATAMIENTO.-

- 1.- Extracción de algunos dientes superiores e inferiores.
- 2.- Gingivectomía, para la eliminación de las bolsas parodontales, alrededor de los dientes remanentes.
- 3.- Construcción de prótesis parciales temporales, superior e inferior.
- 4.- Vigilancia cuidadosa para ver si continuaba la destrucción ósea, durante algún tiempo. Después de seis meses del uso de las prótesis, se presenta un absceso en la parte mesial del canino superior-derecho, la cual se eliminó con cirugía. Después no se han presentado otras anomalías.

EL PRONOSTICO.-

Es de todas formas dudoso.

CASO No. 4.-

Hombre de raza blanca de veintiseis años de edad.

EL EXAMEN CLINICO Y RADIOGRAFICO MOSTRO.-

1.- Dentadura casi completa, con algunas obturaciones.

2.- Pérdida ósea casi completa, alrededor de algunos dientes, debido a la gran resorción ósea que ocurrió en los maxilares, en los dos años anteriores.

3.- Resorción ósea en la parte distal del primer molar derecho y alrededor del segundo premolar izquierdo inferior, en las demás regiones mandibulares había poca pérdida de hueso.

LA HISTORIA MEDICA REVELO.-

Un padecimiento de hipertensión esencial dos años antes, lo cual coincidió con los dos juegos de radiografías anteriores e iniciales. Se informó que la hipertensión se había desarrollado sin ninguna disfunción orgánica y que se debía a una pérdida del equilibrio en el sistema nervioso simpático.

La presión sanguínea era casi normal en el examen médico que se le hizo recientemente. Se ve que la presión sanguínea se normalizó súbitamente, tal como había aparecido la hipertensión.

TRATAMIENTO.-

Extracciones de todas las piezas superiores y de dos inferiores. Construcción de prótesis total superior y de una prótesis removible temporal inferior.

PRONOSTICO.-

También es dudoso.

CASO No. 5.-

Mujer blanca de treinta años de edad, que se presenta porque varios dentistas le habían aconsejado la extracción de todos los dientes, porque de todas maneras los iba a perder y ella los quería conservar.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Separación de dientes y emigración labial de los dientes, la —
cual apenas espesaba.

2.- Intensa inflamación generalizada gingival.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO MOSTRO.-

Considerable pérdida de hueso en regiones distintas, especialmente en la región de los premolares y molares superiores izquierdos y en —
los anteriores inferiores derechos.

El examen médico, no mostró ninguna enfermedad general, pero en su historia médica, se encontró una erupción crónica de la piel, psoriasis, pero no tenía relación alguna con la enfermedad periodontal.

TRATAMIENTO.-

1.- Raspado radicular.

2.- Gingivectomía en regiones localizadas.

3.- Tratamiento ortodóntico en los dientes que habían migrado.

Con esto se logró un mejor alineamiento y función masticatoria.

El tratamiento duró diez años para su terminación y la paciente — no ha perdido ningún diente, su estado parodontal es bueno.

II.- COMPLICACION DE UN SOLO DIENTE.

Este tipo de enfermedad se puede localizar en uno, dos o tres dientes.

CASO No. 1.-

Mujer blanca de treinta años de edad, que se presenta quejandose — de un incisivo inferior.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Elongación del diente afectado, el cual se había elongado progresivamente, dando un aspecto antiestético.

2.- Este diente causaba problemas en la oclusión.

3.- Ligera gingivitis marginal. El resto del parodonto era normal.

CASO No. 2.-

Hombre blanco de cuarenta y cinco años de edad.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Diastemas entre los incisivos centrales superiores.

2.- Elongación del incisivo central superior derecho.

3.- Hipoplasia del esmalte, en todos los dientes anteriores.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO MOSTRO.-

Bastante pérdida de hueso alrededor de el incisivo superior derecho y en menor grado en el diente vecino. Además no existió resorción intensa de hueso en otras partes de la boca.

CASO No. 3.-

Mujer blanca de veintiocho años de edad.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Elongación del incisivo central superior izquierdo, con movimiento distal y labial, lo cual creó un diastema entre los incisivos centrales, dando un aspecto antiestético.

2.- Presencia de una bolsa profunda en éste diente, en la región mesiolingual.

TRATAMIENTO.-

1.- Remoción quirúrgica de la bolsa paradontal.

2.- Colocación de un aparato ortodóntico, para mover el diente a su posición original, y recorte del borde incisal desgastando.

CASO No. 4.-

Hombre de treinta años de edad, con diabetes, la cual no pudo ser controlada, ni con la dieta y ni con el tratamiento insulínico.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Diastemas entre los incisivos centrales superiores y entre los incisivos central y lateral. Estos diastemas, se presentaron entre -- los veinticuatro y veintiocho años de edad aproximadamente.

2.- Presencia de bolsas parodontales profundas en el lado mesial - del incisivo central derecho y del incisivo lateral derecho.

3.- Defectos hipoplásicos en el esmalte de los dientes anteriores-inferiores e incisivos centrales superiores y en las puntas de los -- caninos.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO MOSTRO.-

Resorción vertical ósea, extendida desde la región sana del incisivo central hasta los dos dientes vecinos y había un pequeño espacio - entre el incisivo central derecho inferior y los incisivos laterales.

TRATAMIENTO.-

1.- Gingiveotomía para eliminar una bolsa alrededor del incisivo-- central superior izquierdo.

Este paciente estuvo en observación durante diez años y se obser-- vó que el parodonto había permanecido igual, además no perdió ningún-- diente.

