



Escuela Nacional de Estudios Profesionales

**Iztacala U.N.A.M.
Carrera de Odontología**

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS
Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
GUSTAVO SERVIN OROZCO
SN. JUAN IZTACALA EDO. MEX. 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS

INTRODUCCION

- I.- ETIOLOGIA
- II.- NUTRICION ASOCIADA A GINGIVITIS
Y ENFERMEDAD PERIODONTAL
- III.- MEDIOS PREVENTIVOS DE GINGIVITIS
Y ENFERMEDAD PERIODONTAL
- IV.- GINGIVITIS SIMPLE
- V.- ENFERMEDAD GINGIVAL AGUDA
- VI.- GINGIVITIS CRONICA INESPECIFICA
- VII.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO
- VIII.- ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL
EN NIÑOS IMPEDIDOS
- IX.- TRATAMIENTO
- X.- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La elaboración de este tema de tesis tiene como finalidad poner de manifiesto que buena parte de las enfermedades periodontales vistas en los adultos, tienen su comienzo en alteraciones gingivales de la infancia. Las cuales pueden evolucionar y poner en peligro la integridad del periodonto de los adultos.

Conforme a la edad, se van produciendo cambios fisiológicos en el organismo, que muchas veces repercuten en las estructuras orales; erupción de dientes caducos, dentición mixta pubertad, etc. El odontologo debe estar familiarizado con ellas para que, en caso de que estos cambios salgan de los límites de lo normal, se pueda prevenir una enfermedad gingival o en casos más graves, una lesión periodontal.

La gingivitis es la lesión más común en los niños y es debido en gran parte, a la falta de higiene oral o a deficiencias en la técnica de cepillado.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El periodoncio durante la infancia y pubertad se encuentra sufriendo cambios constantes, debido a la exfoliación y erupción de los dientes. Esto dificulta la descripción del periodoncio normal porque varía con la edad del paciente.

La encía es más rojiza, debido a que el epitelio es más delgado, menos cornificado y hay mayor vascularización.

Hay ausencia de punteado a causa de que las papilas conectivas de la lámina propia son más cortas y planas. La encía es más blanda porque hay menor densidad de tejido conectivo de la lámina propia. La erupción se acompaña de hiperemia y edema lo que provoca márgenes redondeados y agrandados.

Los espacios interdientales están ocupados por la papila interdental, ancha en sentido vestibulolingual y relativamente angosta en sentido mesiodistal, conforme al contorno de las superficies dentarias proximales.

Microscópicamente, la encía del niño se puede presentar queratinizada o parcialmente queratinizada. La orientación del tejido conjuntivo es bastante parecida a la del adulto, predominantemente fibrilar y se diferencia en dos capas; reticular y papilar. No obstante su similitud, en la niñez se observan patrones bien diferenciados de haces colágenos que se ven en la encía adulta.

El ligamento periodontal de los dientes caducos es más ancho que el de los permanentes. Los haces de fibras no están bien orientados; durante la erupción son paralelos al eje mayor del diente, y adoptan su disposición funcional definitiva cuando el diente establece contacto con su antagonista.

Durante las etapas de germinación y de erupción el hueso alveolar presenta una disposición trabecular escasa, pero más gruesa y los espacios medulares son más -- grandes que en el adulto. Las crestas de los tabiques - interdentarios son planas.

CAPITULO I

ETIOLOGIA

La enfermedad gingival y periodontal es una alteración del estado de salud manifestada en diferentes formas; desviación clínica, cambios morfológicos, función y química histi- ca y celular. Asimismo, la enfermedad es la reacción del - tejido contra variaciones en el medio ambiente local y somá- tico.

En la superficie dentaria se acumulan muchas clases de depósitos: blandos y duros, firmemente unidos, adhesivos o - poco adhesivos, coloreados o incoloros, transparentes u opa- cos.

Todos los factores etiológicos de la enfermedad actúan reciprocamente. Los irritantes locales actúan directamente- en los tejidos desde el medio bucal, mientras que los facto- res ambientales locales proveen un medio que facilita la - acción de una etiología local.

FACTORES ETIOLOGICOS LOCALES

PLACA BACTERIANA.-

Es un depósito blando, pegajoso y mucilaginoso amorfo- granular que se acumula sobre las superficies dentarias, es- pecialmente sobre sus porciones cervicales. Se adhiere fir- memente a la superficie subyacente de la cual se desprende- solo mediante la limpieza mecánica.

Contiene mucina adherente (combinaciones de protef-
nas con polisacáridos), sustancias alimenticias, restos -
celulares y diversos microorganismos tanto vivos como muer-
tos.

Es el factor etiológico principal de la caries, gin-
givitis y constituye la etapa primaria del cálculo denta-
rio. Existe una correlación alta entre la higiene bucal -
insuficiente la presencia de placa y la frecuencia y grave-
dad de la enfermedad gingival y periodontal. La concentra-
ción de bacterias y sus productos en la placa bacteriana -
tiene la mayor importancia la etiología de la enfermedad -
gingival.

MATERIA ALBA.-

Es un irritante local que constituye una causa - -
común de gingivitis. Es un depósito amarillo o blanco gri-
sáceo, blando y pegajoso, menos adhesivo que la placa den-
taria. Es una concentración de microorganismos, células -
epiteliales descamadas, leucocitos y una mezcla de protef-
nas y lípidos salivales con pocas partículas de alimentos-
o ninguna, se ve sin la utilización de sustancias revelado-
ras y se deposita sobre superficies dentarias, cálculos y
encía. Tiende a acumularse en el tercio cervical de los -
dientes y sobre dientes en malposición. Es posible quitar
la materia alba mediante un chorro de agua, pero se preci-
sa de la limpieza mecánica para asegurar su completa remo-
ción.

RESPIRACION BUCAL.-

Respirar por la boca y no por la nariz es raro, excepto en periodos de catarro nasal. Se denomina a muchos niños respiradores por la boca, porque durante largos - - periodos de tiempo mantienen sus labios separados, y solo cierran la boca para tragar, este hábito tambien se considera como proceso etiológico en la inflamación gingival.

En algunos casos hay niños que les es imposible - - cerrar los labios, debido a la protrusión de sus piezas su periores, en otros no existe obstrucción y no se observan razones para mantener separados los labios, aunque la causa puede ser, por costumbre, postura, tejidos inadecuados o mal tono muscular.

