

2ej 250

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA - U. N. A. M.**



**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**EFFECTIVIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE
PREVENCION DE ENFERMEDADES ORALES**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

PEREZ CHAVEZ PATRICIA NOEMI

San Juan Iztacala. México

1979



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EFFECTIVIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

T E M A :

**DESARROLLO DE LAS DIFERENTES CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN ORAL
EN LA CIUDAD DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA NORTE.**

PEREZ CHAVEZ PATRICIA NOEMI.

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

La Odontología Preventiva suministra las armas para luchar contra las enfermedades orales y los instrumentos de -- trabajo o métodos que nos valemos para llevar a cabo dicha -- prevención.

Está constituida por la suma de conocimientos cuando -- son aplicados bien sea en clínica particular o en servicios-- sociales, permite prevenir parcial o totalmente la enfermedad que compete al Odontólogo.

Los aspectos preventivos, no constituyen un campo aislado de la Odontología, limitado por ejemplo, a la enseñanza de los procedimientos de la higiene bucal, consejos sobre la dieta -- y aplicación de fluoruros; abarcan a la vez el aspecto comple-- to del tratamiento odontológico, inclusive factores tales como diagnóstico cuidadoso, presentación eficaz del caso, proce-- dimientos quirúrgicos conservadores, diseño correcto de las -- prótesis y un trato considerado y comprensivo a los pacientes.

El profesional con bases en las ciencias biológicas y -- odontológicas y que sea sensible a las necesidades humanas, -- está preparado para brindar un servicio de salud oral inte-- gral que prevenga o reprima el ataque de las enfermedades -- bucales.

Se cuenta con el conocimiento de que sea posible para el mayor número de personas, mantener una dentición natural en -- función durante toda la vida.

La práctica de la Odontología con criterio preventivo -- sin una filosofía preventiva es sencillamente imposible.

La Filosofía Preventiva es Considerar al paciente como un todo, mantener al paciente sano, detener lo antes posible -- el progreso de la lesión existente, rehabilitar al paciente, -- educarlo.

Para complementar el cuadro, una parte considerable del público ignora que la Odontología puede ser en realidad prevenir o por lo menos disminuir la enfermedad bucal.

El ideal de la Odontología Preventiva como parte de la - prevención en general es actuar lo más temprano posible en la evolución de la enfermedad para impedir su iniciación o pro- greso.

I N D I C E.

1.- HISTORIA NATURAL SOBRE LA ENFERMEDAD.

2.- PREVENCIÓN EN ODONTOLOGÍA.

a).- Fluor.

b).- Cepillado.

c).- Mantenedores de Espacio.

d).- Enfermedades Orales.

3.- MEDIDAS APLICADAS POR EL ESTADO.

4.- ENCUESTA Y RESULTADOS.

a).- Dentistas.

b).- Población.

c).- Conclusiones.

5.- CONCLUSIONES.

P R O L O O.

El motivo que me llevó a la elección de este tema, es el destacar la falta de información para prevenir las enfermedades orales.

Debemos intentar acabar con la imagen de "Artosano" que se tiene hasta la fecha del Odontólogo, es importante hacer conciencia que la Odontología debe ser más "preventiva" que "curativa", lo cual puede lograrse de la manera más fácil y sencilla, como es, llevar a cabo una buena limpieza de los dientes y tejidos blandos de la boca.

La prevención debe practicarse tanto en consultorios odontológicos como en los hogares y es necesario que éstos conocimientos lleguen en la forma más clara a los padres de familia, los cuales considero que juegan el papel más importante, ya que de ellos depende la salud bucal de sus niños, futuros adultos, los cuales tendrán una imagen más profesional de Cirujano Dentista.

Tal vez no logre descubrir grandes novedades, pero reafirmaré lo ya establecido y trataré de darle más impulso a la prevención de las enfermedades orales, desde el hogar.

El presente estudio, trata sobre la forma en que influyen las campañas de prevención de enfermedades orales en el grueso de la población de una área determinada en este caso específico de la población de Tijuana, este trabajo se realizó mediante estudios, estadísticas basadas en:

1.- Entrevistas con los dentistas del área, para conocer cual es la respuesta de los pacientes a las recomendaciones del profesional, asimismo, cuales son estas recomendaciones.

2.- Conocer cuales son las medidas tomadas por las autoridades del Estado en el sentido de la salud oral, como las aplica y cuales son los resultados.

3.- Entrevistas a la población de los diferentes niveles sociales y económicos, para conocer cuales son las motivaciones para su salud oral, que tipos de medidas aplica y cuales son los resultados de ellas.

De tal forma que podamos obtener una idea real, de lo que está sucediendo en cuanto a prevención en la población y, si es posible, proyectarlo al total de la población nacional, asimismo, modificar en lo posible la orientación que se imparte y obtener un resultado favorable en dichas campañas.

Con éste fin se elaborarán cuestionarios que se destinarán tanto a Cirujanos Dentistas como a pacientes y población en general.

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

1.- INFORMACION PROFESIONAL Y DE SERVICIO AL ODONTOLOGO.

2da. EDICION 1976.

2.- MANUAL DE PERIODONTOLOGIA.

CLINICA " HOWARD MARVIN L. WARD SINNING."

3.- ODONTOPEBIATRIA CLINICA.

SIDNEY D. FINN.

4.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA.

SERIE IX VOL. 26 1970.

5.- ODONTOLOGIA INFANTIL E HIGIENE.

ODONTOLOGIA " F. E. HOGEBOOM."

6.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION.

DONAL KATZ.

7.- PATOLOGIA BUCAL.

S. N. BHASKAR.

8.-PERIODONTOLOGIA CLINICA.

H. GLICKMAN.

9.- PREVENCIÓN DE PARODONTOPATIAS.

TESIS U.N.A.M. 1977.

10.- REVISTA A.D. M.

VOL. 31 DE JULIO - AGOSTO 1974.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

(Concepto de Salud y Enfermedad)

Todos los seres vivos están interrelacionados en tal forma que se ven constantemente sometidos a influencias mutuas y con los factores no vivientes que los rodean; algunas veces beneficiándose, otras veces engañándose, las relaciones son de tal forma, que los animales no pueden subsistir sin vegetales y éstos a su vez fuertemente incluidos por los animales, - el hombre depende de ambos factores, al estudio de estas relaciones entre organismos vivos y su ambiente que los rodea se le denomina Ecología.

El sistema Ecológico del hombre difiere de otras formas de vida en que es capaz de modificar al medio ambiente. Debemos considerar que el hombre pertenece a un Eco-Sistema propio y vive en una interdependencia dinámica recibiendo el nombre de Biosfera, mientras que el organismo humano conserva el equilibrio entre su propia vitalidad y el medio que lo rodea, que se define como el bienestar físico mental y social, resultante del equilibrio ecológico en el cual el hombre puede desenvolverse con eficiencia.

Este medio ambiente que rodea al hombre algunas veces es beneficioso y otras es hostil y tratan de destruirlo.

Los mecanismos de defensa del organismo en la mayoría de los casos logran neutralizar estos efectos nocivos conservando el equilibrio para que persista la salud.

Este concepto ecológico de salud, nos lleva a la conclusión de que salud y enfermedad no constituyen simples estados opuestos, sino más bien, parecen ser grados de adaptación del organismo y que los mismos factores que fomentan esta adaptación, pueden actuar en un sentido contrario, reduciendo la -

inadaptación, la pérdida del equilibrio y por lo tanto, la enfermedad.

En ocasiones "la normal" se usa como sinónimo de salud, sin embargo "normal" significa promedio o lo que no se desvía de cierto nivel; siendo que el hombre está sometido a la variación de tal modo que sus características anatómicas, fisiológicas y psicológicas no admiten un sólo modelo.

Entre personas sanas hay muchas variaciones respecto a - constitución, conformación, color, temperatura, inteligencia, etc. Sin embargo, estas variaciones de lo "normal" no inter-fieren con la salud, solo cuando una característica varía en-tal forma y afecta a la vida del individuo presentándose la - enfermedad.

Lenta o bruscamente, se pasa de la salud a lo patológico, sin que haya una clara separación de los dos estados.

El concepto de salud, nos da ideas de balance y adapta-ción; el de enfermedad, desequilibrio y desadaptación, en el caso del hombre a diferencia de otros seres vivos, el medio - puede estar modificado por la cultura, de tal modo que la medicina no puede dejar de ser un estudio antropológico y socio-lógico.

La fase clínica se inicia con un estado en el cual los - mecanismos de defensa del organismo, causan una fuerte desvia-ción de lo normal, apareciendo los primeros síntomas o seña-los de enfermedad.

En resumen, la historia natural de la enfermedad está - formada por cinco periodos:

- 1.- Prepatogénesis Inespecífica.
- 2.- Prepatogénesis Específica.
- 3.- Fase Clínica Precoz.
- 4.- Fase Clínica Avanzada.
- 5.- Secuelas del Padecimiento.

PREVENCIÓN DE LA CARIES POR MEDIO DE LA DIETA.

D I E T A: Comida y bebidas consumidas en forma regular.

A L I M E N T O: Cualquier substancia que llevada al interior del organismo, puede ser utilizada para aporte de energía o - para integración de los tejidos.

Aunque los Odontólogos tienen conciencia del impacto de la dieta sobre el ataque de la caries, enfermedad parodontal y salud en general, con frecuencia no ponen en juego ese conocimiento en el ejercicio de la profesión. Esto es sorprendente ya que el asesoramiento dietético es uno de los mejores - medios de incrementar el ejercicio profesional; de dar un valioso servicio de salud y sobre todo de reforzar la imagen del Odontólogo, como profesionalista especializado.

Hasta hace pocos años, aún los dentistas, creían que la caries dental y la pérdida de los dientes eran inevitables.

En la actualidad la necesidad de proporcionar educación dietética a los pacientes ha sido admitida, sin embargo, no se han llevado a cabo programas prácticos y efectivos, excepto en algunas ocasiones.

Ha surgido en el Odontólogo moderno, un interés cada vez más creciente respecto a las complicaciones biológicas de la nutrición, y de las conexiones entre dieta y enfermedad bucal, en particular caries, y ha servido de estímulo para la incorporación de esta actividad en la práctica preventiva, aún más, el hecho de que la población se interesa cada vez más por información dietética de parte del Odontólogo, interes que va a incrementarse más en el futuro, siendo necesario empezar a -- llevar a cabo esta práctica al consultorio dental.