III.- COMPLICACION DE INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES.

CASO No. 1.-

Mujer de color de diecisiete años de edad.

EL EXAMEN ORAL NUESTRO.-

1.- Grandes diastemas entre los dientes anteriores, los cuales ---
habían aparecido pocos años antes.

2.- La encía era pálida y sin signos de inflamación.

3.- Pérdida del primer molar por extracción, la cual se efectuó ---
una semana antes del examen.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO NUESTRO.-

Gran pérdida ósea, en la región de los incisivos y primeros mola ---
res.

EL EXAMEN MEDICO NUESTRO.-

Así como su historia médica, no revelaron ninguna enfermedad siste ---
mática que padecía o hubiera padecido.

CASO No. 2.-

Muchacha de quince años de edad.

En ésta paciente la resorción ósea se presenta solamente en los ---
cuatro primeros molares y los dos incisivos inferiores. Su historia ---
médica no reveló ningún trastorno sistemático que pudiera relacionar ---
se con la enfermedad parodontal.

IV.- SINDROME DE PAPIILLON-LEFEVRE.

Es una enfermedad rara, que se caracteriza por una combinación de - periodontitis juvenil y un engrosamiento de la epidermis de las manos y pies.

Se tienen informes de la condición del síndrome de Papillon-Lefevre desde mil novecientos veinticuatro.

En mil novecientos veinticuatro, Papillon y Lefevre describieron - un caso en el cual el enfermo demuestra hiperqueratosis de las palmas de las manos y de las plantas de los pies en asociación con una destrucción prematura del tejido periodontal y exfoliación prematura de los dientes caducos y permanentes. Desde ese tiempo se han registrado cincuenta y seis casos en el mundo médico y en la literatura dental.

En mil novecientos cincuenta y seis, Jansen y Dekker dieron un - análisis estadístico de cuarenta y seis casos.

En mil novecientos sesenta y siete, Smith y Rosenzweig, informa- ron siete casos más.

Desde ese entonces han estado publicando, Schafer, Pearlstein y - Wilson, informes de dos casos más.

En la literatura disponible de este síndrome, no se sugiere la asociación de este tipo de enfermedad con alguna condición sistémica - patológica, pero muestran que las lesiones epidérmicas en las palmas -

y plantas y destrucción periodontal ocurren simultáneamente en la —
niñez. La condición se cree que es debida a un rasgo recesivo autosó-
mico hereditario, y algunos de los casos reportados demostraron tener
una consanguinidad paternal o maternal.

Este síndrome, es manifestado en una edad temprana, antes de los -
cuatro años de edad. El tiempo y secuencia de erupción de los dientes
caducos y permanentes es normal, sin embargo, éstos son perdidos pre-
maturamente debido a destrucciones periodontales severas. La pérdida -
de los dientes caducos, se presenta antes de los seis años de edad y -
la de los permanentes se presenta antes de los quince o dieciseis años
de edad. Eventualmente, el niño llega a ser edentulo y se debe usar -
dentadura completa para devolver función y estética.

A continuación se darán casos de éste síndrome para demostrar lo —
antes dicho y como referencia en el futuro.

I.- REPORTE DE DOS CASOS QUE OCURRIERON EN LA MISMA FAMILIA.

CASO No. 1.-

Niño de once años de edad, de raza blanca, que fue llevado por su -
padre, ya que se quejaba de un diente caduco suelto, con exudado puru-
lento alrededor de éste.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- El diente móvil se encontraba en aparente buena salud y no dolía con agudeza.

2.- Se encontró una lengua normal, un piso de boca normal y no se palpaban nodos linfáticos.

3.- Había inflamación y hemorragia gingival, con alguna pérdida de puntado.

4.- Había una enorme cantidad de placa en todos los dientes.

5.- Al sondear y palpar la encía, el exudado purulento expulsó libremente.

6.- Pérdida de los dientes caducos alrededor de los cuatro años de edad.

7.- Los dientes permanentes estaban en varios niveles de erupción.

8.- Extremada movilidad en los primeros molares y en todos los incisivos anteriores maxilares y mandibulares.

9.- Mostraba bolsas periodontales de seis a doce milímetros de profundidad.

10.- Separación a cierta distancia, de casi todos los dientes permanentes.

A éste paciente se le tenían que moler sus alimentos porque se le dificultaba masticar.

UNA RADIOGRAFIA PANORAMICA DE LA BOCA MOSTRO.-

1.- Extrema pérdida de hueso en todas las áreas.

2.- Poco soporte de hueso en los dientes anteriores mandibulares y en todos los primeros molares.

3.- Malposición de dientes y aún los no erupcionados, se encontraban en mala posición.

4.- Evidencia de caries en todos los primeros molares.

EL EXAMEN MEDICO MOSTRO.-

El médico familiar recientemente informó a sus padres que el niño se encontraba en buena salud.

En su historia médica se encontró, que el paciente había padecido, sarampión, varicela y que a la edad de nueve años se le había efectuado la extracción del apéndice.

Además a los tres años de edad, se le había identificado calpullido en sus manos y pies y durante los últimos años presencia de furúnculos repetitivos, éstas lesiones estaban siendo tratadas con varicos ungüentos y cremas.

Al examinar las palmas de las manos y las plantas de sus pies, — mostraron una extrema condición de hiperqueratosis.

Al preguntar a sus padres, se supo que la madre era edentula, asimismo los cuatro abuelos del niño también lo eran. También dijeron que

el niño tiene lento aprendizaje y que también ellos habían tenido problemas en los estudios.