En los respiradores bucales, su encía se seca al en trar en contacto con el aire, y el proceso constante de - humedecer y secar, provoca irritación para los tejidos gin givales y lesión celular. La superficie sin humedad favorece la acumulación de restos alimentación y placa bacteriana, con la consiguiente inflamación.

La encia marginal esta muchas veces intensamente - inflamada, produciendo clinicamente eritema, hiperplasia, hemorragia, deformidad y exudación. La región anterosuperior es el lugar más común de esta lesión.

HIGIENE BUCAL INSUFICIENTE.-

No hay duda de que una higiene bucal negligente o inadecuada es responsable del alto porcentaje de gingivitis y enfermedad periodontal en los niños.

Un cepillado insuficiente de los dientes, favorece la inflamación gingival porque permite que la placa bacteriana, materia alba y los restos alimenticios permanezcan como agente etiológico de la enfermedad gingival. Un cepillado demasiado duro o incorrecto y una estimulación interdientaria exagerada, también pueden dar lugar a una inflamación y posteriormente atrofia y retracción gingival.

FACTORES AMBIENTALES LOCALES

MARGENES GINGIVALES Y PAPILAS INTERDENTALES

AGRANDADAS Y DEFORMADAS

Estos actúan como barrera contra el flujo en dirección vestibular del alimento durante la masticación.

Las irregularidades de estos tejidos alojan alimentos y restos.

DIENTES EN MALPOSICION.-

En especial los dientes apretados e imbrincados, facilitan la acumulación de placa y cálculo, además se dificulta el lavado fisiológico del alimento y la higiene oral eficaz por medio del cepillo dental.

TRAUMA DE LA OCLUSION.-

Una oclusión traumática es un factor etiológico importante en la enfermedad periodontal. No genera gingivitis o bolsas periodontales, pero influye en el avance y severidad de las bolsas periodontales iniciales por la irritación local.

PAPEL DE LOS MICROORGANISMOS.-

Aún no se ha podido establecer una teoría sobre los mecanismos mediante los cuales los microorganismos pueden producir enfermedad gingival y periodontal. Existen varias hipótesis:

1) Invasión bacteriana: Las bacterias están presentes en la encía, pero sus productos son más importantes en la generación de inflamación, que las bacterias mismas.

2) Enzimas: Las bacterias de la placa y del área del surco gingival producen muchas enzimas, algunas potencialmente destructoras o que pueden actuar como factores de propagación de agentes lesivos o infecciosos.

3) Endotoxinas: Son complejos de lipopolisacáridos y proteínas de las paredes celulares de numerosas cepas de bacterias gram negativas de la boca, que son liberadas al destruirse tales bacterias. Las endotoxinas lesionan los tejidos periodontales causando inflamación, posiblemente mediante la activación de una reacción inmunológica local. Las endotoxinas penetran en el epitelio dañado o ulcerado y no en superficies intactas indicando un papel secundario y no primario en la enfermedad gingival.

CAPITULO II

NUTRICION ASOCIADA A LA GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

Son muchas las enfermedades que afectan al parodonto, aquí solo se mencionara las provocadas por carencias nutricionales.

Influencias de una dieta bien balanceada en relación con la enfermedad periodontal.

Hay diversas influencias generales que son factores etiológicos potenciales en la iniciación y proceso de la enfermedad periodontal. Hay que recordar que la susceptibilidad a la enfermedad depende de la reacción de la constitución individual características que son adquiridas por medio de la herencia, otras congénitas y otras que vienen como resultado de los cambios sufridos durante la vida.

TRASTORNOS PRODUCIDOS POR CARENCIAS DE VITAMINA "A"

En este caso encontraremos susceptibilidad aumentada a la infección. Se cree que la deficiencia de vitamina "A" es un factor en la producción de leucoplasia en algunas zonas de la mucosa oral, también hiperplasia gingival y formación de bolsas y sarro subgingival.

DEFICIENCIA DEL COMPLEJO VITAMINICO "B"

Dentro del complejo vitamínico "B" tenemos las siguientes sustancias: Tiamina, Riboflabina, Niacina, Biotina, Acido pantoténico, Acido fólico. Es muy difícil en contrar un signo atribuible a la falta de una sola de estas vitaminas, la deficiencia es generalmente múltiple. Entre los cambios atribuidos a deficiencias del complejo "B" figuran: Gingivitis, Queilosis, Inflamación general e Hipersensibilidad de la mucosa, agrandamiento de las papi las, Glositis, Estomatitis angular.

VITAMINOSIS "C" (ACIDO ASCORBICO)

La ausencia de esta vitamina produce el Escorbuto, que es una enfermedad que se caracteriza por retardo en la cicatrización y tardancia a las hemorragias.

Habrà también aumento de la permeabilidad capilar, susceptibilidad infecciosa, hemorragia y degeneración de ligamento parodontal, muy poca actividad osteoblástica en el hueso alveolar, pudiéndose llegar a la enfermedad paro dontal destructiva crónica generalizada.

Cabe mencionar que la falta de ésta vitamina no inicia los trastornos por si sola sino que es necesaria la presencia de un factor complicante local.

CALCIO-VITAMINA "D" Y FOSFORO

Para que exista una correcta formación de dientes y huesos necesitamos de la vitamina "D" que es esencial para la absorción del calcio en el tracto intestinal, y por tanto para el mantenimiento del equilibrio calcio-fósforo. - Hay un equilibrio constante entre el calcio y el fósforo - en el torrente sanguíneo, en huesos, dientes y en los fluidos tisulares.

El calcio también interviene en el metabolismo muscular nervioso y así como en la coagulación sanguínea.

El calcio tiene importante papel en la permeabilidad de los capilares, el fosforo junto con el calcio interviene en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y en ciertos sistemas enzimáticos.

En la deficiencia de esta vitamina, en boca encontramos Osteoporosis en el hueso alveolar, porque el osteoide no se calcifica, también hay reducción del espacio paradontal, la calcificación del cemento es defectuosa, hay - retardo en la erupción de ambas denticiones.

En el exceso de vitamina "D" encontramos: Calcificación patológica de la membrana parodontal y de las encías, aumento en la formación de sarro, hipercementosis y anquilosis de los dientes.