Los alimentos disponibles para el hombre son los glúcidos, lípidos y proteínas. De todos es sabido que, los hidratos de - carbono, son factores etiológicos importantes para la producción

de la caries, por la misma razón, se cree que las grasas pudieran estar asociadas con la inhibición de las mismas. Actualmente, se ha acumulado información científica fundamental que muestra una relación entre proteínas y caries.

PROTEINAS Y CARIES: Aunque es sabido que los animales y las personas que ingieren dietas ricas en proteínas no tienen una susceptibilidad particular a la caries. Se tiene muy poca información que indique si la presencia de proteínas en la dieta con glúcidos puede influir en la capacidad cariogénica de estas últimas.

Se ha comprobado que la caries en la rata, se acelera cuando ciertas dietas experimentales se tratan con calor, el cual destruye un aminoácido, la lisina, existente en la dieta; y el agregado de ese aminoácido a alimentos tratados con calor redujo su cariogenicidad. Aunque debe estudiarse más este aspecto, cabe la posibilidad de que la modificación de los ingredientes de las proteínas de la dieta, puede afectar la iniciación de la caries.

LIPIDOS Y CARIES: Tanto en estudios en seres humanos como en animales, se han podido apreciar evidencias de que los lípidos tienen una influencia limitadora de la caries. En otros estudios con niños, un investigador informó que las dietas ricas en grasas detenían las caries de éstos, también comprobó que la caries se inhibía en dietas con cantidades apreciables de azúcar simple. Pero lo más importante fue, que la adición a estas dietas de aceites de hígado de bacalao, resultaron ser preventivos de la caries. De igual forma se comprobó que resultaba más eficaz, en la prevención de la caries, administrar a los niños vitamina D₂ como aceite de hígado de bacalao, que administrada en cantidades similares o mayores en forma de ergosterol irradiado proporciona la vitamina deseada. Estas demostraciones comprobaron que el aceite de hígado de ba-

calao, un lípido, era responsable de la inhibición de la caries.

GLUCIDOS Y CARIES: La responsabilidad de los hidratos de carbono en la caries dental, se puede resumir en estas afirmaciones:

1.- Los hidratos de carbono deben estar en la boca para que se inicie la caries.

2.- Los hidratos de carbono deben ser susceptibles a la acción de los microorganismos orales en cuanto de ellos se formen productos que participen en la destrucción de la superficie adamantina.

3.- Los polisacáridos, disacáridos y monosacáridos de la dieta tienen propiedades cariogénicas.

4.- Tanto los hidratos de carbono naturales como los refinados son capaces de participar en la iniciación de la caries.

5.- Los hidratos de carbono que se despejan lentamente, favorecen a la iniciación de la caries.

6.- Los hidratos de carbono que desaparecen rápidamente de la boca, tienen poca importancia en la producción de las caries.

Si reflexionamos sobre estas afirmaciones, se deduce que en la etiología de la caries dental, hay dos aspectos de la fisiología oral de los hidratos de carbono que son de gran importancia:

a).- La velocidad con que son despejados los hidratos de carbono de la cavidad oral.

b).- La frecuencia con que se ingieren.

ALIMENTOS DETERGENTES Y SU POSIBLE INFLUENCIA SOBRE LA PREVENCIÓN DE CARIES: Aunque es de todos sabido que llevando a cabo diversos procedimientos higiénicos, se acelera la eliminación de las sustancias alimenticias de la boca, se ha presentado

muy poca atención a la posibilidad, de que ciertos alimentos tengan una acción detergente.

Algunos alimentos como: zanahorias, apio, rábanos y naranjas, entre otros, contienen cantidades elevadas de celulosa y, por lo tanto son detergentes, debido a ésto, se supone que son capaces de promover la limpieza de los dientes, estimulando la secreción salival, además de disminuir la formación de la placa bacteriana.

Por lo tanto, podríamos recomendar la ingestión de estos alimentos, con marcada frecuencia, ya que si son detergentes en realidad o estimulantes salivales lo cierto es que, ayudan en parte a la prevención de la caries y enfermedades parodontales, por medio de una higiene oral que se logra de la manera más agradable, esto es al comer.

OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DIETETICO PARA CONSULTORIO DENTAL: -

a).- Promoción de la salud en general. Tratar al paciente primero, como una persona total y, después, como un individuo con problemas dentales.

b).- Prevención de la caries mediante el control de factores dietéticos locales, que en interacción con la flora bucal, crean el medio bucal cariogénico.

c).- Prevención de la enfermedad parodontal, tratando -- que el parodonto adquiera mejor resistencia y reparación por medio de una adecuada nutrición.

POSIBLES CONTRATIEMPOS EN EL PROGRAMA DIETETICO: El control de la caries dental por medios dietéticos se enfrenta a dos problemas fundamentales:

1.- Los alimentos que contienen azúcar, en especial los sólidos y retentivos, que son consumidos entre comidas, promueven la formación de la caries.

2.- Pautas culturales, hábitos, presiones sociales, y la nociva propaganda comercial, la cual induce a la ingestión y

consumo de alimentos cariogénicos entre comidas y con excesiva frecuencia: papas, fritos, charritos, chocolates, doritos, coca-cola, etc.

Para poder triunfar en la tarea de educación dietética, el odontólogo, debe estar al corriente de los efectos de estas golosinas, en sus pacientes y, asimismo, debe poseer un adecuado conocimiento de los factores que determinan qué, cuánto y cuándo come una persona.

¿Qué influye en los hábitos de alimentación?

Las razones que condicionan la aceptación o el rechazo de los alimentos, es muy compleja, puesto que son el resultado de varios factores sociológicos, psicológicos, económicos y culturales. La tarea de cambiar los hábitos dietéticos no es fácil ni rápida y, para lograrlo no basta determinar, qué es lo que el paciente come, o no come, y sobre esto determinar los cambios necesarios, sino que es importante averiguar primero, cuales son las causas que lo llevan a comer lo que come. En otras palabras no es suficiente conocer la dieta, sino que habrá que saber también su porqué. Cada paciente debe ser estudiado como individuo y, los cambios dietéticos que se programen deben adaptarse a las características personales que resulten de este estudio.

Uno de los factores importantes en la selección de la dieta, es la edad del paciente, ya que varía mucho tanto en la niñez, como en la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

El público está ávido por información sobre nutrición y ansioso por mejorar su estado nutricional, en consecuencia, es posible obtener salud y resistencia contra la enfermedad mediante la ingestión de una dieta adecuada. El problema es que muchos no saben qué es lo que constituye una dieta adecuada y, son objeto del abuso de charlatanes, que con fines de lucro dan información carente de exactitud. El consultorio don

tal debe servir como una fuente de información científica en lo que respecta a una adecuada nutrición y promover asimismo la adopción de hábitos dietéticos saludables.

Siempre que sea posible, deben relacionarse los objetivos puramente odontológicos con los de orden general. Por ejemplo, una paciente obesa se alegrará que una dieta baja en hidratos de carbono, no solamente la ayudará a reducir la incidencia de caries, sino de peso; de esta manera rompemos el distanciamiento entre el paciente y el profesionista, ya que le demostramos interes en él como una persona total, y no solo por sus dientes.

Hay cuatro grupos de pacientes a los cuales daríamos - - prioridad para una educación dietética, son:

1.- Todos los adolescentes, que son por lo general susceptibles a las caries, enfermedad paradontal, tienen tendencia a ingerir alimentos cariogénicos entre comidas. De todos los grupos, este es el que casi siempre tiene la peor dieta.

2.- Los pacientes con caries rampante.

3.- Los individuos portadores de aparatos ortodóncicos.

4.- Los pacientes bien motivados, es decir, aquellos - - para quienes la Odontología Preventiva tiene particular significado y valor.

DESCRIPCION DE UN PROGRAMA TIPICO: En primer lugar llevaríamos al paciente a la introducción del concepto de Odontología Preventiva y el valor tan importante que tiene sobre las demás ramas de la Odontología. Después podríamos seguir los - - siguientes pasos:

a).- Anotar todos los alimentos consumidos durante los siete días de la semana.

b).- Estimar la cantidad de cada alimento lo más exactamente posible.

c).- Registrar la hora aproximada en que los alimentos - se consumen.

Aquí es muy importante recomendarle al paciente que mien

tras se está completando el diario dietético, no debe iniciar un hábito nuevo alimentario, con el fin de que se pueda tener una idea exacta de las prácticas de alimentación causantes de su estado actual.

Algunos pacientes son extrovertidos y tienden a disertar extensamente sobre las distintas preguntas que se les hagan, pero otros son reservados y precisan más estimulación de parte del odontólogo.

El odontólogo debe elaborar cuadros en hojas, en los cuales registre datos que deseen saber y sean fáciles de ser llenados por sus pacientes, por ejemplo, anotando lo que ingiere durante el desayuno, almuerzo, comida y cena; y además lo que se ingiere entre comidas. En estas anotaciones, debe aparecer la hora en el "machote", que dará al paciente para que éste anote los datos en el cuadro.

La evaluación no es una ciencia exacta y por lo tanto no debe ser rígido en la interpretación de si ésta es o no apropiada. En el análisis dietético debe ser relacionado con el estado clínico del paciente.

En el caso de personas que consumen golosinas en exceso, es el paciente y no el odontólogo quien debe decidir, que alimentos va a suprimir o disminuir en su ingestión, o elegir substitutos odontológicamente adecuados, que le resulten aceptables desde un punto de vista personal.

A medida que su experiencia aumenta, el odontólogo, tendrá la oportunidad de conocer una amplia variedad de tipos de personalidad distinta, cada uno con sus idiosincrasias típicas respecto a la selección de alimentos, y cada uno requiriendo un tipo distinto de motivación.

La base fundamental de un programa odontológico de educación dietética consiste en la reducción de la frecuencia del consumo de alimentos adherentes que contengan sacarosa. Varian

estudios señalan que cuando los alimentos con azúcar se ingieren durante las comidas, la frecuencia de caries no aumenta, ocurre lo contrario si dichos alimentos se consumen fuera de las comidas principales.