TRATAMIENTO.-

Extracción del primer molar permanente flojo y una buena profilaxis y se le dieron instrucciones de una buena higiene bucal.

Se revisaron a los otros tres hermanos del paciente, para ver si presentaba el mismo problema, dos de los hermanos tenían denticiones normales y no había evidencia de ninguna hiperqueratosis de manos o pies, solamente el otro hermano de seis años mostró algunas de las características que el hermano de once años.

CASO No. 2.-

Niño de seis años de edad, hermano del anterior paciente.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

- 1.- Dientes permanentes en varios niveles de erupción.
- 2.- Encía hinchada en las áreas del primer molar y algunos exudados purulentos presentes.
- 3.- Lesiones de caries en los primeros molares.
- 4.- Presencia de placa, pero no tanta como su hermano.
- 5.- Presencia de bolsas parodontales de seis a doce milímetros alrededor de los primeros molares y bolsas de dos a tres milímetros alrededor de los dientes anteriores.

6.- Pérdida de los dientes caducos alrededor de los cuatro años de edad, por extracción.

LA RADIOGRAFIA PANORAMICA MOSTRO.-

1.- Extrema pérdida de hueso en las áreas del primer molar y enormemente espaciado.

2.- Dientes permanentes no erupcionados.

3.- No tenía tanta malposición de sus dientes permanentes como la que mostraba su hermano.

Este paciente si podía masticar muy bien sus alimentos.

Al examinar sus manos, se encontraron en las palmas, áreas difusas de hiperqueratosis y en las plantas de sus pies se encontraron áreas de extrema hiperqueratosis.

TRATAMIENTO.-

Se le dió una profilaxis e instrucciones para realizar una buena higiene bucal.

En ambos pacientes fue hecho un diagnóstico de hiperqueratosis palmo - plantar con periodontitis juvenil (Síndrome de Papillon- Lefe - vre), y se les explicó a sus padres que sus hijos fueron tratados — sintomáticamente, pero con el conocimiento de que probablemente usarían dentaduras completas antes de llegar a la madurez.

II.- REPORTE DE TRES CASOS, DOS OCURRIERON EN HERMANOS.**CASO No. 1.-**

Niña de once años de edad, que es transferida por su dentista a el departamento de patología oral y diagnóstico, con una historia dental de encía inflamada y pérdida prematura de los dientes, que ocurre en - varios meses de duración.

SU HISTORIA MEDICA MOSTRO.-

1.- Que había sido tratada a los seis años de edad de tuberculosis. Además a los nueve años de edad, también presentó ictericia. Esto no - demoró la erupción de los dientes caducos, pero la exfoliación comen - só muy tempranamente.

2.- Aparición en la niñez temprana de grietas en las palmas y plan - tas, las cuales se convertían dolorosas en el invierno.

3.- Tenía antecedentes de una alimentación mediana y de una inte - ligencia promedio.

4.- Tenía una piel seca y su pelo semejaba un alambre.

5.- La piel de las palmas de las manos tenía un seco típico, con - una apariencia semejante a un pergamino y con marcas acentuadas toscamente.

6.- Presencia de muchos puntados diminutos en las depresiones y - figuras de las plantas de los pies, la piel del dorso de los pies ---

tenían grietas, en éstas regiones se presenta una sensibilidad a la presión digital. Las uñas de los pies fueron clínicamente normales.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

- 1.- Una deficiente higiene bucal.
- 2.- Pérdida del incisivo central y lateral derechos superiores y - del incisivo lateral izquierdo superior.
- 3.- Extremados grados de movilidad en los otros dientes.
- 4.- Presencia de una enofa edematosa, con pérdida del punteado normal.
- 5.- Presencia de bolsas parodontales infraóseas profundas, llenas de detrito.
- 6.- Sensibilidad a la palpación de las glándulas submandibulares.

Se supo que ninguno de los hermanos y hermanas tenía una condición similar, por lo que se supone una consanguinidad maternal o paternal, ya que sus padres eran primos.

La paciente tenía un completo examen físico y fue encontrada en buena salud. Se avisó también que a la paciente se le habían realizado y tomados: Radiografías dentales, hemograma, un análisis de química sanguínea de: Calcio sérico, fósforo y fosfatasa alcalina.

Se hizo un diagnóstico de Síndrome de Papillon - Lefevre.

Los siguientes dos casos corresponden a la de dos hermanas.

CASO No. 2.-

Mujer de veinticinco años de edad, que es referida a un hospital -
a causa de la muda de sus dientes.

LA HISTORIA DENTAL MOSTRO.-

1.- Quedó edentula a la edad de catorce años.

2.- Exfoliación prematura de la dentición primaria, con perturba -
ción de la enofa.

3.- Los dientes permanentes quedaron sueltos progresivamente y al-
gunos de ellos comenzaron a exfoliarse cerca de los dos de los tres -
años después de la erupción.

4.- La erupción de los dientes fue normal pero exfoliaron prematuramente.

EN SU HISTORIA FAMILIAR SE VIO.-

1.- Que los padres eran primos.

2.- Su familia se integraba de diez hermanos, cinco hombres y cinco mujeres, siendo ella la cuarta.

Tenía una formación intelectual moderada, con una inteligencia promedio.

EN EL EXAMEN MEDICO MOSTRO.-

1.- Una disminución de la altura vertical de la cara y fue visto un abollamiento en el frontal. La piel de la cara era seca, pero la -

cabellera era normal.

