

2/1/84



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

BIBLIOTECA CENTRAL

**" BREVE ESTUDIO DE LA PREVENCION
EN LAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA "**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
DANIEL DIAZ HERRERA**

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1983



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.

BREVE ESTUDIO DE LA PREVENCION EN LAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA

Prólogo: El hombre desde hace muchos miles de años ha mostrado interés en combatir enfermedades que se presentan en el sistema estomatognático y prevenirlas. Se ha realizado infinidad de experimentos con la finalidad de descubrir algunas sustancias o medicamentos que ayuden a disminuir dichos padecimientos, alcanzando resultados muy altos.

Pero a pesar de estos trabajos se sigue teniendo gran cantidad de fracasos, debido a la falta de orientación; comunicación y preparación hacia la comunidad de parte del odontólogo o personas encargadas de esto.

Actualmente el profesionista no le da la importancia que tiene el prevenir los padecimientos bucales y sistémicos relacionados entre sí, dedicándose solamente a restaurar funciones y controlar daños ya presentes, faltando de esta manera conciencia social, ya que así se obtienen sólo beneficios que es la de servicio a una comunidad que cada vez demanda más médicos capaces, por el gran aumento en el índice de trastornos bucales interrelacionados, debido a las condiciones nutricionales y socioeconómicas de la vida moderna.

Así podemos definir que la prevención aplicada en las ramas de la odontología es la base de un buen diagnóstico y tratamiento dando resultados posteriores satisfactorios. Si aunamos a la serie de obstáculos que nos impiden la adecuada orientación y preparación comunitaria como serían; los factores sociocultural y económico, la falta de conciencia ética y profesional del odontólogo en el campo de la prevención, pensaríamos que el pronóstico de nuestra labor es muy desfavorable. De ahí que nosotros querremos despertar el interés y motivar a las futuras generaciones para que hagan incapié y profundicen el aspecto preventivo.

Para llevar a cabo esto que se ha mencionado anteriormente es importante dar orientación a base de pláticas, mesas clínicas, campañas, y todo el material posible que nos ayude a fomentar la salud.

Es indiscutible que la prevención tiene una importancia capital en cualquier rama de la patología sistémica, si tomamos como principio el hecho de que es mejor prevenir que restaurar o aliviar cualquier padecimiento, por lo que es obvio que se debería poner mayor atención a este renglón.

Definitivamente nuestra práctica diaria es difícil en este enfoque, puesto que la gran mayoría de los pacientes que llegan a nuestro consultorio con alguna enfermedad aguda o crónica que presenta muchas veces un cuadro clínico complicado que dificulta nuestro tratamiento y rara es la vez que un paciente llegue sin ninguna molestia a que se le examine y se le realice alguna profilaxis como medio preventivo y no espera a tener alguna afección pulpar cariosa, parodontopatía o cualquier otra patología bucal.

Pero si analizamos que también a nuestro consultorio llegan niños o personas con afecciones menores e incipiente que apenas empiezan a desarrollarse y que muchas veces lo único que hacemos es controlarlos, tratarlos y cobrar. Sin pensar en explicarle y enseñarle los métodos y técnicas más apropiados para que no vuelvan a padecer de los mismos, de tal forma que no seamos talacheros o técnicos sino médicos y profesionistas en toda la extensión de la palabra y todo lo que implica la responsabilidad y valor social de nuestra labor.

Creemos en la inquietud, capacidad y preparación de los odontólogos modernos que somos los que principalmente tratamos de cambiar con la mística de nuestra profesión siendo cada vez más competentes y mejor preparados, sobre todo preocupándonos por hacer un trabajo digno, honesto y de servicio.

Porque ante todo nuestra profesión es para con los demás y mientras menos enfermedades y padecimientos existan por iatrogenias - falta de prevención, más satisfechos estaremos con el ejercicio y aplicación práctica de nuestros conocimientos.

Esperamos que este breve estudio de la prevención en las reglas de la odontología, sirva de mucho y como base para el inicio de un enfoque más real, claro y preventivo de la práctica clínica.