LISTA DE ALIMENTOS QUE CONTIENEN CARBOHIDRATOS FERMENTABLES:

Bebidas sin alcohol carbonatadas y sin carbonatar.

Leche condensada azucarada.

Licores azucarados.

Leche chocolatada, chocolate, cacao con azúcar.

Licuaos maltados.

Helados.

ALIMENTOS QUE CONTIENEN AZUCAR Y SON SOLIDOS Y RETENTIVOS:

Tortas, Churros, Galletas, Bizcochos, Chocolates, Turrones, Budines, Bollos Dulces, Cereales cubiertos de azúcar, Goma de mascar, Frutas secas, Frutas cocidas en almibar, Frutas enlatadas en almibar, Dulces, Jaleas, Mermeladas, Helados, Cremas heladas, Verduras y frutas abrillantadas, Verduras hervidas con azúcar, Caramelos, Bombones, Caramelos ácidos, Pastillas, Glaseado y Miel.

MÉTODOS DE PREVENCIÓN.

F L U O R.

Se ha establecido que los fluoruros se asocian con la inmunidad natural de los dientes a la caries dental.

Con el transcurso del tiempo la profesión Odontológica ha intentado diferentes procedimientos para limitar los efectos deletéreos de la caries dental sobre las superficies, casi -- siempre mediante el aislamiento de los surcos, hoyos y fisuras del medio bucal agresivo.

Las investigaciones han establecido una base sólida para justificar su empleo en terapéutica preventiva.

Se llevan a cabo varias técnicas para empleo de fluoruros:

- 1.- Fluoridación del agua.
- 2.- Aplicación tópica.
- 3.- Tabletas y dentífricos con fluoruro.

1).- FLUORIDACION DEL AGUA.

La fluoridación del agua es uno de los métodos que más se lleva a cabo. Este método dio por resultado un importante descenso del nivel de caries dental, reducciones mayores de -- 50 X 100.

El suministro de fluor en el agua varía de 3 a 5 partes por millón.

2).- EFFECTOS TOXICOS.

Es también pertinente hacer comentarios sobre posibles efectos dentales de la fluoridación dental. El primero de éstos, sería el esmalte moteado, otros podrían ser enfermedades gingivales; pero estos supuestos se encuentran desechados por las investigaciones que se han hecho.

3).- APLICACION TOPICA.

La aplicación de fluoruro tópico a las superficies dentales ya brotadas, es otro de los métodos que más se utiliza --

también como medio de control de caries.

Con cuatro aplicaciones al año con fluoruro de sodio al 2% se realiza una prevención de un 40%.

Se ha comprobado que con una aplicación de fluoruro de sodio acidulado durante un año o seis meses, presenta prevención de caries dental de 50% a 70%.

También con el fluoruro estannoso se emplea una solución de 8 X 100 aplicada una vez al año con un 40% de prevención.

T E C N I C A S :

- 1.- Se realiza una buena profilaxis en la primera visita.
- 2.- Aislar las piezas con rollos de algodón teniendo la precaución de que el algodón no toque los dientes, pues éstos, absorben la solución.
- 3.- Secar con aire y ayudándose de un eyector para mantener seca el área.
- 4.- Con isopon empapados en la solución, aplicar en todas las superficies aisladas.
- 5.- Dejar actuar el fluoruro por espacio de cuatro minutos sin permitir la contaminación con saliva.
- 6.- Después de haber aplicado en las dos arcadas, retirar los algodones e indicar al paciente de no hacer enjuagues, ni comer, ni beber durante una hora.

En tres visitas generalmente con una semana de intervalo, se repite el procedimiento con excepción de la profilaxis.

Es preferible tratar los dientes a los 3, 7 y 13 años -- para asegurar que en la erupción reciban efectos beneficiosos del fluoruro.

Se ha sugerido que después del tratamiento, la retención del fluoruro en el esmalte es mayor si se cubre el diente con una capa de grasa de silicona.

TABLETAS GOMAS.

Se han evaluado las tabletas en estudios que no han he--

hecho; se ha comprobado que en niños de 3 a 4 años, había una reducción de 38 X 100 usando una tableta de 1.0 mg. diario de fluoruro.

ADMINISTRACION DE TABLETAS DE FLUORURO DE SODIO A DIFERENTES EDADES CON UNA SOLUCION DE 1.0 mg. DE FLUORURO.

Niños de 0 a 2 años	1 tableta por litro.
Niños de 2 a 3 años	1 tableta cada dos días triturada en agua o sumo de - - fruta.
Niños de 3 a 10 años	1 tableta diaria.

Se administrarán en toda el agua para beber, o en el biberón, agitándose antes. No deben usarse las tabletas en regiones donde el agua contenga 0.5 partes por millón de fluoruro.

Las gotas de fluoruro consisten en una solución de fluoruro de sodio, añadida con un cuenta gotas al agua o zumo de fruta. Esta administración de fluoruro puede ser un poco menos eficaz que las tabletas.

En resumen, la prevención de la caries es un problema de salud pública, trata principalmente de prevenir la iniciación de las lesiones más que de intervenir en las ya presentes, y se resuelve principalmente en el problema de la prevención de la caries del esmalte antes del tratamiento de la caries en la dentina.

El mecanismo por el cual los fluoruros producen una disminución de la velocidad de ataque de la caries, no ha sido aún bien aclarado.

Para ejercer su acción inhibitoria de la caries, los fluoruros deben estar presentes sobre la superficie del esmalte - en forma iónica, esta forma, puede incorporarse en la sustancia del esmalte por vía general durante la calcificación del esmalte, o puede adsorberse sobre la superficie del esmalte -

después de la erupción del diente, por la aplicación directa de una solución fluorurada a cargo del Odontólogo.

PREVENCIÓN DE LAS PARADONTOPATIAS.

Conocidos los factores etiológicos de las enfermedades paradontales nos damos cuenta que, si son evitadas con medidas oportunas y procedimientos idóneos pueden ser prevenidas en gran proporción.

La mayoría de los parodontistas concluyen en sus observaciones, que casi todas las enfermedades paradontales pueden ser prevenidas y tratadas.

La prevención se basa en el conocimiento de la etiología y de la patogénesis. Sabiendo el origen de una enfermedad, - por lo regular podemos prevenirla. La etiología de la gingivitis marginal y de la parodontitis está bien establecida y se debe en gran parte a irritaciones locales. Sin embargo, el grado de severidad de los agentes causales, la resistencia de los tejidos paradontales y la constitución del paciente, modificarán los efectos de dichos irritantes.

Existen factores intrínsecos y extrínsecos que nos ayudan a determinar el potencial de resistencia del parodonto, específicamente en caso de traumatismo paradontal.

La estructura paradontal en pacientes susceptibles, con enfermedades orgánicas establecidas, será generalmente más afectada.

El sarro supragingival y la materia alba, son las causas más comunes de irritación de los tejidos paradontales, de estas acumulaciones pocas personas se encuentran libres pues al ser depositadas, ocasionan daños a la enofa, de manera lenta pero progresiva.

La curación espontánea no ocurrirá mientras estos depósitos permanezcan sobre los dientes.

Los conceptos expuestos nos conducen a establecer un plan

CUADRO COMPARATIVO DE TECNICAS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE DISTINTOS TIPOS DE FLUORURO PARA USO EN FORMA TOPICA, EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL.

<u>CARACTERISTICAS</u>	<u>FLUORURO DE SODIO</u>	<u>FLUORURO DE ESTAÑO</u>	<u>FLUORURO DE SODIO ACIDULADO</u>
Composición:	NaFH 20 Destilada.	SNF ₂ H ₂ O Destilada.	2.78% de NaFH ₂ PO ₃ en solución de
Concentración:	2%	8%	1.23% de 16n F.
Prevención:	40%	40% Discutible.	50% a 70%
Aplicación:	Tópica.	Tópica y pasta dentífrica.	Tópica.
Número de - - aplicación:	Preescolar Adolecente.	Preescolar	Preescolar Adolecente.
Profilaxis:	Si	Si	Si
Ingerir alimento:	No antes de una hora.	No antes de una hora.	No antes de una hora.
Cepillado:	No antes de una hora.	No antes de una hora.	No antes de una hora.
Detiene caries - insipiente:	No	Si	No
Sabor:	Agradable.	Desagradable.	Agradable.
Irrita la mucosa:	No	Si	No
Estabilidad de la solución:	Si	No	Si
Pigmenta los dientes:	No	Si	No

de trabajo aplicado a la prevención de las enfermedades parodontales.

H I G I E N E O R A L .

CARIES: Se define como un proceso patológico de origen bio-químico lento, continuo e irreversible que causa la destrucción del tejido dentario.

Según Miller la caries es producida por la acción de gérmenes acidogénicos el cual desintegra el esmalte. Entre los principales gérmenes acidogénicos están los lactobacilos que producen ácido láctico, otros son los estreptococos que producen también ácido láctico, se les conoce como mutaris.

Una de las causas principales de la caries dental y de enfermedad periodontales es la placa bacteriana.

PLACA BACTERIANA: Se denomina a una capa de proteínas salivales que se adhiere a una pequeña porción de la superficie del esmalte. Principalmente en aquellas zonas que están sujetas a la auto elisis en la que se adhieren posteriormente microorganismos de la flora bucal. Los microorganismos que contiene la placa bacteriana varían en presentación y proporciones, esta prevalencia de determinados grupos de microorganismos están íntimamente relacionada con la dieta, ya que con los alimentos ingeridos los que sirven de sustrato para la nutrición de bacterias.

Por lo consiguiente si la ingestión es predominante a base de carbohidratos, los microorganismos acidogénicos encontrarán condiciones óptimas para su desarrollo y serán predominantes en la placa bacteriana. El sustrato que recibe la placa a través de la alimentación, no sólo favorece a determinados grupos de microorganismos si no que hace que aumente el número de los mismos de tal manera que una sola comida puede incrementar la población bacteriana hasta tres veces más.

Los microorganismos más abundantes son estreptococos, --

levaduras, estafilococos, lacto bacilo.

Para prevenir estas enfermedades se debe remover esta película por medio del cepillado después de cada comida.