2.- El envolvimiento queratótico era severo en las palmas de las manos, y en las plantas de los pies era en grado más pequeño. Las grietas son prolongadas a los bordes o aristas, y la piel del dorso de las manos era seca, con presencia de queratosis.

3.- Presencia de diversas ictiosis en las piernas.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Procesos o rebordes edentulos.

2.- Los terceros molares mandibulares y el tercer molar izquierdo maxilar se encontraban normales. Pérdida del tercer molar derecho maxilar.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO MOSTRO.-

1.- Se vieron normales los terceros molares mandibulares y el tercer molar izquierdo maxilar, también se vió la ausencia del tercer molar derecho maxilar.

2.- Se vió que la mandíbula edentula era pequeña.

3.- El agujero mentoniano y el conducto mandibular se encontraban colocados superiormente, a causa de la resorción del hueso alveolar.

4.- El ángulo mandibular era obtuso y la base del cráneo era pequeño.

Un examen general demostró buena salud y las investigaciones inclú

yen:

- 1.- Un hemograma completo.
- 2.- Un cálculo de calcio sérico, fósforo y fosfatasa alcalina.
- 3.- Radiografías del cráneo.

Estos análisis se encontraron dentro de los límites normales de -- los valores de la sangre y las radiografías no mostraron alguna evidencia de calcificación intracraneal.

CASO No. 3.-

Mujer de veintitres años de edad, que también fue referida junto con su hermana a un hospital, también a causa de la muda de sus dientes.

TENIA UNA HISTORIA DENTAL.-

- 1.- Quedó edentula a la edad de quince años.
- 2.- Exfoliación prematura de la dentición primaria, después la erupción se perturbó.
- 3.- Recibió un diagnóstico de periodontitis juvenil, y a causa de la severa destrucción periodontal perdió por extracción los dientes -- móviles.
- 4.- La erupción de los dientes fue normal, pero también se exfoliaron prematuramente.

Esta paciente era la sexta de sus diez hermanos. Tenía un término --

medio de inteligencia y además fue alimentada moderadamente.

EL EXAMEN MEDICO MOSTRO.-

1.- Reducción de la altura vertical de la cara y abollamiento del frontal. La piel de la cara era seca y su cabello semejaba a un alambre, además era muy frágil o quebradizo.

2.- Las palmas de las manos tenían una apariencia semejante a un pergamino a causa de la queratosis, y el aspecto dorsal mostró muy poco cambio queratótico. El involucrimiento hiperqueratótico de las plantas de los pies fue mínimo.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Procesos o rebordes edentulos.

2.- Presencia de los cuatro terceros molares anatómicamente normales y sin movilidad.

EL EXAMEN MEDICO GENERAL MOSTRO.-

Que la paciente está en buena salud y las investigaciones incluyen radiografías del cráneo, un hemograma completo y un análisis químico de sangre de: Fosfatasa alcalina, calcio sérico y fósforo. Se encontraron todos los valores dentro de los límites normales de la sangre.

La radiografía del cráneo mostró:

1.- Destrucción en el proceso alveolar en las regiones edentulas.

2.- Angulo mandibular obtuso y base del cráneo chico.

3.- Presencia del seno paranasal y mastoideo en buena salud.

En éstos dos casos también fue hecho un diagnóstico de hiperqueratosis, y la consanguinidad maternal o paternal estuvo también presente.

Es esencial que todas las personas que presenten una exfoliación prematura de los dientes, con cambios queratóticos en la piel y además estén en buena salud general, sean un caso del síndrome de Papiillon - Lefevre.

C A P I T U L O I X

DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS JUVENIL.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico.- Es la determinación de la naturaleza de una enfermedad, mediante la observación de los signos clínicos que presenta el paciente y la recopilación de datos sobre su estado actual y de enfermedades anteriores.

Para obtener un buen diagnóstico de la periodontitis juvenil se debe de tomar en cuenta la historia médica, la historia dental, los datos que se obtengan del examen oral y radiográfico y de las pruebas de laboratorio. Todos éstos deben estar conjuntamente relacionados entre sí para la obtención del diagnóstico y así dar el tratamiento adecuado.

EN LA PRIMERA VISITA SE HACE.-

1.- Apreciación general del paciente, que incluye el estado mental y emocional del paciente, temperamento, actitud y edad fisiológica, esto se logra mediante la observación de su facie, modo de caminar, postura, hábitos, etc.

2.- Historia médica.- La cual nos va indicar la existencia de algún trastorno presente, que tipo de enfermedades padeció, anteceden-

tes familiares patológicos y no patológicos y el estudio de aparatos-
y sistemas, por medio de preguntas.

A).- Aparato cardiovascular.

B).- Renal.

C).- Sistema nervioso.

D).- Aparato digestivo.

E).- Aparato respiratorio.

F).- Lesiones dermatológicas.

G).- Alergias.

H).- Estados fisiológicos en la mujer (menstruación, embarazo, —
lactancia, y menopausia).

I).- Intervenciones quirúrgicas previas.

J.- Historia dental.-

A).- Motivo de la consulta.

B).- Toma de una serie radiográfica intrabucal y de una radiogra-
fía panorámica.

EN LA SEGUNDA VISITA SE HACE.-

El examen bucal, el examen de los dientes y de la articulación —
temporomandibular, y del periodonto.

1.- Examen bucal.-

A).- Higiene bucal.

B).- Labios.

C).- Mucosa bucal.

D).- Lengua.

E).- Paladar.

F).- Región bucofaríngea.

2.- Examen de los dientes y de la ATM.-

A).- Si hay lesiones por desgaste de los dientes.