VITAMINA "K"

Se ha comprobado que ésta vitamina es necesaria para la formación de protrombina en el hígado, por lo tanto interviene en la coagulación sanguínea. Se sintetiza en el tracto intestinal con la intervención de bacterias y sales biliares. Se usa en la prevención de hemorragias.

PROTEINAS.

Cuando faltan las proteínas en el cuerpo humano resentira numerosos cambios; curación lenta de heridas, reducción de resistencia a la infección, retardo en la formación del cemento degeneración del tejido gingival, degeneración de ligamento parodontal, osteoporosis del hueso alveolar por reducción en el numero de osteoblastos y disminución en la formación de osteoides, con la falta de proteínas el traumatismo oclusal sobre los tejidos del parodonto y los factores de irritación local actuan de manera más severa.

MAGNESIO.

Se ha observado en la deficiencia de magnesio reducción en la formación del hueso alveolar, hiperplasia de tejido conjuntivo en la encía, excesiva aposición de tártaro, dientes extruídos.

CAPITULO III

MEDIOS PREVENTIVOS DE GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Para que el niño tenga una higiene bucal adecuada y eficaz, deberá ser estimulada, supervisada y se deberán examinar los resultados finales.

El control de la formación y crecimiento de la placa bacteriana, es esencial para prevenir la gingivitis y la enfermedad periodontal, esto mediante la aplicación de técnicas de eliminación y programas educacionales en escuelas, clínicas y consultorios. Esto requiere de un gran interés y cuidado por parte del odontólogo.

Los programas educacionales tendrán que ser sencillos y cómodos, requerir el mínimo de instrumentos y un período de tiempo relativamente breve, estos programas deberán ser tanto para los niños como para los padres, que tendrán que ser comprensivos y entrenados para supervisar diariamente la limpieza del niño.

UTILLAJE.

Los cuidados higienicos necesarios se limitan al mínimo requerido para conseguir una eliminación bacteriana lo más rápida, eficaz y atraumática que sea posible. Útiles necesarios:

- 1.- Tabletas reveladoras colorantes
- 2.- Cepillo dental
- 3.- Hilo dental sin cera

TABLETAS REVELADORAS.

La tableta reveladora contiene un colorante vegetal hidrosoluble que no colorea los dientes ni las restauraciones pero es especifica para las acumulaciones bacterianas, al disolverse en la boca el colorante revela la situación de la placa bacteriana que ordinariamente es relativamente incolora.

CEPILLO DENTAL.

El cepillo dental puede ser manual o eléctrico, en la mayoría de los casos se preferira manual, sin embargo - habra casos en que se recomiende el cepillo electrico, - - (para niños impedidos).

El cepillo dental debe tener un mango con una forma que permita una presión firme y cómoda, la parte activa - del cepillo será lo suficientemente pequeña para poderlo - introducir en todas las zonas de la boca, pero lo suficien temente grande para que abarque varios dientes a la vez, - las cerdas deben de ser de nylon, de una sola longitud y - con las puntas redondeadas.

HILO DENTAL

Se sugiere que en ciertos casos el cepillado se complemente con el uso del hilo dental. El mejor hilo es el que consta de gran número de fibras de nylon microscópicas y no enceradas. Para que de resultado el uso del hilo dental deberá emplearse sistemáticamente, aunque este será un procedimiento muy complicado -- para el niño.

PROGRAMAS DE CONTROL DE PLACA.

PRIMERA SESION

Los programas deberan empezar con una explicación a cerca de la causa, naturales y las consecuencias de la enfermedad, así como aspectos motivacionales para animar a los niños a seguir los programas indicados. - El odontólogo se podra ayudar en sus conferencias con material audiovisual, modelos de dientes y cepillos de tamaño superior al normal.

Se les mostrará las tabletas reveladoras y se les aclarara su finalidad. Se invita al niño a que -- mastique la tableta y que haga circular la solución - por la boca durante treinta o sesenta segundos. Luego se le muestre en un espejo la cantidad y localización de la placa bacteriana y se le muestra la técnica de - cepillado que deberá realizar.

TECNICA DE CEPILLADO

El método más difundido y el más fácil de aprender es el de Bass, o el de Bass modificado. Consiste en colocar el cepillo en el margen gingival con una angulación de 45 grados con respecto al eje mayor del diente, dirigiéndolo contra el propio borde gingival. Se presiona para que las cerdas penetren en el surco, se imprime un movimiento de rotación enérgico haciéndolo describir un círculo sin que las cerdas salgan del surco. Después determinada una zona se repite el proceso en las zonas adyacentes. El mismo movimiento se aplica a todos los segmentos bucales.

SEGUNDA SESION

Se le dan al niño nuevamente tabletas reveladoras y se le indica que realice su cepillado para evaluar el nivel de higiene oral conseguido. Si se encontraran zonas coloreadas, se indicara al niño y se recalcará la técnica de cepillado. En esta sesión se hará una demostración del uso del hilo dental, si el paciente ha demostrado un grado aceptable de eficacia y aprovechamiento con las tabletas y el cepillo. Aunque se sabe que el uso del hilo dental es bastante complicado.

En niños de más edad deberá incluirse por lo menos el patrón de higiene aún cuando se limite sólo a las áreas interproximales, de los primeros molares permanentes.

TERCERA SESION

Se revisaran las técnicas enseñadas previamente, con la corrección de estas si fuera necesario. Las sesiones deberan hacerse dentro de la misma semana, siempre que ello fuera posible.

SESIONES SUBSIGUIENTES

Deben realizarse semanales o mensuales según el progreso del niño, ya que habrá niños que pierdan el interés en el programa y habra que buscar otros métodos de motivación.

CAPITULO IV

GINGIVITIS SIMPLE

1) GINGIVITIS ASOCIADA A LA ERUPCION DENTAL PRIMARIA.

Hay un tipo temporal de gingivitis que se observa a menudo en los niños pequeños entre los seis meses y dos años de edad; el pequeño puede experimentar una dentición patológica al erupcionar los dientes temporales, la cual termina al erupcionar los dientes en la cavidad-bucal.

Son signos clínicos comunes la irritabilidad, elevación de temperatura, rechazo de alimentos, sueño y babeo excesivo.

2) GINGIVITIS ASOCIADA A LA CAIDA DE DIENTES CADUCOS.