ELIMINACION DE LOS IRRITANTES LOCALES: Sarro, restauraciones defectuosas, empaquetamiento alimenticio.

PROFILAXIS ORAL: El procedimiento de eliminación de sarro y otros depósitos, además de pigmentaciones y pulido de las superficies dentarias. Contribuyen considerablemente a la prevención de enfermedad paradental.

CORRECCION DE RESTAURACIONES DEFECTUOSAS: Deben considerarse las siguientes:

a).- El margen gingival, así como la totalidad de las restauraciones debe ser liso. Los márgenes excedentes irritan la encía y retienen la comida. También son perjudiciales los bordes de las cavidades no obturadas.

b).- Contorno vestibular.- Debe restablecerse de tal modo que el bolo alimenticio pase por encima del margen gingival de esta cara, favorecen la irritación proveniente del impacto alimenticio en el surco gingival, con laceración de este borde.

c).- Contacto Funcional.- Las restauraciones deben adaptarse a todos los movimientos de la mandíbula. Debe darse a las inclinaciones cuspidas el efecto que el desgaste funcional produce, sobre cada diente, con lo que se evitarán contactos prematuros en la función, que son factores potenciales de trauma para el parodonto.

EMPAQUETAMIENTOS ALIMENTICIOS: La proximidad del área de contacto con el plano oclusal disminuye la frecuencia y tendencia al empaquetamiento en el surco intermarginal, por ser más pequeño. La falta de área de contacto o una mala relación proximal favorece al empaquetamiento de comida. Por lo tanto, debemos insistir en la necesidad de realizar correctamente --

operatoria dental para librar al parodonto de irritaciones y por consecuencia prevenir parodontopatías.

HIGIENE BUCAL CUIDADOSA: Después de eliminadas las causas locales de irritación y mejoradas las condiciones sistemáticas, el cirujano dentista debe enseñar al paciente las técnicas para lograr conservar los tejidos de soporte en estado de salud.

Debe aconsejarse a los pacientes terminar sus comidas con alimentos duros y fibrosos, como manzana cruda o ensalada - fresca, con el objeto de prevenir el estímulo superficial que le falta a la encía. Cuando el paciente no observa alguna dieta, si no hay cooperación, los efectos benéficos de los mismos serán negativos.

Aunque la responsabilidad sea muy personal, ello no excluye al cirujano dentista, quien tiene tres responsabilidades: Aconsejar al paciente; instruirlo y vigilarlo. Al aconsejar, es imperativo que el Odontólogo inspire entusiasmo; de lo contrario, el paciente no podrá tener cuidado ni interés en su boca.

CEPILLADO: El cepillado de los dientes y encías, inmediata al terminar cada comida, y por lo menos dos veces al día, tiene por objeto extirpar la placa bacteriana de los mismos, así como de los bordes y surcos gingivales para evitar la formación de sarro; estimular el riesgo sanguíneo de las encías y favorecer la queratinización por medio del masaje. El Odontólogo debe instruir al paciente en la técnica del cepillado correcto. Esta demostración puede hacerse por medio de un espejo grande para que pueda seguir con cuidado todos los movimientos que se hacen. Cuando el curso de adiestramiento ha sido determinado, se citará al paciente cada tres meses.

Condiciones que debe llevar el cepillo.- Cabeza mediana, mango recto con dos o tres curvaturas en la parte superior, y dos o tres o lo ancho pueden ser naturales o sintéticas, se -

prefieren las naturales.

No todas las técnicas del cepillado son aconsejables. Con excepción de las manifestaciones traumáticas, en realidad el factor importante para que sea efectiva, es una ejecución cuidadosa, todos los métodos buscan la misma finalidad. Cualquiera que sea el método que use, su objetivo debe ser limpiar y dar masaje. Cada área debe ser cepillada de 8 a 10 veces antes de pasar a la siguiente: se aconseja que cada área abarque tres dientes como máximo.

MÉTODOS DE CEPILLADO.

STILLMAN: Se coloca el cepillo con las cerdas descansado parte en la encía y parte en la porción cervical de los dientes, las cerdas deben estar colocadas oblicuamente al eje mayor del diente y dirigidas apicalmente, se presiona con ellas al margen gingival hasta lograr izquemia; luego se deja de presionar para que la sangre vuelva a ella. Las caras oclusales se limpian haciendo círculos sobre ellas con las cerdas colocadas perpendicularmente al plano oclusal penetrando en los surcos y los espacios interproximales sin levantar el cepillo.

STILLMAN-MODIFICADO: La acción vibratoria de las cerdas se complementa con un movimiento de barrido. En el método de origen, toman el margen gingival y la porción cervical del diente. En la modificada, el movimiento empieza en la encía insertada cerca de la unión con la mucosa alveolar y abarca encía insertada, encía marginal y diente. Esta técnica, es más efectiva y reduce las posibilidades de traumatizar la encía marginal.

MÉTODO DE CHARTES: El cepillo se coloca en ángulo recto al eje mayor del diente con las cerdas entre los espacios interdentarios haciendo moderada presión y sin que las puntas toquen la encía se hacen movimientos rotatorios logrando así que los lados estén en contacto en el margen gingival.

TECNICA DE FONES: Se sujetan las arcadas y el cepillo se coloca horizontalmente a ellas, haciendo movimientos circulares-- grandes.

TECNICA DEL BULO FISIOLOGICA: Se hace siguiendo el trayecto que sigue el bolo alimenticio.

CAUIDADO DEL CEPILLO: Dabe lavarse con agua fría a presión, despues de haberse usado con objeto de remover residuos de pasta dentífrica o de alimentos, no debe quedarse cerrado, pues se fomenta el crecimiento de las bacterias al conservarse el calor y la humedad, todo cepillo debe ser de uso personal y cambiario cada dos o tres meses mínimo.

DENTRIFICOS: Estos son elaborados en forma de jabones, pastas, polvos o líquidos, su función es ayudar a la limpieza de los dientes y pulir superficies accesibles. También sirven para hacer más agradable el procedimiento del cepillado.

MEDIOS AUXILIARES: Un medio para ayudar al cepillo a desalojar restos acumulados en los espacios interdentarios y al mismo tiempo dar masaje a los tejidos gingivales, es el empleo cuidadoso de un escarbadientes redondo, de madera dura, o de punta de goma de un cepillo dental. La seda o hilo dental usadas correctamente, mejoran la limpieza de los espacios interproximales.

ADAPTACION DE PROTESIS: Los espacios desdentados, originan -- una serie de cambios que conducen a la enfermedad paradental en diversos grados. Los espacios creados por extracciones -- pueden no presentar secuelas perjudiciales, sin embargo, la constancia con que se presentan la enfermedad por no haberse substituido uno o más dientes, nos indica la conveniencia de la prótesis oportuna.

Además, si no se restituyen producen extracciones, migraciones e inclinaciones de los dientes vecinos, con alteración de los puntos de contacto en donde se observa con frecuencia--

empaquetamiento de alimentos. La restitución prescrita, quita la atrofia ósea por desuso.

NECESIDADES ORTODONTICAS, PREVENTIVAS O TERAPEUTICAS: El alineamiento de los dientes produce acumulación de restos alimenticios y empaquetamiento. Puede existir recesión gingival cuando los dientes son denalajados vestibularmente, las desarmonías oclusales producen lesiones en el parodonto.

CORRECCION DE HABITOS: Los hábitos orales diversos, se presentan en variadas formas, muchas veces inconcientemente en estado de vigilia o durante la noche. La bricomanía, como ejemplo. Igual consideración podemos hacer sobre otros hábitos, tales como lengua procráctil, respiración bucal, chupadores de dedo, lengua, labios etc.

Otros hábitos los practica el paciente voluntariamente, pero ignora el perjuicio que le causan. Debe educársele para convencerlo de que haga uso correcto de sus dientes y su boca.

SUPRESION DE FACTORES QUE IMPIDEN LA RESPIRACION NASAL: Las personas que respiran por la boca presentan en un alto grado mal-oclusiones, aunque el trastorno inicial que conduce a la respiración bucal, puede ser uno de los que a continuación se mencionan: Tabique nasal desviado; hipertrofia de los cornetes; inflamación y congestión crónica de la mucosa nasofaríngea; alergia poliponasal; inflamación e hipertrofia de la amígdala faríngea y hábitos.

En cualquiera de los casos, el paciente deberá ser tratado en primer término por el otorrinolaringólogo que se ocupará de normalizar la respiración habiendo necesidad más tarde de respirar por la nariz.

CURACION O ATENUACION DE ENFERMEDADES SISTEMATICAS: Los factores generales que intervienen en las parodontopatías son desconocidos y se atribuyen a padecimientos sistémicos. El cirujano dentista al hacer un examen general del paciente, con --

las manifestaciones orales observadas, puede sospechar su existencia, restablecida la normalidad orgánica, cuidará del estado de salud bucal con la realización de las normas de prevención ya enumeradas.

ELEMENTOS AUXILIARES EN HIGIENE ORAL.

Ya que muchas veces el cepillado no es suficiente para eliminar todos los restos alimenticios contamos con algunos elementos que sirven como complemento de los instrumentos de limpieza. Ya que se habló de las técnicas del cepillado ahora vamos a conocer los diferentes tipos de cepillos.

1.- CEPILLOS INTERPROXIMALES: Estos son semejantes a los usados para limpiar pipas y se pasan entre los dientes cuando existen espacios que le permitan se emplee con movimientos de rotación las superficies proximales.

2.- CEPILLOS ELECTRICOS: El empleo de cepillos eléctricos ha aumentado al punto de que existen varios tipos de cepillo, uno de ellos tiene movimiento de sus cerdas de atrás adelante y otro movimiento de arco y vibratorio, más de 100 estudios han sido conducidos comparando los cepillos eléctricos con manuales en términos de:

a).- La efectividad de los cepillos eléctricos en relación con la remoción de placa y tartaro.

b).- La probabilidad de que los cepillos eléctricos estimulen la queratina del epitelio gingival.

c).- La posibilidad que los cepillos eléctricos puedan causar daños a los tejidos bucales tanto blandos como duros.

El conjunto de éstos estudios, demuestran que no hay grandes diferencias entre ambos tipos de cepillo.