B).- Movilidad dentaria.

C).- Migración patológica.

D).- ATM.

3.- Examen del periodonto.-

A).- Placa y cálculos.

B).- Características de la encía y si hay presencia de sangrado e inflamación gingival.

C).- Si hay o no presencia de bolsas periodontales, con ayuda de una sonda y si hay presencia de supuraciones a la presión digital.

PRUEBAS DE LABORATORIO Y RADIOGRÁFICAS.-

Estas pruebas nos van a ayudar al diagnóstico de las enfermedades sistémicas, sobre todo las que se relacionen con la periodontitis juvenil, ya que se tienen que investigar las posibilidades de existencia de una enfermedad ósea metabólica.

Los análisis de laboratorio que se deben mandar hacer como mínimo-
son:

- 1.- Análisis de orina.
- 2.- Recuento leucocitario y fórmula leucocitaria.
- 3.- Eritrosedimentación.
- 4.- Hemoglobina.
- 5.- Hematocrito.
- 6.- Serolegía.

En casos seleccionados se pueden mandar hacer los siguientes análisis de laboratorio:

- 1.- Tolerancia de glucosa.
- 2.- Calcio sérico.
- 3.- Fosfatasa alcalina y fósforo.
- 4.- Proteína C reactiva.
- 5.- Fragilidad capilar.
- 6.- Estudio de eremoscias.
- 7.- Estudio del metabolismo del calcio.
- 8.- Estudio electroforético de la hemoglobina.

Estudios radiográficos.-

En los que también van ayudar a el diagnóstico de alguna enfermedad sistémica, que se relacione con la periodontitis juvenil y son-

los siguientes:

- 1.- Placa de tórax.
- 2.- Placa de columna: torácica, sacrolumbar, cervical.
- 3.- Manos y muñecas.
- 4.- Brazos, fémur y piernas.

PRONOSTICO.

El pronóstico.— Es el juicio que se forma respecto a la importancia, curación y terminación de una enfermedad.

En la periodontitis juvenil el pronóstico suele ser reservado, por que no siempre se puede afirmar si la enfermedad está progresando o si el proceso degenerativo ha cesado. En el tipo de periodontitis juvenil generalizada el pronóstico puede ser más favorable cuando se encuentra un factor general y puede ser dominado, pero si no se encuentra ningún factor general pueden ser tratados los factores presentes como: suprimir la inflamación, eliminar las bolsas periodontales, hacer ajustes oclusales, tratar el traumatismo oclusal que produce la emigración de los dientes o la pérdida de hueso alveolar. Lo que se debe de buscar es lograr una buena función, aunque no se conozca la etiología, y así se le tiene que hacer saber a el paciente, para que

comprenda la situación y coopere.

En los casos de lesión de un solo diente, se tiene un mejor pronóstico, aunque no siempre, solamente el pronóstico puede ser favorable con un tratamiento correcto y si el paciente comprende la situación y coopera, ya que se han observado casos donde los dientes afectados — fueron salvados durante muchos años.

El pronóstico de los casos, con lesión de los incisivos y de los primeros molares es dudoso y solamente la observación continua y los cuidados determinarán el futuro de esos dientes, ya que muchas veces los dientes están tan afectados que la extracción es el único método para eliminar las bolsas y crear una correcta relación oclusal, en éstos casos, los dientes que no están afectados quizás no sufran después éste trastorno, aunque no es cierto en todos los casos.

Un estudio cuidadoso del caso, con el conocimiento adecuado y el concepto correcto de la enfermedad parodontal, combinados con la experiencia clínica nos darán un tratamiento correcto, aunado con la confianza de el paciente, nos dará la pauta para dar un pronóstico correcto, con el conocimiento, de que sin una buena relación funcional de dentadura no se podrá esperar una reacción tisular favorable en presencia de un estado distrófico y si no se puede lograr ésta buena función, es preferible, hacer la extracción.

Cuanto antes se haga el diagnóstico y comience el tratamiento, tan to mejor será el pronóstico.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de la periodontitis juvenil ha sido obstruida por - la etiología incierta de ésta enfermedad y como resultado han sido -- utilizadas varias medidas terapéuticas como:

- 1.- Trasplantes dentales.
- 2.- Tratamientos ortodónticos y periodónticos.
- 3.- Implantes óseos.
- 4.- Extracciones selectivas en los casos más severos.
- 5.- Una quimioterapia a base de tetraciclina.

A continuación se dará el tratamiento de la periodontitis juvenil - localizada y de la generalizada.

TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS JUVENIL LOCALIZADA.-

1.- Extracciones dentarias.- Se realizan en los casos donde los -- dientes alternados del arco están afectados por el proceso patológico.

2.- Colgajo pediculado mucoperiódontico y desgaste dentario.-

Estos procedimientos se hacen en una misma sesión y se utilizan pa ra tratar dientes con un defecto infraóseo aislado. Se realiza primero el colgajo pediculado mucoperiódontico de espesor total, para la elimi-

nación completa de todo el tejido de granulación y enseguida se hace el desgaste de la superficie oclusal, hasta dejar el diente levemente fuera de oclusión, éste desgaste se hace a intervalos semanales durante las primeras cuatro a seis semanas, éste desgaste estimula la formación de cemento y también elimina el trauma oclusal.

3.- Amputación radicular.- Se utiliza solamente en los casos donde la lesión periodontal ataca únicamente una superficie proximal de un primer molar superior.