Es común que los dientes deciduos flojos, parcialmente exfoliados, causen gingivitis. Los elementos fibrosos que rodean al diente primario flojo, están con frecuencia edematizados e inflamados. El extremado movimiento del diente en ese período inicia el trauma, que a su vez ocasiona los síntomas dolorosos.

La irritación producida por los márgenes erosionados de dientes parcialmente resorbidos, causan cambios que oscilan entre un cambio leve de color, edema y la formación de abscesos con supuración.

Los niños desarrollan hábitos de masticación unilateral para evitar el dolor producido por dientes flojos, agravando así la acumulación de irritantes en el lado que no mastican.

3) GINGIVITIS ASOCIADA A LA ERUPCION DE LOS DIENTES PERMANENTES

Son de un carácter más serio los problemas encontrados cuando el diente permanente hace su aparición.

El mayor incremento en la incidencia de gingivitis se ve a menudo en el grupo de seis a siete años cuando los dientes permanentes comienzan a erupcionar: la encía marginal no recibe protección alguna de la forma coronaria del diente durante el periodo inicial de erupción activa, y la continua agresión de los alimentos contra la encía, causa el proceso inflamatorio.

Los residuos alimenticios y la materia alba se acumula a menudo en torno del tejido libre y debajo de él, para cubrir parcialmente la corona del diente en erupción causando el desarrollo de un proceso inflamatorio. Esta inflamación está más comúnmente asociada a la erupción del primero y segundo molar permanente y la situación puede ser muy dolorosa y desembocar en una pericoronitis o absceso pericoronario.

Los componentes microbianos suelen actuar como invasores secundarios una vez que el proceso inflamatorio está en marcha, y entonces les es posible invadir el tejido adyacente, cuya resistencia local ha quedado disminuida.

4) GINGIVITIS ASOCIADA A DIENTES EN MALPOSICION

La gingivitis se instala con mayor frecuencia y mayor intensidad alrededor de dientes en malposición; a causa de su propensión a la acumulación de placa y materia alba.

Si el diente se desplaza hacia lingual, la encía que lo rodea por vestibular suele ser gruesa, redondeada y con un borde irregular. Si el diente está desplazado hacia vestibular el deformado es el tejido lingual. Esta situación favorece el choque de los alimentos durante la masticación, y a causa de la posición inaccesible del diente, se hace difícil la práctica de una adecuada higiene oral.

1 Se observan cambios intensos, que incluyen desde agrandamientos gingivales, coloración rojo azulada, hasta úlceras y formación de bolsas profundas, de las cuales se expulsa pus.

La gingivitis aumenta en niños con entrecruzamiento (overbite) y resalte (overjet) excesivos, con obstrucción nasal y respiración bucal.

5) RECESION GINGIVAL LOCALIZADA.

La recesión gingival en torno a dientes aislados o grupos de dientes es una fuente de preocupación. La encía puede estar inflamada o sana, según que haya irritantes o no.

Muchas son las causas de recesión gingival, pero en los niños, la más importante es la posición del diente en el arco se produce en dientes, en vestibuloversión o en aquellos - que están inclinados o girados de tal modo que las raíces - de proyectan hacia vestibular.

La recesión puede ser una fase de transición en la erupción dentaria y puede corregirse cuando el diente alcanza su posición adecuada, o puede ser preciso alinear el diente ortodónticamente.

CAPITULO V
ENFERMEDAD GINGIVAL AGUDA

1) GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.

La gingivoestomatitis herpética aguda, es una enfermedad vírica general, que va acompañada de signos de infección aguda, generalizada, con manifiestas lesiones clínicas que afectan a la boca, y en menor grado, a la orofaringe.

El agente causal es un virus del grupo del ácido deoxirribonucleico, llamado Herpes Simplex.

La gingivoestomatitis herpética aguda es altamente contagiosa para las personas susceptibles. Se difunde por contacto directo, con lesiones herpéticas, saliva o con secreciones orgánicas que contengan el virus por proceder de personas infectadas.

Los síntomas activos de la enfermedad aguda suelen producirse entre los dos y seis años de edad, aún en niños con bocas limpias y tejidos bucales sanos.

Los síntomas de la enfermedad se desarrollan súbitamente, e incluyen, además de los tejidos gingivales al rojo fuego, una elevada fiebre, malestar, irritabilidad, cefalalgia y, dolor al ingerir alimentos o líquidos de contenido ácido además de salivación aumentada.

Un hallazgo característico bucal es la presencia de vesículas llenas de líquido amarillo o blanco, en pocos días las vesículas se rompen y forman dolorosas úlceras

abiertas, de dos a cinco mm. de diámetro, cubiertas por una membrana gris blancuzca y con una zona circunscrita de inflamación. Las grandes lesiones ulceradas pueden a veces ser observadas en el paladar o en los tejidos gingivales o en la región del surco vestibular.

Después del ataque primario, durante el período de la primera infancia, el virus del herpes simple permanece inactivo por períodos, pero a menudo reaparece como la familiar llagita. Cuando la enfermedad recidiva, las lesiones suelen aparecer en la parte externa de los labios. Por eso se le conoce comúnmente como Herpes labial recidivante.

2) ULCERA AFTOSA RECIDIVANTE

Es una alteración dolorosa de la mucosa, que se produce en escolares y adultos. Se desconoce la causa de la estomatitis aftosa, pero hay evidencias suficientes acumuladas para mostrar que, a diferencia del Herpes Labial Recidivante, no es causada por el virus del Herpes simple ni por otro.

Numerosos estudios han comprobado la aparición de esta enfermedad en varios miembros de la misma familia.

Las lesiones aftosas aparecen por primera vez en la niñez o en la adolescencia, y después tiende a repetirse a intervalos frecuentes durante la vida.

3) GINGIVITIS ULCERONECROSANTE.

Esta enfermedad se conoce tambien con el nombre de infección de Vincent o boca de trinchera.

Se observa ocasionalmente en niños de seis a doce años y con frecuencia en adultos jovenes.

Esta enfermedad se caracteriza por la destrucción-rápida de las papilas interdientarias, con dolor y hemorragia concomitantes. Con frecuencia hay una pseudomembranagris sobre el margen como consecuencia de la necrosis. En algunos casos hay mal aliento, según la intensidad de la enfermedad.