ESTIMULADORES INTERDENTARIOS:

Los estimuladores interdientales, así como los palillos de dientes se recomiendan para remover la placa interproximal en aquellos casos en que debido a diversas circunstancias, —

existe un espacio entre los dientes, o cuando hay un mal alineamiento de los dientes cuyas características no permiten la limpieza con la seda o cepillo.

Muchos pacientes usan estos elementos para remover restos de alimentos de entre los dientes pero no para remover placa. En aquellas personas jóvenes con buenos contactos interproximales y papila interdental normal, no se debe usar ni palillo ni estimuladores.

Otra indicación del palillo de dientes es en aquellos casos en que la existencia de bolsas paradontales, aún después de tratadas exponen al medio bucal superficies radiculares en el área interproximal, o en la bifurcación radicular, o en cualquier otra superficie dentaria, cuya placa no puede ser removida ni con la seda ni con el cepillo de dientes.

FUNTAS INTERDENTALES: Las más usuales son las que se encuentran en los extremos del cepillo son de hule y se adaptan fácilmente a los distintos tamaños de espacios interproximales.

PALILLOS DE DIENTES DE FORMA FISIOLÓGICA: Son de madera de balsa de forma triangular, se puede usar después de cada comida.

PALILLOS DE MADERA DE BALSA: El empleo apropiado de los palillos de madera de balsa como auxiliar de la higiene bucal se recomendará en pacientes cuya topografía interdental indica su uso. Estos, de corte transversal triangular, son pequeños para adaptarse a la mayoría de los espacios interdentarios.

Como complemento del cepillado, son útiles para desprender residuos retenidos en espacios interproximales que suelen pasarse por alto durante el cepillado y para masajear la encía interproximal subyacente.

Se enseña al paciente a usarlo; Se mojará el palillo para que no sea quebradizo y se coloca en zona interdental con la base del triángulo hacia el tejido en dirección corona

ría para no lesionar la encía, acuñese el palillo en el espacio interdentario y retírelo, se repite el movimiento.

SEDA DENTAL: Se sugiere que en ciertos casos el cepillo dental se complementa con seda dental. Se afirma que la mejor es la que consta de gran número de fibras de nylon y no enceradas - con un mínimo de rotación.

Para que tenga valor este material se debe emplear pasando la seda a través del punto de contacto y tornando a mesial y distal. Deberán eliminarse los desechos con vigorosos enjuagues bucales. Para lograr un mejor resultado se corta un hilo dental de aproximadamente 45 cms., se sostiene entre índices y pulgares secciones de 2.5 cms., y 1.5 cms., el exceso se enrolla alrededor del índice de una mano.

ENJUAGUES BUCALES: El empleo de técnicas de cepillado, estimuladores interdientales y seda dental aflojará muchas partículas de alimentos y bacterias de la placa dental. Estos pueden eliminarse enjuagando vigorosamente con agua. El mismo procedimiento, favorece la rapidez de eliminación bucal de carbohidratos semifluidos.

Es obvio que como ocurra con dentífricos, existe la posibilidad de añadir agentes bacterianos a los materiales de enjuague. Las soluciones deberán tener sabor agradable.

MANTENEDORES DE ESPACIO.

Es importante la necesidad de colocar un mantenedor de espacio cuando se pierde un diente de la primera dentición, - sin embargo suele descuidarse el efecto de la pérdida del mismo sobre la longitud total del arco.

Se llama longitud total del arco a la distancia desde el diente más posterior de un lado, siguiendo la curvatura del arco, hasta el más posterior de lado opuesto. También se puede llamar perímetro o circunferencia del arco.

En la dentición mixta la distancia suele medirse donde -

la cara mesial del primer molar de la segunda dentición siguiendo el arco, hasta la superficie mesial del primer molar de la segunda dentición de lado opuesto.

SE HABLA DE DOS LONGITUDES DE ARCO:

a).- Longitud del arco constituidas por las anchuras -- Mesio Distal combinadas de las coronas de las piezas dentales.

b).- Longitud alveolar del arco, donde la distancia se mide a través del hueso alveolar.

Se describen dos longitudes de arco para recalcar las -- dificultades con que se tropieza, cuando las piezas dentales son muy grandes, por ejemplo: La longitud del arco dental es bastante mayor que la longitud del arco alveolar óseo.

RECURSOS ODONTOLÓGICOS PARA MANTENER ESPACIO DE TIPO FISIOLÓGICO.

Es necesario antes de mencionar los recursos Odontológicos con los que contamos, para mantener un espacio y poder -- restablecer la oclusión, el hacer notar la importancia de conocer el desarrollo de los dientes y la oclusión.

El desarrollo de la dentición es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. La calcificación de los dientes desde la vida intrauterina; la erupción -- de los temporales y posteriormente de permanentes; el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales, constituyen -- una serie de fenómenos muy complejos que explican el porqué -- de la frecuencia de anomalías en la oclusión definitiva.

Si además agregamos gama de causas locales y proximales que puede afectar ese desarrollo, comprenderemos lo delicado que es el establecimiento de una oclusión normal definitiva.

FACTORES QUE DETERMINAN EL CIERRE DEL ESPACIO.

Un diente se mantiene en su relación correcta en el arco dental como resultado de la acción de una serie de fuerzas.-- Si se altera una de estas fuerzas habrá un desplazamiento del

tal. Tras dichas modificaciones, los tejidos de sostén padecerán alteraciones inflamatorias y degenerativas, como por ejemplo, la lengua por dentro, y la musculatura del carrillo por fuera, también ejercen fuerzas iguales.

El reborde alveolar y los tejidos paradentales producen una fuerza hacia arriba mientras que los dientes del arco antagonista ejercen una fuerza compensadora.

D I A G N O S T I C O .

Es necesario elaborar un diagnóstico del desarrollo dentofacial del niño, basándose en estas consideraciones:

- 1.- Tiempo transcurrido desde la pérdida.
- 2.- Edad dental del paciente.
- 3.- Cantidad de hueso que recubre al diente.
- 4.- Secuencia de erupción de los dientes.
- 5.- Erupción retrasada de los dientes permanentes.
- 6.- Ausencia congénita del diente permanente.
- 7.- Análisis de la longitud del arco.
- 8.- Análisis del material dental.

De éstas, considero que todas son muy importantes, pero sobresalen cuatro que voy a detallar:

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA PÉRDIDA.— Siendo de gran importancia este factor merece cuidadosa consideración. El cierre del espacio habitualmente tendrá lugar durante los primeros seis meses de extracción; si todos estos factores indican la necesidad de colocar un mantenedor de espacio se colocará si es posible en la misma sesión en que se efectúe la extracción.

EDAD DENTAL DEL PACIENTE.— Al hablar de edad dental del paciente, no importa su edad evolutiva ni su edad cronológica, razón por la cual no deben tomarse en cuenta las fechas promedio de erupción, por encontrarse variaciones en la época de la erupción.

Erupción retrasada del diente permanente. Es frecuente—

observar que los dientes permanentes están retrasados en su desarrollo y, por consiguiente en su erupción. Frente a este caso será necesario extraer el diente temporal, construir un mantenedor de espacio y permitir así que el diente permanente erupte a su posición normal.

AUSENCIA CONGENITA DE UN DIENTE PERMANENTE.- Cuando se presenta un caso de ausencia congénita de un diente permanente, el Odontólogo debe decidir si es prudente o no la conservación del espacio hasta que se pueda realizar una restauración fija.

MANTENEDORES DE ESPACIO.

Indicaciones y Contraindicaciones.

Los mantenedores de espacio artificiales se clasifican en:

- a).- Mantenedores de la primera dentición.
- b).- Mantenedores de la dentición mixta.
- c).- Recuperadores de espacio.

MANTENEDORES DE LA PRIMERA DENTICION.

Mantenedor de corona y ancha de acero al cromo.

INDICACIONES: Está indicado si el diente pilar posterior, tiene caries extensa, o se le efectuó alguna intervención pulpar vital, en lo que conviene la protección por recubrimiento total.

CONTRAINDICACIONES: Mal hábito de higiene.

DESVENTAJAS: No restablece la oclusión.

VENTAJAS: Bajo costo de material.

MANTENEDOR DE ORO COLADO DE WILLET.

INDICACIONES: Cuando hace falta un mantenedor sólido.

CONTRAINDICACIONES: Mala higiene oral.

DESVENTAJAS: No establece la oclusión, costo elevado.

VENTAJAS: Fácil manejo para inspeccionar el diente pilar, o para alguna modificación, fácil remoción.

MANTENEDOR SIFA FUENTE FIDA MODIFICADO.

INDICACIONES: En caninos y segundos molares con caries avanzada.

CONTRAINDICACIONES: Niño no cooperador.

DESVENTAJAS: Costo elevado.

VENTAJAS: Restablece la oclusión.

MANTENEDOR COLADO DE OJO CON EXTENSION DISTAL.

INDICACIONES: Pérdida del segundo molar temporal.

CONTRAINDICACIONES: Niños propensos a infecciones.

DESVENTAJAS: No restablece la oclusión, en su costo es elevado.

VENTAJAS: Se puede quitar para modificarlo cuando sea necesario.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

INDICACIONES: Pérdida extemporánea de los incisivos superiores.

CONTRAINDICACIONES: Niños muy pequeños, en lo que existe gran índice de caries y poco cooperadores.

DESVENTAJAS: Ser removible.

VENTAJA: Restablece el aspecto estético y funcional, impide hábitos linguales y anomalías.

PUENTES FIJOS:

INDICACIONES: Ausencia de incisivo temporal.

CONTRAINDICACIONES: Niños pequeños.

DESVENTAJAS: Alto costo.

VENTAJAS: Buena estética.

MANTENEDORES DE ESPACIO EN LA DENTADURA MIXTA.

Es en esta dentición cuando los problemas se presentan ya que la longitud del arco puede acortarse desde temprana edad, o por pérdida de un diente decidido.

El diente pilar será el primer molar de la segunda dentición, ya que en el caso de pérdida de algún diente, debemos mantener en su lugar al primer molar por ejemplo:

Al perder el segundo molar temporal, el primer molar permanente se mesializa, obstaculizando la erupción del segundo-premolar.