Primeramente se hace la endodoncia del diente afectado y se procede a hacer la amputación de la raíz vestibular afectada. Esto elimina el defecto óseo y crea un medio favorable para la salud periodontal.

4.- Autotrasplante.- Se utiliza cuando la lesión es muy avanzada y se hace un autotrasplante de un tercer molar en desarrollo en el alvéolo del primer molar, el cual previamente se ha hecho la extracción.

TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS JUVENIL GENERALIZADA.-

En ésta forma de enfermedad los dientes superiores tienen lesiones mayores que los dientes inferiores, ésta enfermedad suele avanzar rápidamente, perdiendo así el paciente todos los dientes superiores antes de llegar a los veinte años de edad, pero en la mandíbula se conserva una cantidad suficiente de dientes resistentes a la enfermedad,

por lo que se recomienda la construcción de una prótesis total superior y una prótesis parcial fija inferior, tomando como pilares únicamente a los dientes que no fueron atacados por la enfermedad.

Sin embargo en algunos casos pueden ser tratados mediante el tratamiento periodontal, con férulización de cada diente móvil, logrando que el paciente pueda mantener cierta comodidad y retardar el avance de la enfermedad.

A continuación se darán casos de reportes clínicos, donde se utilizan algunos de los procedimientos antes mencionados:

CASO No. 1.-

Presenta el manejo de colgajos quirúrgicos, en una paciente con síntomas de periodontitis juvenil.

Este caso es el de una muchacha de color de quince años de edad que es referida a un especialista periodontal porque llegó con dolor, y con sus incisivos mandibulares sueltos.

SU HISTORIA MEDICA.- No contribuyó.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Una dentición completa, con buen alineamiento y una oclusión de clase I.

2.- Caries extensas en los segundos premolares y segundos molares del maxilar.

3.- Encía firme y punteada.

4.- No presenta signos visibles de inflamación.

5.- Sondeando se encontraron bolsas periodontales profundas de siete, ocho y nueve milímetros en los primeros molares e incisivos maxilares y mandibulares.

6.- La furcación lingual fue detectada en los primeros molares mandibulares.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO MOSTRO.-

1.- Formación de cráteres de ángulo largo en el aspecto mesial de los cuatro molares y en el aspecto interproximal de los incisivos mandibulares y maxilares.

2.- Pérdida extensa de hueso en los incisivos mandibulares.

3.- Caries extensa en los segundos premolares maxilares.

TRATAMIENTO.-

1.- Extracción de los incisivos mandibulares, por la pérdida extensa de hueso y reemplazados con una prótesis parcial provisional. Los segundos premolares maxilares también fueron extraídos porque la caries no se pudo restaurar.

No obstante se hizo extensiva la pérdida de hueso, la decisión fue hecha tratando y reteniendo a los incisivos maxilares y primeros molares maxilares y mandibulares.

2.- Debridación subgingival.

3.- Instrucción a la paciente de los métodos para la remoción de la placa, con seda dental subgingival y se le dio la técnica de cepillado modificada de Bass, con un cepillo de nylon blando.

4.- Tratamiento quirúrgico.- Fue perfeccionando en todos los primeros molares y áreas de los incisivos maxilares. Los colgajos mucoperiostísticos fueron elevados y creados usando un festón interno abiselado en la incisión. Todos los tejidos granulomatosos y blandos fibrosos fueron removidos desde el área de la lesión. No fue hecha la osteoplastia de injerto de hueso. Los colgajos fueron reaproximados, primeramente con sutura del número cuatro de ácido poliglicólico.

5.- Colocación de una curación periodontal en la zona donde se realizó la cirugía.

6.- Prescripción en los primeros cinco días post-operatorios de penicilina fenoximetil K de 250 mg. cada cuatro veces al día.

A la semana se le quitó la curación quirúrgica y recibió instrucciones de fisioterapia oral. Se le pidió a la paciente que fuera a una reevaluación cada tres meses.

En los primeros tres meses, la evaluación fue la siguiente: Hubo un mejoramiento definido a la terapia.-

1.- La profundidad del saco periodontal disminuyó a cuatro milímetros.

2.- Las bifurcaciones no pudieron ser sondeadas.

3.- Las radiografías mostraron aparente reorganización de tejidos óseos en el aspecto mesial de los cuatro primeros molares mandibulares.

A los seis meses, en la segunda evaluación mostró.- Una evidencia inconfundible de regeneración ósea y formación de una nueva lámina dura que fue vista en los primeros molares mandibulares e incisivos maxilares.

Una evaluación periódica por tres años, ha comprobado la estabilidad de la dentición de ésta paciente, en la cirugía y en el tratamiento post-operatorio.

Este caso demuestra que en un momento dado la periodontitis juvenil puede responder a éste tipo de terapia.

CASO No. 2.-

Se describe un caso de periodontitis juvenil en una muchacha de color de diecinueve años de edad, que se presentó para examen, a la cual se le da un tratamiento conservador periodontal y ortodóntico por algunos años. Cuando la enfermedad pareció ser detenida o interrumpida, cirugía periodontal y un trabajo restaurativo fue llevado a cabo. Cinco años después de el examen inicial, la periodontitis ju-

venil fue detenida y se estableció la oclusión.

EL EXAMEN ORAL MOSTRO.-

1.- Ausencia del primer molar izquierdo mandibular, el cual había sido extraído a causa de la pérdida de hueso.

2.- La profundidad de la bolsa fluctúa desde dos milímetros alrededor de los dientes sanos, y de diez milímetros alrededor de los primeros molares maxilares y del incisivo lateral derecho maxilar.