Los responsables de esta enfermedad son los microorganismos *Borrelia Vincentii* y *Bacillus Fusiformis*, conocidos como Simbiosis Fusoespiroquetas.

En casos avanzados puede haber agrandamiento y sensibilidad de las glandulas submaxilares, salivación excesiva y sabor metálico en la boca.

E El cuadro clínico es variable, puede estar afectada una papila o varias. El grado de destrucción es avanzado o leve. Las papilas con afección más marcada estan sometidas a algún factor etiológico local (restauraciones desbordantes o dientes en giroversión). Las lesiones permanecen circunscritas a la papila interdientaria o se extienden hacia las superficies vestibulares y linguales de la encía insertada, pero raras veces llegan a la mucosa alveolar.

La enfermedad no es autolimitante y continúa si no es tratada.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad incluyen tejido gingival inflamado, dolorido y sangrante, poco apetito, fiebre hasta de 40 grados centígrados, puede haber anorexia, malestar general y olor fétido.

4) MONILIASIS.

Producida por la *Candida Albicans*, se presenta con mayor frecuencia en niños y ancianos, especialmente en aquellos que sufren mala nutrición e hipovitaminosis, ya que la causa primaria puede ser una insuficiencia dietética o un síndrome de mala absorción.

Está caracterizada por lesiones elevadas de color grisáceo en la mucosa bucal, y varían en cuanto a tamaño, forma, frecuencia y distribución. Tienen una consistencia ligeramente blanda; están débil o moderadamente adheridas a los tejidos subyacentes y se desprenden fácilmente con una torunda de algodón; muchas veces la separación de la placa necrótica ocasiona una formación de tipo erosivo o se observan puntos hemorrágicos como petequias. Esta variedad clínica se conoce como tipo subagudo o queratósico de la moniliasis.

Algunas veces aparece como lesión inflamatoria des provista de placa de tejido necrótico. La lesión es difusa, intensamente roja, brillante, viscosa y ligeramente tum facta.

5) PERICORONITIS.

Es una inflamación de los tejidos gingivales y tejidos blandos contiguos, que se hallan sobre un diente que no ha brotado completamente.

Los dientes más afectados con los terceros molares - Sin embargo los segundos molares inferiores cuando son los más distales al arco, también pueden presentar igual cuadro.

La causa es, por lo general, la acumulación de residuos de alimentos y bacterias debajo del capuchón gingival - del diente en erupción.

El capuchón gingival se torna rojo, hinchado y doloroso. Al presionar suavemente, se descarga un exudado purulento. El capuchón se interpone entre los maxilares al cerrarse éstos, y como consecuencia el diente antagonista sigue traumatizando aún más el ya inflamado capuchón. La mejilla puede estar hinchada y haber Linfadenopatía Regional; y en casos avanzados, hay fiebre y malestar general.

CAPITULO VI

GINGIVITIS CRONICA INESPECIFICA

Hay un tipo de gingivitis que se ve comúnmente en el período preadolescente y adolescente, que se suele denominar "Gingivitis Crónica Inespecífica". La inflamación gingival crónica puede estar localizada en la región anterior o puede estar más generalizada. Aunque rara vez es dolorosa, puede persistir por largos períodos sin gran mejoría.

Su etiología es compleja y se considera que existe una cantidad de factores locales y generales. Cantidades insuficientes de frutas y vegetales en la dieta, que conducen a una deficiencia vitamínica subclínica, puede ser un factor predisponente importante. Una mejor ingestión de vitaminas en la dieta y el empleo de suplementos vitamínicos mejorará el estado gingival en muchos niños.

Una higiene bucal inadecuada que permita la retención de los alimentos y el acúmulo de materia alba y placas mucosas, es sin duda, una causa primordial del tipo crónico de gingivitis.

Cualquier clase de maloclusión que impida la función adecuada, aunada a dientes apiñonados que tornan difícil la higiene bucal, son también factores predisponibles importantes en la gingivitis. Las caries con márgenes cortantes irritantes, así como con restauraciones defectuosas con bordes sobresalientes.

(ambas causan acumulación de residuos alimenticios), favorecen también el desarrollo del tipo crónico de gingivitis.

Una amplia variedad de irritantes locales, pueden producir un tipo hiperplásico de gingivitis en niños. La irritación del tejido bucal producida por la respiración bucal, es a menudo responsable de la producción de una forma crónica hiperplásica de gingivitis, en particular en el maxilar superior. Todos los factores mencionados deben ser considerados contribuyentes a la gingivitis crónica inespecífica y deben ser corregidos en el tratamiento de la afección; después de obtener una detallada historia clínica.

CAPITULO VII
AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO

1) GINGIVITIS PUBERAL.

Las alteraciones del sistema endocrino durante el período prepuberal a veces generan un claro tipo de gingivitis, que ataca preferentemente a las niñas. El engrosamiento muestra una distribución preferentemente marginal, y cuando existen irritantes locales, las papilas proximales son bulbosas y prominentes, mucho más grandes que los engrosamientos marginales asociados a factores locales.

El engrosamiento de los tejidos gingivales está limitado al segmento anterior y puede existir en una sola arcada. El tejido gingival lingual suele no estar afectado por la simultanea mayor vascularización, los lóbulos blandos sangran fácilmente, aún por ligeros traumas.

Las alteraciones gingivales patológicas incluyen hipertrofia, alteración rojo azulada de la coloración rosa normal, y edema.

2) FIBROMATOSIS

Este raro tipo de gingivitis suele ser idiopático ha sido denominado "Elefantiasis gingival" y también " Hiperplasia hereditaria de las encías ".

Suele manifestarse en los primeros años de la vida casi siempre dentro de los primeros años. En algunos casos, los períodos más activos de la hiperplasia fibrosa - se limitan a primeros años, deteniéndose luego la evaluación. En otros casos, la actividad hiperplásica continúa más allá de la infancia, hasta la edad adulta.

Clínicamente, se parece mucho a la fibromatosis - por dilantin. Las tumoraciones se extienden por toda la boca, afectando grandes zonas de las encías fijas. El te jido fibroso denso causa a menudo un desplazamiento de - los dientes y maloclusión. La afección no es dolorosa -- mientras los tejidos no lleguen a cubrir parcialmente la superficie oclusal de los molares y se ven traumatizados - por la oclusión.