En caso de pérdida bilateral de los segundos molares temporales, se mesializan los primeros molares de la segunda den

tición, ocasionando alteración en la oclusión.

Cuando hay pérdida extemporánea de los caninos de la primera dentición se inclinan los incisivos hacia lingual, habiendo pérdida de la longitud de arco.

En caso de pérdida múltiple de dientes podemos usar prótesis parciales e ir modificando o construir otras de acuerdo a las necesidades del paciente.

Si el segundo molar permanente hace su erupción después que erupcionan el canino y premolares, hay menos probabilidades que el primer molar se incline mesialmente y bloquee los premolares o el canino.

La pérdida prematura de un canino temporal, permite que el lateral haga erupción en el espacio reservado al canino permanente.

Como regla general, cuando hay una pérdida prematura a los dientes por mesial y distal tenderán a desplazarse hacia el espacio resultante.

La mayor parte del cierre de espacio se produce en los seis primeros meses consecutivos a la pérdida de un diente temporal. Sin embargo, es visible la reducción del espacio en cuestión de semanas o días.

Este suele ser el enfoque preferible, nunca estará indicada la ensere del cierre de espacio después de una extracción.

El Odontólogo a menudo ve a niños en los cuales pueden haberse producido ya lamentables cambios en la oclusión, por la pérdida prematura de dientes sin planeación del mantenimiento de espacio.

Algunas veces podría ser conveniente realizar un mantenedor, cuando el espacio se encuentra cerrado, por la razón del establecimiento de la función oclusal normal.

MANTENEDORES DE DENTICIÓN MIXTA.

Prótesis parcial de acrílicos:

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

- 29 -

INDICACIONES: Pérdida bilateral de más de un diente.

CONTRAINDICACIONES: Mala higiene bucal.

DESVENTAJAS: Fragilidad, aumento de caries.

VENTAJAS: Es fácil modificarlo, restablece la oclusión. Tiene un bajo costo.

ARCO LINGUAL PASIVO:

INDICACIONES: Pérdida múltiple de dientes de la primera dentición.

CONTRAINDICACIONES: Mala higiene.

DESVENTAJAS: No restablece la oclusión.

VENTAJAS: Se puede usar en inferior y superior, reduce el aumento de caries, va fijo.

PROTESIS COMPLETA:

INDICACIONES: Pérdida de todas las piezas.

CONTRAINDICACIONES: Ninguna.

DESVENTAJAS: Se tiene que estar cambiando por otro.

VENTAJAS: Restablece la oclusión, estética y fonación.

RECUPERADORES DE ESPACIO:

INDICACIONES: Cuando hay movilidad dental hacia mesial o distal.

CONTRAINDICACIONES: Cuando el espacio es el fisiológico.

DESVENTAJAS: Activa la caries.

VENTAJA: Recuperar el espacio que se pierda.

El problema de la pérdida de espacio no es a causa de la dentición mixta, la longitud de arco se puede acortar, como consecuencia de la pérdida prematura de un diente permanente o temporal o por caries proximal.

Concluyendo la pérdida extemporánea de un diente temporal, producirá un cierre de espacio que generalmente producirá mal oclusión.

Se presentan factores que influyen en una formación de mal oclusión:

1).- La anomalía de la musculatura bucal; una posición

c).- Factores psicossomáticos.

Los factores locales son aquellos situados en el medio - - inmediato al diente y su estructura de soporte. Los generales - - se refieren al estado orgánico del paciente, que influye en - - los tejidos parodontales. Y los psicossomáticos cuyos efectos - - perjudiciales son resultantes de trastornos de influencias - - psíquicas desfavorables a la salud de los tejidos.

(1) FACTORES ETIOLÓGICOS LOCALES.

Entre las causas locales existe una gran variedad, las - - cuales podemos reunir en dos grupos principales: Causas funcio- - nales y Causas irritativas.

CAUSAS FUNCIONALES: Los factores etiológicos funcionales se - - originan por el exceso de funcionamiento del tejido gingival, - - ya que como se sabe la encía para mantener sanos sus tejidos - - debe ser estimulada lo suficiente en el acto de la masticación. Siendo esto un baluarte en la salud de ella, debemos de compren- - der que una mayor vascularidad hace que, las defensas orgánicas acudan en su ayuda en un momento de ataque.

Si no se suministra la suficiente presión en el acto de la masticación, es de suponerse que se presenta la consecuente - - falta de estimulación gingival, por lo cual se hace necesario - - una complementación con el uso del cepillado, que es imprescindible puesto que con él se dará un manejo sistemático a las encías proporcionando la debida vascularización. Todo ello debe - - de acentuarse en la actualidad, por la poca masticación que se verifica de los alimentos, ya que éstos en su mayoría se presen- - tan al público, fáciles de ingerir, sin el necesario ejercicio masticatorio.

Ahora bien en el caso contrario, hemos de señalar las ca- - racterísticas clínicas del tejido gingival, causadas por lo que llamaremos Hiperfunción.

Generalmente, de ésta se desprende un padecimiento agudo,-

dada la fragilidad de las encías a las diversas presiones que se originan en la boca y a la poca queratinización de los mios, forman en ella una tumefacción y una tendencia a la hemorragia al menor estímulo, por el mismo estado edematoso de las encías que así lo facilitan todo ello producido por la — excesiva estimulación de los tejidos gingivales, por acción — mecánica de los alimentos.

Por lo general éstos factores mencionados, no van a causar una gran pérdida de sustancia o una inflamación aguda, pero sí, pueden dar origen a una degeneración del tejido, que a su vez da manifestaciones de hemorragia en especial en estados crónicos.

CAUSAS IRRITATIVAS: Las enfermedades paradontales son producidas por causas irritativas, las cuales obran directamente — sobre el parodonto, siendo ellas mismas las que dan la gravedad de la enfermedad.

LOS PRINCIPALES AGENTES IRRITANTES LOCALES SON:

- 1).- Sarro.
- 2).- Placa de mucina y materia alta.
- 3).- Microorganismos y sus toxinas.
- 4).- Oclusión traumática.
- 5).- Impacto alimenticio.
- 6).- Prótesis incorrecta.
- 7).- Respiración bucal.
- 8).- Higiene inadecuada.
- 9).- Hábitos.
- 10).- Irritantes.

SARRO: Es el mas agresivo formado por placas mineralizadas que se depositan en la superficie de los dientes, en especial los anteriores mandibulares y en aquellos que no gozan de la limpieza mecánica de alimentos y saliva, depositándose también a la salida de las glándulas salivales, por la precipitación de

la sales calcáreas que lo forman, desplazando con ello a la inserción gingival y a la encía misma causando tumefacción, lesionándose con suma frecuencia el parodonto con la subsecuencia de la hemorragia.

PLACAS DE MUCINA Y MATERIA ALBA: Actúan como campo fértil para los microorganismos, ya que sus componentes son detritus alimenticios, materias purulentas y una placa de mucina subyacente.

MICROORGANISMOS Y SUS TOXINAS: La presencia de los microorganismos en los tejidos gingivales, va a causar una desorganización en ellos, y el desarrollo de la gravedad, estará de acuerdo con la virulencia de los microorganismos.

La mayoría de las bacterias que se presentan en este campo, son saprofitas, ya que no ejercen acción patológica; éstas se producen con facilidad en cualquier solución de continuidad aprovechándose de este medio propicio hasta causar inflamación gingival.

La presencia de los bacilos fusiformes y espiroquetas que invaden los tejidos vivos, es notable, no por provocar una enfermedad gingival sino por agravarla; como ejemplo tenemos la gingivitis ulcerativa, lesiones gingivales sifilíticas, gingivo-estomatitis aftosa, etc.

El lactobacilo acidógeno no solamente se presentará en el interior de la encía, sino en toda la cavidad oral, y va a producir un cambio en los residuos orgánicos que se encuentran en la boca, transformándolo en ácidos, los cuales irritarán el epitelio de la encía.

Aunque la encía es uno de los sitios de proliferación de microorganismos, estos sitios se ven protegidos por la auto-clisis y la vascularización de la encía que evita la invasión.

OCCLUSIÓN TRAUMÁTICA: Es el resultado de las fuerzas oclusales anormales que son capaces de producir lesiones en el parodonto. Estas pueden ser verticales y horizontales. También sue-

de ser ocasionada por puntos prematuros de contacto, o por -- obturaciones defectuosas. Se conoce también como una sobre -- oclusión vertical la presión mecánica que se ejerce en el bor de inicial de los anteriores inferiores sobre la encía pala-- tina.

IMPACTO DE ALIMENTOS: También son causados por una relación -- anatómica anormal de un diente con su vecino; la relación -- anormal de un diente con su antagonista; la forma anatómica -- de las piezas dentarias, ya sea en el mayor diámetro mesiodis-- tal cerca de la cresta del reborde gingival, el cual no libra a la encía de los impactos alimenticios en el momento de la -- masticación.

PROTESIS INCORRECTA: Por este factor se desarrollan las enfer medades gingivales a consecuencia de la presión de movimien-- tos anormales y mala estabilidad de las prótesis sobre super-- ficies gingivales, que en un principio van a originar lesio-- nes locales en una porción de los mismos provocando el sangra do y a veces, por ser pequeño la molestia que le ocasiona al paciente, éste la pasa por alto. Ahora bien, si se formara -- una hiperplasia o hipertrofia del tejido gingival, le darán -- al padecimiento un carácter crónico, debido principalmente a falta de puntos de contacto o situación incorrecta de las ob-- turaciones altas, el contorno oclusal incorrecto y bordes cor-- tantes de los mismos.

RESPIRACION BUCAL: Se produce una alteración de tipo inflama-- torio en las encías, por el continuo paso del aire que va a -- deshidratar a las superficie gingival y, como consecuencia, -- tendremos una disminución de la resistencia de éstas, princi-- palmente en la región anterosuperior, y la acción de la sali-- va se ve disminuida en lo que respecta a la protección de la -- autoclisis.

HIGIENE INADECUADA: La falta de higiene bucal, será una de las

causas principales por las cuales se favorezca la producción de una enfermedad parodontal.

H A B I T O S: Es la causa por la que muchos tratamientos fallan al no descubrirlos, son muy variados y se agrupan en:

Las neurosis, los hábitos profesionales y los hábitos -- diversos.