CAPITULO VIII.- PREVENCIÓN DEL CÁNCER BUCAL52

CAPITULO IX.- CONSIDERACIONES ORTODONTICAS70

CAPITULO X.- CONCLUSIONES72

BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I

CONCEPTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA

El objetivo de la Odontología Preventiva es esencialmente la utilización de medios o procedimientos para prevenir la aparición de una enfermedad, actualmente esta rama de la profesión no puede ser considerada como una técnica, ni tampoco como una serie de técnicas destinadas a prevenir las enfermedades bucales; es más que ello, pues es una filosofía de práctica profesional, cuyos objetivos principales son:

1. Considerar al paciente como una entidad total, es decir no concretarse a enfocar nuestra atención al foco de dolor o patología que presente, sino observarlo de una manera clínica general, para evaluar su situación individual.
2. Procurar conservar la salud bucal de ese paciente lo mejor que nos sea posible, de acuerdo a las condiciones de su salud por el resto de su vida.
3. Por medio del sistema de prevención se debe de tener el progreso de la enfermedad de inmediato y llevar a cabo la rehabilitación pertinente, tanto en su forma como en su función.
4. Preparar y motivar al paciente para prevenir la recurrencia de las condiciones citadas anteriormente.

Estos conceptos que mencionamos son los factores básicos e ideales de la Odontología Preventiva, desafortunadamente el Odontólogo no siempre tiene conceptos erróneos en la práctica profesional de estos enunciados, debido a su falta de interés por los siguientes motivos :

1. El ejercicio de la Odontología Preventiva, no exige pericia.

2. No es lucrativa
3. El público no exige o demanda este tipo de servicios por desconocer los.
4. No se le enseña adecuadamente por lo menos en sus aplicaciones a la práctica diaria.

Para que todos estos conceptos contradictorios se analicen en forma positiva se requeriría de que tanto maestros y profesionistas cambien de actitud, es decir, desarrollando una nueva escala de valores Odontológicos, donde se evalúe considerablemente el mantenimiento de la salud bucal y no así las restauraciones sean de un modo exclusivo y esencial en práctica profesional. Mediante esta actitud se vería un cambio satisfactorio cimentando así el éxito de nuestra vida profesional.

1). OBJETIVOS :

Podemos mencionar entre los más importantes el motivar al paciente para que asuma actitudes positivas y responsables. El objetivo de la Odontología Preventiva es un programa de educación dental en el consultorio para que los pacientes aprendan a entender y valorar los dientes, tejidos gingivales así como el cuidado que éstos requieren, teniendo como meta fundamental, que los pacientes deberán aprender a limpiar minuciosamente todas las superficies dentarias de tal modo que aprecien que con ello contribuyen a preservar la integridad de éstos, así como los tejidos que los rodean.

A partir de esto se pueden considerar dos tipos de objetivos esenciales, como son:

EL OBJETIVO intermedio.

EL OBJETIVO final

a). El objetivo intermedio, dentro de este grupo para su mejor comprensión, lo dividiremos en:

a). Educación.

b) Salud.

c) Dieta su importancia.

EDUCACION:

La finalidad de la educación en el cuidado dental consiste en general en capacitar a los individuos y de esta manera por sí mismos lograr un estado de salud bajo su propio esfuerzo. Se inicia por el interés de la gente para mejorar sus condiciones de vida y aspirar a crear un sentimiento de responsabilidad por su propio beneficio, ya sea individual o familiar.

La Odontología tiene la oportunidad de cooperar a la educación para la salud con respecto a una buena orientación sobre Nutrición, técnicas para la conservación de la boca y además, por su contacto diario con los pacientes el Dentista se encuentra en una situación excelente para encausarlos sobre los beneficios que se van a obtener al llevar a cabo las indicaciones.

El medio más indicado para lograr los objetivos anteriores, es que el paciente mismo comprenda con respecto a su propia experiencia, como serían los resultados de su control de placa, aplicación de flúor, dieta adecuada, etc., el beneficio de Odontología Preventiva.

Las técnicas serán mejor aprovechadas con el uso de programas audiovisuales en el consultorio, así obtendremos una mejor reacción por parte del paciente en las experiencias educativas. Estas metas se podrán lograr sin tomar en cuenta los siguientes factores:

1. Sinceras actitudes preocupación.

2. Comprensión

Logrando mayor comunicación y confianza entre Odontólogo y paciente y valorar la calidad de nuestro trabajo.

Los métodos para educar a los pacientes se dividen en dos categorías:

1. Educación directa.

2. Educación indirecta.

La educación directa la consideramos como la forma más eficaz de educación dental al paciente. Esto significa contacto directo entre Odontólogo y paciente, proporcionando muchas ventajas sobre otras formas de comunicación por lo que nuestro programa debe ser cuidadosamente planteado y orientado, esto implica usar procedimientos específicos durante el horario de tratamiento.

Tenemos otras oportunidades en la educación directa como la instrucción en las técnicas de cepillado dental, con las que debemos auxiliarnos, con el uso de modelos de estudio y fotografías y ayudas visuales, para aumentar la comprensión y la claridad en nuestra comunicación.