Hay dos formas clínicas principales: la nodular - y la simétrica. La forma nodular se caracteriza por múltiples masas prominentes de color rosado, bien delimitadas, duras, no dolorosas y parecidas a fibromas, que surgen de las papilas interproximales. Pocas veces se acompañan de signos inflamatorios o de tendencia a la hemorragia, debiéndose entonces a la superposición de factores - irritantes locales o a traumatismos sobre la boca.

El otro tipo clínico, el simétrico o liso, se caracteriza por una hiperplasia difusa; de superficie lisa, simétrica de la encía, diferenciándose así de la nodular.

3) HIPERPLASIA GINGIVAL DILANTINICA.

El uso del Difenilhidantoinato de Sodio (Dilantín) para el tratamiento de la epilepsia, genera una Hiperplasia gingival indolora, y se ven afectadas los tejidos proximales, vestibulares y linguales.

La encía con hiperplasia Dilantina Sódica es extremadamente fibrosa y su aspecto clínico varía, según la edad a la que se inicia el tratamiento con Dilantina.

Si el tratamiento comienza en niños, antes de la erupción de los dientes permanentes puede originar el retardo de la erupción de estos y la apertura de la oclusión, debido al abultamiento del tejido gingival.

Cuando el tratamiento comienza en la adolescencia las lesiones comienzan en la papila interdentaria y el margen gingival libre, y tienen aspecto granular y lobulado.

Es conveniente clasificar la intensidad de las hipertrofias gingivales:

- 1) Pequeñas y múltiples tumoraciones interproximales con o sin aumento del grosor de la encía marginal, que cubre sólo una pequeña parte de las coronas anatómicas de los dientes.
- 2) Cubre una cuarta parte de las coronas.
- 3) Recubren la mitad de las coronas.

4) Se refiere a hipertrofias masivas en las que se recubren el 75% o más de las coronas.

Frecuentemente, el estado de las encías contribuye a una mala higiene, produciendo halitosis. En algunos pacientes, las masas tumorales interfieren en la función bucal e incluso la hacen traumatizante.

En algunos adolescentes, las papilas interdentarias se agrandan tanto que se encuentran en las superficies vestibulares de los dientes, dando la apariencia de una falsa grieta. En otros el agrandamiento de la encía es tal que virtualmente oculta los dientes, y debido al volumen y la naturaleza fibrosa, actúa como aparato ortodóntico y mueve los dientes y los desplaza de su alineación adecuada. Cuando el control de la placa es malo, se producen alteraciones inflamatorias secundarias y el aspecto granular y lobulado se pierde.

CAPITULO VIII

ENFERMEDADES GINGIVAL Y PARIODONTAL EN NIÑOS IMPEDIDOS

El tratamiento dental como bucal en niños impedidos no requiere singulares esfuerzos por parte del odontólogo. El cuidado dental de estos niños, generalmente puede llevarse a cabo con los procedimientos seguidos para niños normales.

El odontólogo puede resolver los problemas dentales y bucales más graves y complejos que afectan a niños impedidos siempre que tenga los conocimientos, la paciencia y la comprensión requeridos para el tratamiento de estos niños.

La causa principal de la enfermedad dental en niños impedidos, es la misma que en niños normales, es decir, la acumulación de placa bacteriana. Aunque en los niños impedidos hay influencias modificadoras:

- 1) La incapacidad para eliminar la placa.
- 2) Influencia muscular anormal
- 3) Efectos colaterales del tratamiento con drogas.
- 4) Trastornos nutricionales.
- 5) Influencias genéticas

PARALISIS CEREBRAL

Se denomina parálisis cerebral a cualquier parálisis debilidad, incoordinación o anomalía funcional del sistema motor, proveniente de un estado patológico que ha lesionado los centros motores del cerebro y que por lo general se origina antes del nacimiento o en la infancia temprana.

La incidencia de la enfermedad gingival en niños con parálisis cerebral es tres veces mayor que en niños normales. El tipo de parálisis cerebral no influye sobre el grado de gingivitis.

La higiene bucal y dieta blanda contribuyen a un aumento importante del número y la gravedad de enfermedades periodontales en pacientes con parálisis cerebral en comparación con niños normales.

RETARDO MENTAL.

El retardo mental se define, como el funcionamiento intelectual inferior al normal. Se origina durante el período de desarrollo y está asociado con impedimentos en la conducta de adaptación.

Los estudios indican un grado más alto de enfermedad periodontal inflamatoria en niños retardados mentales que en niños normales.

Los niños con retardo mental tienen tendencias a ser consumidores de alimentos blandos con muchos carbohidratos-

y a tener hábitos inusuales de alimentación (por ejemplo, estos niños comen grandes cantidades de alimentos para -- bebés, lo cual contribuye a la formación en abundante placa y produce cambios inflamatorios concomitantes en los tejidos gingivales.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO

GINGIVITIS SIMPLE

1) GINGIVITIS ASOCIADA A LA ERUPCION DENTAL PRIMARIA

El tratamiento de elección es sintomático, consiste en la administración de antipiréticos y analgésicos para reprimir la hipertermia y el malestar. Se ha comprobado la utilidad de recomendar el uso de anillos para dentición dematerial plástico enfriado, para disminuir algo la tumefacción de la encía inflamada.

2) GINGIVITIS ASOCIADA A LA CAIDA DE DIENTES CADUCOS

Se requiere una intervención mínima durante el período de caída de los dientes primarios. Las inflamaciones gingivales suelen ser de corta duración y ceden rápidamente una vez perdido el diente.

3) GINGIVITIS ASOCIADA A LA ERUPCION DE DIENTES PERMANENTES.

Estas zonas pueden ser tratadas con una cuidadosa limpieza e instrucciones sobre cuidados caseros. El uso apropiado de cepillo dental debe ser claramente entendido por el paciente. Puede resultar útil que el paciente se enjuague periódicamente con una solución salina hipertónica caliente.

Todas las tentativas terapéuticas durante esta fase del tratamiento deben estar encaminadas a la reducción de la inflamación y tumefacción.

Una pericoronitis dolorosa puede ser ayudada mediante irrigación de la zona con un revulsivo, como la solución 4 puntos: fenol 5ml; tintura de acónito 10ml; tintura de yodo 15ml; glicerina 20ml.