En la neurosis es muy frecuente encontrar que la persona muerde objetos por el estado de nervios en que se encuentra, -- también se encuentran los casos de bricomania y bruxismo.

Los hábitos profesionales en los individuos por su misma profesión tienen diversos objetos entre sus dientes, esto es más frecuente en los zapateros sastres y músicos.

De los hábitos diversos, encontraremos que aún conciente la persona de lo que hace ignora el mal que producen, como en el caso del uso incorrecto del palillo, chuparse el dedo, morder la pipa, mascar tabaco.

IRRITANTES TERMICOS Y QUIMICOS: Es raro encontrar enfermedades de este tipo, ya que por la gravedad no se presenta hemorragia, pueden producir ulceraciones en el tejido gingival, causadas por las elevadas temperaturas que se tengan en la cavidad oral.

Relacionando a las de tipo frigorífico, es de esperarse que en ellas no se encuentren manifestaciones de patogeneidad, menos aún de sangrado como característica.

Dentro del tipo de los irritantes químicos, se encuentran una variedad de sustancias que van a establecer en la encía, una inflamación como primer sistema de un estado patológico. -- En esta clasificación se encuentran las sustancias químicas que el hombre usa con más frecuencia, como son alcohol y diferentes medicamentos.

La lesión resultante en estos casos es la quemadura de -

la enofa que va a producir un sangrado de la misma, como manifestación clínica primaria, aún cuando la mayoría de las veces, ésta no se manifiesta por encontrarse la lesión regida por el tipo de substancia productora de la alteración de la enofa.

Hemos de encontrar, además de los factores etiológicos locales ya enumerados, otros cuyo carácter es secundario, por la rareza con que se encuentran, pero que sí van a influir en el proceso patológico, máximo si se encuentra en el tejido gingival un factor de grave intensidad.

2).- FACTORES ETIOLOGICOS GENERALES:

Los trastornos sistémicos pueden dar origen a manifestaciones de enfermedad paradontal, según se ha demostrado clínica y experimentalmente.

En la evaluación del efecto de los trastornos sistémicos sobre el parodonto, es necesario determinar si el estado oral precedió al trastorno sistémico o si fué exagerado por él; o específicamente relacionado con el trastorno sistémico. Si el problema de la alteración paradontal hubiera ocurrido sin factores irritantes locales o si no hubieran necesitado estos factores para iniciar los cambios orales, debería saberse, sin embargo, que la susceptibilidad a la enfermedad es esencialmente, la reacción de la constitución individual a los estímulos que puede producir la enfermedad sistémica y el efecto de tales sobre el parodonto, producidos por las diferencias constitucionales de cada individuo.

En general, se considera que la intervención de los factores generales en la etiología de las parodontopatías, se basa en que de cualquier modo, reducen la resistencia local del tejido. Sin embargo, en muy pocas casos es posible atribuir con certeza la enfermedad a un factor general determinado. Por otra parte, la evidente necesidad de invocar factores genera-

los desconocidos, es cada vez menos, a medida que se descubren nuevos factores generales que tienen una intervención en la enfermedad paradontal.

NUTRICIÓN INADECUADA: Las deficiencias y desequilibrios dietéticos son con frecuencia causas determinantes de las afecciones paradontales.

Son fáciles de notar indicios de privación extrema, como gingivitis escorbútica, raquítica, alveoloclasia por falta de sales minerales, o gingivitis por dieta. Las formas más leves de deficiencia dietética como el escorbuto y el raquitismo -- sub-clínico, pueden causar una disminución de la resistencia de los tejidos a un aumento de la permeabilidad capilar, de manera que otros factores incapaces por sí mismos, en circunstancias normales de producir las enfermedades se convierten en agentes arruinantes. Entre la dieta, las glándulas endocrinas y la función nerviosa, existe estrecha relación, digna de tenerse en cuenta.

DISFUNCIÓN ENDOCRINA: Una simple anomalía mono o poliglandular es capaz de crear un estado de susceptibilidad del parodonto que en combinación con factores funcionales o irritativos, o una disposición entre ambos, da lugar a cambios patológicos activos de los tejidos paradontales.

Según demostraron Shenr, Weli y otros, los tejidos paradontales conservan una relación vital y vitalicia con el sistema endocrino y también cuando son efectuadas por esta difusión, frecuentemente proporcionan el primer indicio de la existencia de un trastorno endocrino fácilmente observable en los tejidos paradontales.

En la diabetes, y aún en los estados prediabéticos se ve una tendencia a la destrucción exagerada de hueso alveolar, que no tiene ninguna relación con la naturaleza e intensidad de los factores locales. Sin embargo, en un caso de diabetes

provocada, Glickman hace notar que es necesario un factor local a fin de que se produzca la afección parodontal típica.

Los trastornos paratiroideos, pueden ser causa de alteraciones de la utilización normal del calcio en los procesos alveolares y tejidos dentarios, así como en todo el organismo.- La hiperfunción suprarrenal enfermedad de Addison puede ser la causa de una coloración bronceada o grisácea de los tejidos - del parodonto.

TRASTORNOS HORMONALES: Las hormonas son sustancias orgánicas de complejidad variable producida por las glándulas endocrinas y que son segregadas directamente al torrente circulatorio y ejercen importantísima influencia sobre ciertas células y sistemas.

Las características que aparecen en el parodonto durante el ciclo menstrual, el embarazo o la menopausia, se singularizan por su presencia eventual y no su especificidad clínica e histológica.

Se reversibilidad y su sincronismo con la actividad de los períodos permiten suponer que junto con los numerosos factores locales el sistema ovario hipofisario-placentario juega un papel patógeno. Esta hipótesis es corroborada por la observación de los trastornos fisiológicos del ciclo del parodonto, tales como los cambios del epitelio bucal y el aumento de movilidad dental durante el embarazo.

Los trastornos hormonales en las fases del ciclo menstrual, indican que las hormonas especialmente la foliculo-estimulante, desempeñan un papel importantísimo en las modificaciones hormonales sexuales hacia el parodonto; esta hormona - puede ser corta y leve o fuerte y larga. En primer caso produce alteraciones en la maduración epitelial de la mucosa oral y alteraciones de la permeabilidad vascular.

En el segundo caso, ocasionan manifestaciones proliferativas

tivas vasculares de la encía marginal. El papel de las hormonas gonadotróficas es probablemente secundaria.

ENVENENAMIENTO POR METALES, NO METALES Y METALOIDES: Los compuestos químicos provenientes de metales y metaloides como el mercurio, plomo, cromo, fósforo, arsénico y bismuto, empleados como medios terapéuticos o por contacto industrial introducidas en el organismo, producen alteraciones orales debido a -- intoxicación y absorción sin prueba de toxicidad.

En la intoxicación bismútica crónica, se presenta gingivostomatitis ulcerosa generalmente con pigmentación acompañada de gusto metálico y sensación de quemadura en la mucosa -- oral. La pigmentación bismútica aparece de color azul negruzco en el margen gingival o de las zonas previamente inflama-- das.

La intoxicación plúmbica se produce lentamente y los sín-- tomas tóxicos no son bien definidos; hay palidez de la cara -- y labios, náuseas, anorexia y cólicos abdominales. Entre los signos orales encontramos sialorrea, lengua saburral, pigmen-- tación y ulceración gingival, entre otros.

La intoxicación mercurial se caracteriza por insomnio, -- cefaleas, sialorrea y gusto metálico. Solman sostiene que la acción de las sales mercuriales sobre los tejidos blandos bu-- cales es debido a la corrosión química directa que ejercen so-- bre ellas esas sustancias, al eliminarlas por vía salival. -- Lydsiren afirma que la relación especial de la arteria denta-- ria inferior como la carótida externa, facilita la acumula-- ción de mercurio en los tejidos trabeculares de la mandíbula, de ahí, que sea este hueso el primero en ser atacado. Glóbu-- los minúsculos obstruyen las arteriolas y vénulas dando por -- resultado la congestión sanguínea y favoreciendo la acumula-- ción tóxica.

Beamanen cree que el mercurio forma un compuesto con la sangre unido al hidrógeno sulfurado producido por las bac

terias en la boca, dando por resultado un precipitado de sulfuro de mercurio, que se deposita en las células endoteliales papilares, fenómeno que explica la consiguiente pigmentación.

Existen otras substancias químicas como el fósforo, arsénico y cromo, que pueden producir necrosis del hueso, con aflojamiento y pérdida de las piezas dentarias. Igual sucede con la intoxicación con benceno, que se acompaña de hemorragias gingivales y ulceración.

ENFERMEDADES DEBILITANTES: Enfermedades como la sífilis crónica y tuberculosis entre otras, predisponen a trastornos parodontales, disminuyendo la resistencia de los tejidos a los irritantes locales. Existen opiniones sobre la relación entre la tuberculosis y la enfermedad parodontal. Aunque se ha descrito en pacientes un aumento en la frecuencia de la gingivitis y la enfermedad destructiva crónica, y también cambios en el hueso alveolar caracterizados por agrandamiento de las trabéculas, no ha sido comprobado en pacientes con lepra. Se ha descrito una enfermedad parodontal de naturaleza no específica, no se han encontrado en la encía microorganismos lepras.

También las enfermedades oncológicas como el cáncer y la colitis crónica son responsables de la disminución de la resistencia de los tejidos orales.

ALERGIAS E INDIOSINCRACIAS: Entendemos por alergias, la reacción a un estímulo. Esta reacción varía de persona a persona y es debido a la liberación de histamina y de otros elementos de choque, por la presencia de alérgenos, elementos que provocan desequilibrio celular.

Una interesante y peculiar reacción que acompaña a la terapia antiepiléptica con dilantina sódica es la presencia de hiperplasia fibrosa gingival.

INDIOSINCRACIAS: Son ciertas disposiciones para que algunos factores extraños actúen sobre el organismo, modificando su

estado de salud general.

Pueden considerarse específicas, innatas y constitucionales.

3).- FACTORES ETIOLÓGICOS PSICOSOMÁTICOS.

Cada vez ha sido mayor la importancia que se atribuye a los factores psicosomáticos como agentes causales o predisponentes de la enfermedad periodontal.