El método Directo debe ser programado anticipadamente para cada paciente, decidiendo en qué área necesita canalizar la educación y posteriormente hacer todos los esfuerzos para coordinar el consejo con el tratamiento relacionado o correspondiente. Establecer un plan de antemano asegura que tendremos tiempo suficiente para llevar a cabo el programa de introducción pensado.

La Educación indirecta combina con una gran variedad de dispositivos electrónicos que constituyen un medio impresionante y sumamente eficaz de instrucción audiovisual.

Considérese una situación, que algunos Odontólogos enfrentan casi a diario. La Endodoncia de emergencia, hay invariablemente muy poco tiempo para que el Odontólogo le aconseje al respecto a lo que la endodoncia implica y logra. Un medio de superar este problema es usar la Educación indirecta.

Después del tratamiento el Odontólogo explica al paciente que le gustaría invitarlo a que permaneciera unos momentos más para que viera una serie de diapositivas, especialmente preparadas para cubrir determinado tema de interés para él, también podemos explicar que ésto les brindará momentos de descanso antes de volver a sus actividades.

El paciente es llevado a una zona que puede ser el cuarto de recuperación, escritorio, consultorio auxiliar, en donde el programa es preparado por el auxiliar o asistente.

Se le puede dejar solo para que mire las diapositivas o filmes, después de lo cual se apaga el aparato y vuelve a la zona de recuperación.

A veces una situación que comenzó con una ampliación negativa, resulta una valiosa experiencia de aprendizaje.

Los folletos deben de intercalarse durante la Educación visual y deben usarse discretamente y sólo cuando el paciente esté correctamente orientado.

En ésto lograremos de una manera didáctica la capacitación específica del caso particular de cada paciente, debiendo tener especial cuidado de no abrumarlo, dándole varios folletos a la vez --

dificultando su entendimiento y obstruyendo los propósitos deseados de la información que necesita.

SALUD :

En los últimos quince años el problema de la salud dental se puede considerar uno de los más importantes, afortunadamente desde el inicio de este periodo existe un espectacular desarrollo en la odontología preventiva y organización colectiva de los servicios dentales. Entre ellos el más importante y significativo como en las relaciones entre los fluoruros y la caries dental.

Con este avance se han establecido firmemente bases en Odontología preventiva y sanitaria, manteniendo así una actividad individual y curativa.

Por medio de las instituciones existe una colaboración de la Odontología a los programas de salud:

Examen dental de las embarazadas, y tratamiento de los defectos encontrados, regulación de su dieta que contribuye al mejor desarrollo de los dientes del niño; servicios dentales escolares; la Ortodoncia, la cual influye en la salud dental; asimismo en las industrias - en las cuales se mantiene el servicio dental con una examinación periódica al estado de la dentadura de los obreros; en algunas ciudades del mundo el control del fluor al agua potable; la aplicación tópica de fluor en los dientes de los niños previniendo la caries dentaria; el dentista generalmente es la primera persona que descubre lesiones precancerosas de la boca y el cual debe contribuir al tratamiento temprano del cáncer.

Después de observar los puntos anteriores se observa que la Odontología Preventiva participa efectivamente en los programas de fomento, prevención y restauración de la salud en general.

El control de la salud dental debe comenzar durante el embarazo y continuar durante toda la vida del individuo. Dependiendo de la magnitud del problema dental es condición previa indispensable para-

planificar correctamente cualquier programa cuyo objetivo sea la mejoría de la salud dental de la población.

El paciente en sí debe estar encaminado hacia la buena salud dental, independientemente de que existan factores circunstanciales que lleguen a influir en su cambio de actitud es por ello que se deben hacer necesarias las revisiones periódicas. Y de acuerdo a las experiencias anotadas por muchos Odontólogos el tratamiento preventivo como programa familiar es una de las mejores maneras de promover la Odontología Preventiva.

DIETA :

Una dieta normal es la que proporciona los alimentos para el crecimiento óptimo, el mantenimiento del metabolismo y la reproducción; diariamente y durante diversos periodos de la vida, con ajustes apropiados durante las épocas de necesidades alteradas, como el embarazo, lactancia, diarrea, cicatrización de heridas.

Cada individuo debe ser considerado y provisto en base de sus antecedentes preferenciales, formas de vida y necesidades específicas. Para llegar a esta meta se requiere disponer de alimentos apropiados de alta calidad seleccionándolos y preparándolos en forma adecuada para conservar sus valores nutritivos.