4) GINGIVITIS ASOCIADA A DIENTES EN MALPOSICION

Como el problema reside fundamentalmente en la posición anormal de los dientes, se deduce que el tratamiento ideal sería aquel que incluya la reintegración del diente a su posición normal. La salud gingival y el contorno se restauran mediante la corrección de la malposición, eliminación de irritantes locales; y cuando sea preciso, la extirpación quirúrgica de la encía agrandada.

ENFERMEDAD GINGIVAL AGUDA

1) GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA AGUDA.

Esta enfermedad tiene una evolución de 4 a 14 días y en ese lapso puede haber problemas de ingestión de líquidos y sólidos.

El tratamiento sintomático puede consistir en la topicación médica de anestésicos para aliviar el dolor de las úlceras.

Los ungüentos de acetato de hidrocortisona han demostrado su utilidad en la reducción de la inflamación aguda en torno de la úlcera. tres o cuatro veces por día se aplica el ungüento, con todo cuidado, sobre la lesión.

La infección secundaria resultante del ataque viral puede ser evitada por un antibiótico adecuado: la aureomicina (clorhidrato de clortetraciclina), aplicada tópicamente en las zonas ulceradas. Esto altera favorablemente el curso de la infección.

La terapéutica de sostén es aconsejable: reposo en cama, ingestión debida de líquidos, alimentos nutritivos, administración de antipiréticos y analgésicos.

La enfermedad puede tomar un caracter recidivante, en cuyo caso ha resultado útil la inmunización con gammaglobulina.

2) ULCERA AFTOSA RECIDIVANTE:

No ha sido hallado el tratamiento absolutamente exitoso para la úlcera aftosa recidivantes. La aplicación tópica de aureomicina a las úlceras, a menudo ayuda a reducir el dolor y a acortar el curso de la enfermedad. Para algunos será útil una suspensión de aureomicina como colutorio, pero esto no deberá ser ingerido. La aplicación de acetato de triamcinolona (Kenalog Orabase) a la superficie de las lesiones, antes de la comida y al retirarse, también puede ser de utilidad.

Se emplean además agentes, como los cáusticos locales (fenol, nitrato de plata, ácido tricloroacético), antibióticos locales, globulina gamma, vitaminas antihistamínicos y corticosteroides, siendo éste último el que mejores resultados aporta en cuanto a la atenuación de las molestias subjetivas y a la disminución de la duración de las úlceras.

La curación se produce entre los diez y los catorce días. El paciente puede experimentar signos de ardor y - - hormigueo 24 ó 48 horas antes de la ulceración clínica.

3) GINGIVITIS ULCERONECROSANTE (ENFERMEDAD DE VINCENT).

La enfermedad responde notoriamente 24 o 48 horas - después de la eliminación de los factores predisponentes ó favorecedoras locales o generales y el tratamiento específico en forma de raspado, limpieza mecánica y mejoras de la higiene bucal.

En un mejor cuidado en el hogar y el empleo de las - soluciones oxidantes suaves después de cada comida, ayudaran a superar la infección.

Collins informó que la aplicación de Vancomicina es un auxiliar valioso de la terapéutica. El unguento de vancomicina se aplica con el dedo a la zona infectada tres - - veces al día.

4) MONILIASIS:

Su tratamiento requiere la identificación y corrección de todos los factores predisponentes o desencadenantes locales y generales. Así puede ser necesario mejorar una dieta, suplementos vitamínicos, corrección de la mala higiene oral. También deben administrarse antifúngicos, -tales como Mycostatin y Anfotericina B. Se aplican localmente en forma de cremas, ungentos, suspensiones y gargarismos.

5) PERICORONITIS:

La limpieza suave por debajo del capuchón hinchado con una cureta para quitar los residuos y permitir la descarga del exudado purulento proporciona cierto alivio de los síntomas agudos.

Si el diente antagonista traumatiza a el capuchón, hay que desgastar la superficie oclusal de este para que no siga produciendo lesión.

Si hay fiebre y linfadenopatía es necesario administrar antibióticos. El paciente debe hacer buches salinos-tibios.

Una vez que los síntomas agudos sedán, hay que decidir si el diente va a ser conservado o extraído. Si ha de ser conservado, no sólo será necesario hacer la eliminación quirúrgica del capuchón sino también dejar una zona distal de encía.

Habr  casos en que la extracci3n será el tratamiento indicado.

GINGIVITIS CRONICA INESPECIFICA

Debido a su etiología tan compleja, hay una gran cantidad de factores locales y generales que la ocasionan. Todos éstos deben ser valorados en una detallada historia clínica y eliminados. Se le harán recomendaciones generales al paciente, sobre una mayor y continua higiene bucal; dieta rica en vitamina C, empleo de suplementos vitamínicos, eliminaci3n de caries con bordes cortantes y cualquier tipo de maloclusi3n.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO.

1) GINGIVITIS PUBERAL:

Deben ser eliminados los irritantes locales aunque la etiología básica del problema es la alteraci3n de la funci3n endocrina, lo razonable sería administrar las hormonas cuyo equilibrio se halla alterado; pero debido a lo poco que se ha escrito sobre esto, todas las tentativas han sido infructuosas. Por lo tanto, debe prevalecer el tratamiento local: mejoramiento de la higiene bucal y recomendaciones dietéticas necesarias para asegurar el estado nutricional adecuado.

Cohen observ3 una marcada mejoría a las 4 semanas de la administraci3n de 500mgr. de ácido asc3rbico.

Los casos graves de gingivitis hiperplásica que no responden a la terapéutica general o local, deben ser tratados mediante tartrectomía minuciosa, cureteado y alisamiento de la raíz.

2) FIBROMATOSIS:

En todos los tipos de fibromatosis, su tratamiento va encaminado a la eliminación del tejido fibroso y de los irritantes locales. En muchos casos, se presentan recidivas, pero en menor intensidad.

3) HIPERPLASIA GINGIVAL DILANTINICA.

El tratamiento depende de la intensidad de la fibromatosis. Por ejemplo, las de primer grado necesitan por lo general, medidas poco más que profilácticas y de cuidados generales de conservación periodontal. Son muy útiles los masajes interdetales diarios mediante un instrumento de caucho.