3.- Se encontró una severa maloclusión de clase II, división I, — con los dientes anteriores maxilares protuidos y espaciados.

4.- Los dientes anteriores mandibulares se encontraron ocluyendo — en el tejido blando, atrás del cíngulo de los dientes anteriores maxilares, con la consiguiente inflamación de la encía.

5.- Movilidad de un milímetro o más, fue registrada en los incisivos maxilares y mandibulares y en los primeros molares maxilares.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.-

Aunque se encontró trauma oclusal y contactos abiertos evidentes — en el área del molar e incisivo, se hizo un diagnóstico presuntivo de periodontitis juvenil asociada con periodontitis.

El examen radiográfico mostró.-

1.- Se encontró defectos de la profundidad vertical ósea alrededor de los primeros molares maxilares bilateralmente.

2.- Evidencia de pérdida de hueso en la región del primer molar — mandibular derecho.

3.- Pérdida de hueso vertical alrededor del maxilar derecho e incisivo lateral izquierdo y evidencia de una lesión vertical entre los dientes bicúspides del maxilar derecho.

TRATAMIENTO ORTODONTICO.-

1.- Se programaron para extracción los dos primeros molares maxilares, ya que decidieron que su prognosis era incurable.

2.- Los segundos y terceros molares fueron movidos, asumiendo la posición de los primeros y segundos molares respectivamente o sea que fueron movidos en una dirección anterior, así que el segundo molar — estaría puesto en la región del primer molar y el tercer molar asumiría el puesto del segundo molar.

3.- En mayo de mil novecientos sesenta y nueve.- Se extrajeron los primeros molares maxilares derecho e izquierdo.

4.- En septiembre de mil novecientos sesenta y nueve.- Todos los dientes fueron unidos. En los segundos molares, dieron 0.22 X 0.18 — bucal de las conexiones del tubo y las bandas del premolar, canino e incisivo, dieron 0.018 del lado de las conexiones de las abrazaderas.

5.- Después del alineamiento inicial de las abrazaderas, con arco-

de medio punto fino de 0.016 X 0.22, arcos rectangulares fueron colocados en los dientes posteriores, quienes permanecieron rectos o soportados, en tanto que el cierre del espacio fue avanzando.

6.- Cintas elásticas de clase II, fueron usadas para retraer los dientes anteriores maxilares y un hilo de ligadura elástica gruesa, fue usada para cerrar los espacios causados por la pérdida de los primeros molares.

7.- El procedimiento ortodóntico fue terminado con auxiliadores de apoyo, ejerciendo en la raíz lingual una fuerza de torsión en los dientes anteriores maxilares y mandibulares. El tratamiento ortodóntico duró veinticuatro meses.

8.- En enero de mil novecientos setenta y dos.- Fueron colocados los retenedores removibles maxilares y mandibulares.

9.- Durante el tratamiento ortodóntico, los dientes fueron limpiados y cureteados a intervalos regulares, haciendo inoaple a la paciente de la higiene bucal que debería de llevar en su casa.

DESPUES DEL TRATAMIENTO ORTODONTICO SE VIO.-

1.- Un avance evidente de la enfermedad periodontal, en las regiones de otros dientes, pero especialmente en los incisivos laterales maxilares, pero se decidió efectuar primero la terapia ortodóntica, y determinar después si éstos dientes pueden ser retenidos.

2.- Hace poco la movilidad fija fue evidente después del tratamiento ortodóntico y de retención, y se decidió que la cirugía periodontal no sería hecha y que primero sería la obtención adicional de la estabilidad de los dientes como una tentativa.

3.- Las radiografías mostraron.-

A).- Lámina dura alrededor de la mayor parte de los dientes.

B).- Presencia de un defecto en la profundidad vertical entre el canino e incisivo lateral maxilar derecho.

C).- Evidencia de pérdida de hueso horizontal en otras áreas de la boca.

El paciente fue observado cerca de un año más y signos no adicionales de interrupción o avería periodontal fueron vistos. Se ve que los dientes se han estabilizado notablemente y la cirugía periodontal pudo ser iniciada por la eliminación de las bolsas periodontales.

TRATAMIENTO PERIODONTICO.-

Se consideró llevar a cabo una cirugía periodontal a base de un colgajo mucoperiostático de consistencia espesa o perfecta y procedimiento de ostectomía y osteoplastia en todos los cuadrantes.

Antes de la cirugía periodontal se decidió que el diente incisivo lateral maxilar derecho fuera extraído, ya que en la evaluación se descubrió un defecto periodontal de unos nueve milímetros en el aspecto-

distal de la raíz. Entonces éste diente fue extraído y se construyó una prótesis temporal antes de la cirugía. También en el incisivo maxilar izquierdo se vió un defecto vertical, pero éste pudo ser tratado adecuadamente, con una combinación de reparación ósea y un procedimiento de relleno u obturación o injerto óseo.

Entonces se realizó los procedimientos de ostectomía y osteoplastia.

Un año después de la cirugía periodontal y de tres años después -- del tratamiento ortodóntico, con la prótesis permanente cementada en posición, se vió.--

1.- Que el tejido en la mayor parte de las áreas se ve saludable, -- aunque hay una leve inflamación en la región de los incisivos centrales mandibulares, pero es debida a una falta de atención bucal del -- paciente.

2.- Las radiografías muestran.--

A).- Cuatro unidades de prótesis que van desde el incisivo central izquierdo hasta el canino maxilar derecho.