Investigaciones recientes han revelado una estrecha relación entre un disturbio emocional y las manifestaciones morbosas del parodonto. La fatiga y la nerviosidad, por ejemplo, - juegan un importante papel en el desencadenamiento de la gingivitis ulcerosa necrosante aguda.

Dos son los factores principales:

a).- Desarrollo de hábitos o sea trastornos orales producidos subconscientemente por estados mentales emocionales, en el caso de los chupadores de dedos, personas que se muerden - las uñas, que muerden la pipa, etc.

b).- Por efecto directo del Sistema Autónomo sobre el equilibrio Tiaular Fisiológico. Estos factores en la actualidad se están estudiando, para determinar con ello el papel importante que desarrollaron las enfermedades gingivales.

Voy a explicar muy brevemente las enfermedades que más presentan en la cavidad oral, y que con la intervención del Odontólogo se pueden evitar.

HERPES _ ZOSTER.

Es una enfermedad inflamatoria aguda, caracterizada por vesículas agrupadas, situadas unilateralmente a lo largo del trayecto cutáneo de un nervio sensitivo, puede presentarse a cualquier edad.

Se cree que el agente etiológico es un virus semejante - al que ocasiona la varicela. Las lesiones de la piel son dolorosas, tienden a seguir el trayecto de los nervios sensitivos.

Aparece en úvula y amígdalas, cuando se encuentra invadida la rama auxiliar del 5o. para craneano en la mucosa bucal, piso de la boca y mitad anterior de la lengua, cuando la rama mandibular está afectada y en la cabeza como ojos cuando la rama oftálmica esta implicada. En el último caso, puede resultar trastornos visuales serios.

El período prodrómico dura tres o cuatro días, presenta malestar, fiebre, hiperestesia o dolor. Aparece erupción característica y el dolor prurito pueden ser muy intensos en el adulto.

TRATAMIENTO: No es específico, incluye el uso de analgésicos para el dolor, y enjuagues ligeramente alcalinos en las lesiones bucales.

M O N I L I A S I S .

La moniliasis es una forma de estomatitis que ocurre en niños y adultos.

ETIOLOGÍA: El agente etiológico es el Candida Albicans, un hongo semejante a las levaduras que produce infecciones superficiales y de localización profunda generalizada.

El virus es un saprofito común de la flora bucal, y tiende a proliferar durante los períodos de debilitación. Las lesiones bucales producen un dolor difuso de quemadura, aparece en los márgenes de la lengua y carrillos incluye el paladar, amígdala y faringe. La lesión está cubierta por una membrana adherente generalmente blanca o gris que al desprenderla deja una superficie sangrante.

TRATAMIENTO: Se emplea en varias formas una buena higiene bucal, uso de enjuagues antisepticos.

G I N G I V I T I S U L C E R O N E C R O T I Z A N T E S .

La gingivitis ulcero necrotizante es una infección aguda de la encía, se le conoce también como gingivitis de Vincent.

ETIOLOGÍA: No es del todo conocida, se han atribuido a bacte-

rias y otros factores extrínsecos, así como factores intrínsecos y psicógenos.

CARACTERÍSTICAS: Los siguientes signos y síntomas son clásicos a partir de las cuales se hace el diagnóstico:

- 1).- Ulceración de puntos de papilas interdientarias.
- 2).- Hemorragia.
- 3).- Instalación repentina.
- 4).- Dolor.
- 5).- Olor desagradable.

La infección puede presentarse en la fase incipiente de dos formas:

- 1.- Necrosis de las puntas de papila interdientaria.
- 2.- Tendencia a hemorragia.

Las papilas interdientarias se presentan erosionadas, carcomidas, las úlceras avanzan hasta incluir la encía marginal y más raramente la encía insertada. La encía que rodea las úlceras es de color rojo subido, cuando se le toca sangra. A la inflamación gingival puede unirse la faríngea por lo general el dolor es la molestia más grande que siente el paciente, a veces impide la masticación y el cepillado dental.

La gingivitis, úlcera necrotizante puede repetir después del tratamiento, dando lugar a que se formen diversos contornos de encía marginal y papilar, las razones de la repetición no son conocidas, desafortunadamente muchos pacientes abandonan el tratamiento.

TRATAMIENTO: Los objetivos de los tratamientos de la gingivitis úlcero-necrotizante son, reducción de los síntomas agudos, eliminación de factores pre-disponentes, corrección de las deformaciones de los tejidos mediante cirugía.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA.

Es una afección rara que afecta la encía papilar marginal e insertada en zonas irregulares en toda la encía, de color -

rojo vivo, lisas y brillantes; al frotar la encía con el rollo de algodón puede desprenderse el epitelio superficial, dejando una superficie sangrante y dolorosa del tejido conectivo expuesto.

En casos más graves, la encía se cubre de múltiples zonas vivas sangrantes sobre un fondo de eritema intenso. Estas lesiones comienzan como erupciones vesiculares. Los pacientes experimentan una sensación de ardor que se agrava con los condimentos. La patogenia de esta lesión fué atribuída a una alteración del metabolismo de una substancia fundamental y membrana basal.

Aunque es más frecuente que la gingivitis crónica afecte a mujeres menopáusicas, también suele presentarse en hombres.

ETIOLOGIA: Desconocida la conjetura de que la enfermedad guarda relación con alteración de hormonas sexuales se basa en el hecho de que aparece en mujeres menopáusicas.

TRATAMIENTO: La mayoría de los procedimientos, han aportado sólo alivio temporal, se obtiene resultado, con aplicación tónica de corticoides en pomada. Los enjuagues con agua oxigenada están contraindicados.

GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA.

La infección primaria de uno de los herpes, virus bucales, puede producir una enfermedad conocida con el nombre de gingivostomatitis aguda. Es frecuente que se le diagnostique mal.

La gingivostomatitis herpética, consiste en vesículas aisladas o múltiples. Las vesículas bucales se rompen rápidamente y dejan úlceras someras y amarillentas. Las úlceras de la G.H. no se confinan a la encía, sino que se les puede ver en cualquier zona de cavidad bucal, incluso en labios, carrillos, paladar, lengua y faringe. En algunos casos en la erupción dental se observa vesículas o grupos de vesículas en el rostro o en otra zona del cuerpo.

La gingivostomatitis herpética tiene instalación repentina, su evolución dura de 10 a 16 días, se presenta con fiebre y debilidad, temperatura hasta de 40° c, la boca se torna tan sensible que la ingesta de alimentos es difícil, en los niños no puede presentar deshidratación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Es una enfermedad de curación espontánea y que dura de una a dos semanas, el tratamiento incluye uso de antibióticos y el de líquidos intravenosos de apoyo en casos graves, la penicilina no es eficaz, se comprobó que es nociva, prolonga la duración y agrava la evolución de la enfermedad.

TRATAMIENTO: Se conviene aplicar pomadas para la mucosa.

MEDIDAS APLICADAS POR EL ESTADO.

En este capítulo deseo dar una información acerca del tipo de prevención que por medio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se ha desarrollado en la Ciudad de Tijuana, Baja California Norte.

Por ser una Ciudad fronteriza, el flujo de turismo es muy grande y se prefiere la atención Médico-Dental por ecotómico, y, casi todos, se sienten satisfechos con cualquier tipo de trabajo que se realiza. Para tener una mayor información de los tipos de prevención Odontológica, se realizó una encuesta entre Cirujanos Dentistas y habitantes de la Ciudad.

Primero empezaré por comentar lo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha realizado.

Se informó que en el año de 1975 se realizó una campaña de Higiene Oral entre la población infantil, se dieron pláticas en todas las escuelas primarias acerca del tipo de cepillado que tendrían que llevar a cabo, el tipo de cepillo recomendado y se hicieron aplicaciones de fluor. No se tienen datos de cuantos niños fueron beneficiados. No se llevó control numérico y por lo tanto no se sabe en que tanto por ciento tuvo efecto la aplicación de fluor. Esta campaña duró cerca de seis meses, no fué de gran ayuda con la población infantil

Por otro lado tenemos que la Universidad Autónoma de Baja California junto con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, están dando atención dental a los niños en una de las clínicas periféricas, donde los estudiantes de Odontología realizan los diferentes tipos de prevención en los niños, sin costo alguno.

En esta clínica antes de pasarlos al sillón dental, se les explica el porqué hay que mantener sanos sus dientes, también se les enseña a cepillarse con una técnica que ellos puedan realizar.

Después de haberles dado esta explicación son atendidos - primeramente con una aplicación de fluor y después con el tipo de operatoria indicada en los niños de primaria.

Con respecto a prevención, la fluoridación en el agua no se ha efectuado.

El año pasado en el mes de octubre se inició una campaña sobre Fiebre Reumática y sus complicaciones, en las escuelas primarias y en las secundarias de esta Ciudad, dándose pláticas sobre las manifestaciones y complicaciones y sus consecuencias que trae esta enfermedad.

Después de examinar la boca y los que tienen caries u otra patología se remiten al Centro de Salud donde se les atiende.

En esta campaña y en otras, no se tienen datos de cuántos niños han podido atenderse.

Estas campañas las realizan los pasantes de Odontología durante su Servicio Social.

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

Las encuestas que se hicieron entre la población de Tijuana, Baja California Norte y sus profesionales de la rama dental, arrojaron muchas experiencias, que es necesario tomar muy en cuenta:

1o.- La población, adolescentes y adultos, es ajena por ignorancia, de los beneficios que se obtienen con visitar periódicamente a su Odontólogo y recibir de él orientaciones y consejos para conservar su salud dental y bucal, practicando la higiene que se aconseje.

2o.- Los profesionales de la rama consultados, hicieron notar su total abandono en la motivación que debe hacerse al paciente para que sea más cuidadoso con su boca y su dentadura, olvidándose que, primero está la prevención de los males, que su curación posterior.

3o.- Hacer campaña por todos los medios disponibles, para que se borre de la mente de los pacientes la mala imagen que se tiene del dentista. Difundir entre la población, que los adelantos de la ciencia odontológica, han quitado todo sufrimiento al paciente cuando se le hace una intervención bucal.

En síntesis, la labor del Odontólogo, se facilitará a medida que el paciente reciba de su médico motivación y confianza suficientes, para que él no sienta temor ante su dentista cuando lo visite.