En casos más graves, es necesaria la gingivectomía a pesar que no sería el procedimiento quirúrgico definitivo, ya que las recidivas serán seguras mientras el enfermo siga tomando Dilantín, por lo que se deberá cambiar por otros medicamentos anticonvulsivos (Mesantoina, Tridiona). Se han obtenido resultados exitosos para impedir las recidivas, mediante el uso de aparatos del tipo de protector bucal o férulas de presión positivas, después de la eliminación quirúrgica del tejido hiperplásico.

ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL
EN NIÑOS IMPEDIDOS

1) PARALISIS CEREBRAL.

El éxito en los tratamientos de niños con parálisis cerebral, esta en la obtención de una historia personal - minuciosa, que debe conseguirse con los padres o tutores, - así como con el médico que normalmente atiende a ese paciente.

Después de conseguir toda la información disponible respecto a la característica física y mental del niño con parálisis cerebral, el odontólogo realizará su evaluación personal y planeará el tratamiento para la habilitación de estos seres tan desafortunados.

2) RETARDO MENTAL

Antes de formular el plan de tratamiento para niños con retardo mental, el odontólogo debe conocer la edad mental del niño para saber que grado de cooperación puede esperar de él.

La mayoría de los pacientes retardados mentales pueden ser tratados con algo más de firmeza y comprensión que la requerida para el tratamiento de niños de 8 a 10 años - normales.

El odontólogo con un poco de paciencia y comprensión puede generalmente ganar la confianza de estos niños.

Si el odontólogo no consigue la cooperación necesaria para realizar los tratamientos, la única esperanza de tratar - con éxito al paciente será recurrir al empleo de anestesia general.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

Tiene una importancia fundamental en el diagnóstico temprano de la enfermedad gingival y periodontal en niños-- el conocimiento profundo de la anatomía gingival normal -- del niño.

El organismo humano sufre cambios fisiológicos que-- muchas veces repercuten en las estructuras orales, por lo cual el Dentista práctico general debe estar familiarizado con estos cambios, para que en caso de que salgan de los -- límites normales se pueda prevenir una enfermedad gingival o en casos más graves una enfermedad periodontal.

En la mayoría de los casos, la enfermedad periodon-- tal del adulto, tiene su comienzo en alteraciones gingiva-- les de la infancia que, debido algunas veces a ignorancia-- o a falta de interés de parte del paciente; puede progre-- sar y poner en peligro el periodonto del adulto.

La gingivitis es la lesión más común en los niños,-- y esto se debe a falta de higiene oral o a deficiencia en-- la técnica de cepillado; pues como se considero en esta -- tesis, todos los factores etiológicos actúan recíprocamen-- te: los factores etiológicos ambientales (márgenes gingi-- vales agrandados, dientes en mal posición, deficiencias -- nutricionales y los microorganismos en general), crean un-- ambiente favorable para los factores locales (materia al-- ba, placa, sequedad gingival), que, actuando directamente

ambiente favorable para los factores locales (materia alba, placa, sequedad gingival), que, actuando directamente sobre el tejido bucal, establecen la enfermedad gingival y así - - pues, si no existe una suficiente higiene oral, habrá acumulación de placa y materia alba, que al permanecer sobre la - superficie de los dientes y aún de la mucosa oral, establecen una etiología local. La severidad de la enfermedad gingival o periodontal, dependerá de la presencia o no, de factores ambientales.

Las reacciones inflamatorias gingivales en el niño, - son más agudas que en el adulto, por lo que tiene particular importancia la remoción total de los irritantes locales y la corrección de cualquier trastorno metabólico general que - - agrave la reacción inflamatoria.

Gingivitis simple se refiere a mínimas reacciones inflamatorias causadas por la erupción, tanto de dientes temporales como de los permanentes, y que al finalizar aquella, - generalmente desaparece la enfermedad; por lo que el tratamiento será sintomático.

Enfermedad gingival aguda se refiere a aquellas enfermedades víricas que generalmente se acompañan de signos de - infección, en las que algunas veces se presentan dificultades funcionales. Su tratamiento es sintomático fundamentalmente, pero también se recomienda el uso de antibióticos.

Gingivitis crónica inespecífica se refiere al tipo de gingivitis en la cual, debido a la existencia de múltiples factores tanto locales como generales, no se puede establecer una etiología definitiva; por lo tanto tampoco un tratamiento rápido y eficaz; por lo que todos los factores que se consideren etiológicos, deberán ser corregidos en el tratamiento de la afección.

Agrandamiento gingival condicionado abarca alteraciones gingivales cuya etiología son disfunciones en el sistema endocrino. Afortunadamente, son casos extremadamente raros, cuyo tratamiento general amerita la intervención quirúrgica.

La enfermedad gingival y periodontal es más común en niños impedidos, debido a una serie de influencias modificadoras.

El tratamiento de estos niños está basado en la comprensión y paciencia que se les tenga, y con esto el odontólogo podrá lograr enorme satisfacción personal al saber que contribuyó al progreso de la habilitación de estos seres tan desafortunados.

BIBLIOGRAFIA

- I.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
Autor: RALPH E. Mc DONALD
Editorial Mundi; 1972.
- II.- ODONTOLOGIA INFANTIL
Autor: HARNDT EWALD
HELMUT WEYERS.
Editorial Mundi; 1969.
- III.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Autor: SIDNEY B. FINN
Editorial Interamericana; 1977.
- IV.- ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.
Autor: P.N. BAER
S.D. BENJAMIN
Editorial Mundi SAIC Y F; 1977.
- V.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA.
Autor: R.E. BRADLEY
Editorial Mundi; 1974.
- VI.- PERIODONTOLOGIA CLINICA
Autor: IRVING GLICKMAN
Editorial Interamericana; 1974.
- VII.- PATOLOGIA ORAL THOMA
Autor: ROBERT J. GORLIN
HENRY M. GOLDMAN
Salvat Editores; 1972

VIII.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.

Autor: E. ZEGARELLI

Salvat Editores; 1972

IX.- COMPENDIO DE PERIODONCIA.

Autor: FERMIN A. CARRANZA

Editorial Epsilon; 1970.

X.- PERIODONCIA DE ORBAN

Autor: DANIEL A. GRANT

IRVING B. STERN

FRANK G. EVERETT

Editorial Interamericana; 1975.

XI.- LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA
PRACTICA GENERAL.

Autor: ALVIN L. MORRIS

HARRY M. BOHANNAN

Editorial Labor; 1976.