B).- Quedan espacios entre algunos dientes, sobre todo en la región del segundo y tercer molar del maxilar izquierdo, en donde si el paciente no lleva una atención adecuada, serán evaluadas posiblemente en un futuro con un tratamiento restaurativo.

C).- Los dientes han sido movidos en una dirección anterior.

D).- La cresta o reborde del hueso ha mantenido un nivel alto coronal.

E).- Las regiones que anteriormente estaban asociadas con extensos defectos óseos, ya no muestran éstos defectos.

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

1.- Es una enfermedad degenerativa que afecta los tejidos parodontales más profundos, con o sin formación de bolsas parodontales y de inflamación gingival secundaria, que si se deja que siga su curso, los tejidos periodontales se destruyen y los dientes se pierden.

2.- Se le considera como una entidad clínica diferente de la periodontitis, ya que tiene varias características propias para justificarlas.

3.- Esta enfermedad afecta más a las mujeres que a los hombres, en algunos casos se tienen antecedentes familiares y en comparación con la periodontitis se tiene una velocidad de avance mucho mayor que la que se presenta en la periodontitis que avanza con lentitud.

4.- Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida prematura de los dientes permanentes, que se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes, debido a destrucciones periodontales severas. La erupción de los dientes se desarrolla normalmente, pero después el hueso alveolar sufre reabsorción.

5.- La etiología de esta enfermedad es desconocida, pero se cree que algunos factores pueden provocar las manifestaciones patológicas de esta enfermedad, por lo que deberían ser tomados en cuenta para la

determinación del diagnóstico.

6.- Esta enfermedad pasa desapercibida en sus fases iniciales ya que no hay signos o síntomas para que se de cuenta el paciente y busque tratamiento, por lo que la enfermedad sigue avanzando y solamente si la migración de los dientes es muy notable, el paciente puede buscar tratamiento, pero si no existe ningún otro síntoma, se suele descuidar la enfermedad. Esta fase se puede detectar a tiempo solamente haciendo un examen dental de rutina, con radiografías, pero es muy difícil ya que el paciente solamente acude con el cirujano dentista cuando siente alguna molestia o cuando se ve afectada la estética de su dentadura por lo que se hace hincapié a todos los individuos de la visite al dentista dos veces al año, para la conservación de su salud dental.

7.- Para la obtención de un buen diagnóstico de la periodontitis juvenil se deben de tomar en cuenta la historia médica, la historia dental, los datos que se obtengan del examen oral, radiográfico y de las pruebas de laboratorio o sea se debe de obtener un estudio cuidadoso del caso, con el conocimiento adecuado y el concepto correcto de la enfermedad paradontal, para dar así un tratamiento correcto, aunado con la confianza del paciente, nos dará la pauta para dar un pronóstico correcto, con el conocimiento de que sin una buena relación funcional de dentadura no se podrá esperar una reacción favorable y -

si no se puede lograr ésta buena función, es preferible hacer la extracción.

8.- Cuanto antes se haga el diagnóstico y comience el tratamiento, será mejor el pronóstico.

9.- El síndrome de Papillon - Lefevre se caracteriza por la hiperqueratosis de las palmas de las manos y de las plantas de los pies, destrucción del pericemento de los dientes caducos y permanentes, con la subsiguiente pérdida prematura de los dientes. Los dientes permanentes usualmente se pierden antes de los dieciseis años de edad y los caducos se pierden antes de los seis años de edad. Aquí también el tiempo y secuencia de erupción de los dientes caducos y permanentes es normal. Eventualmente el niño llega a ser edentulo y se debe usar dentadura completa para devolver función y estética.

Todas las personas que presenten una exfoliación prematura de los dientes, con cambios queratóticos en la piel y que además estén en buena salud general, son un caso de éste síndrome.

FUENTES DE INFORMACION Y CONSULTA.

LIBROS.

- 1). Baer, Paul N., y Sheldon D. Benjamín. Enfermedad periodontal - en niños y adolescentes. 1a ed., Buenos Aires, Mundi, 1975. pp. 140 - 167.
- 2). Cuyás, Arturo. Nuevo diccionario Cuyás Inglés - Español y Español - Inglés. 5a ed., New York, Appleton Century - Crofts, 1972, 589 - pp.
- 3). Glickman, Irving. Periodontología clínica. 2a ed., Boston, Massachusetts, Mundi, 1958. pp. 406 - 420, 468 - 506.
- 4). Orban, Balin. Periodoncia. 1a ed., México, Interamericana, — 1960. pp. 296 - 334.
- 5). SF, Marie Joseph. Dental vocabulary English - Spanish and Spanish - English. Iv, Pennsylvania, Jaques Catell, 1943, 159 pp.

REVISTAS.

- 1). Goldstein, Mc., and Fritz, Mc. " Treatment of periodontosis by combined orthodontic and periodontal approach " . Journal of the American Dental Association. Volumen 93, núm. 5 (November, 1976), pp. - 985 - 990.
- 2). Hoge, H.W., and Kirkhan, DB. " Periodontosis: Treatment results in 15 year old girl " . Journal of the American Dental Association. Volumen 101, núm. 5 (November, 1980), pp. 795 - 797.

3). Munford, A.G. " Papillon - Lefevre syndrome " . Journal of the American Dental Association. Volumen 93, núm. 1 (July, 1976), pp. - 121 - 124.

4). Prabhu, Daftary, and Dholokia. " Hiperkeratosis palmoplantaris with periodontosis (Papillon - Lefevre syndrome) " . Journal of -- oral surgery. Volumen 37, núm. 4 (April, 1979), pp. 262 - 266.