Durante la Historia ha existido un mito como la creencia de que los minerales y vitaminas desarrollan huesos y dientes fuertes (mínimo de dientes sin caries), aunque se han realizado muchos esfuerzos para demostrar que una composición global de la dieta ha disminuido el ataque de caries, se tienen pocas pruebas de realmente ser así.

Si existe una buena nutrición habrá un bienestar general y así mismo de salud, pero si una buena nutrición no existe y hay ausencia de enfermedades orgánicas ofrecerá una ayuda sustancial en la prevención de caries dental.

CAPITULO II

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

A lo largo de toda la existencia del hombre ha intentado comprenderse asimismo y a los que lo rodean. El resultado de estos esfuerzos han sido el desarrollo de conceptos mágicos, convicciones religiosas, sistemas filosóficos y teorías científicas.

Cada concepto dado de la vida y del Universo, siempre se ha construido dentro de las limitaciones de la época en donde se reflejan el clima intelectual y emocional de su período histórico.

El hombre siempre necesitará de teorías porque los fenómenos que observa son tan variados que en ausencia de un esquema general su significado se le escaparía. Así mismo las generalizaciones son necesarias como marcos de referencia para la experiencia como planos reguladores en donde pueden acomodarse los hechos tercos e irreductibles de la naturaleza en una secuencia armónica e inteligible.

NIVELES DE PREVENCION.

Según los autores Leacell y Clark, el estado de enfermedad puede considerarse en forma gráfica para su mejor comprensión, como una flecha, es decir apuntando a un sentido que indicaría en su inicio el rompimiento de equilibrio entre salud y enfermedad, en esta manifestación inicial se llama período prepatogénico o preclínico, debido a que en este momento no hay manifestaciones o signos clínicos, avanzando más la enfermedad vamos a tener manifestaciones y signos entrando a un período patogénico o clínico, en la terminación del período clínico cuando se presenta la incapacidad o muerte se le dará el nombre de estado final de la enfermedad.

Al hablar de prevención de acuerdo al razonamiento anterior, lo más viable será indicar con periodos de prevención con otra flecha de la misma magnitud pero actuando en sentido opuesto a la del desequilibrio e enfermedad.

Así tendríamos los mismos niveles pero sería preventivos y serían:

Nivel primario.- Que actuará en el período preclínico; nivel secundario que actuará en la primera parte del período clínico y el terciario que dependerá de la etapa final.

Es aquí donde cabe mencionar que en cualquier tratamiento entre más pronto se accionen las barreras preventivas para evitar la evolución de cualquier enfermedad, más efectivo será el resultado que se obtenga.

Nivel primario.- Su objetivo es la promoción de la salud, no estará dirigido específicamente a prevenir una determinada enfermedad, sino solamente se tratará por medio de una óptima nutrición, vivienda-salubre, condiciones adecuadas de trabajo, descanso y entretenimiento, así como otras condiciones mejores de vida, de mejorar la salud general del individuo.

Nivel Secundario.- Aquí se tomarán las medidas necesarias para prevenir la aparición de una determinada enfermedad, es decir será una protección específica. Esto se logrará por medio de vacunas, fluoración del agua, aplicación tópica de fluoruros, control de placa para evitar enfermedades parodontales etc.

Estos dos niveles constituyen la prevención PRIMARIA.

Tercer Nivel.- En este nivel se toma la prevención secundaria, aquí se pone en evidencia la enfermedad y se ataca desde su período clínico, es decir será el diagnóstico y tratamiento precoces, así como series radiográficas para detectar caries, operatorias de caries incipientes y algo importante, nos ayuda a detectar tumores malignos.

Cuarto nivel.- En este nivel se toman las medidas necesarias para la limitación de la incapacidad, según el grado causado por la enfermedad, como recubrimientos pulpares, endodoncias etc., es decir capacitar al individuo para mejorar su función masticatoria.

Quinto nivel.- Será la rehabilitación vital por medio de coronas y puentes, prótesis parciales o totales, etc.

Los niveles cuarto y quinto, constituyen la prevención terciaria.

De lo anterior se deduce que la prevención se enfoca hacia el individuo como un ente total y posteriormente se enfoca directamente al órgano u órganos afectados. De acuerdo con estos medios preventivos - podemos considerar que sumando todos los esfuerzos para fomentar, conservar y/o restaurar la salud del individuo por medio de la promoción.

Mantenimiento y/o restitución de la salud bucal.

Es decir la Odontología preventiva engloba varios componentes que en conjunto forman la llamada Filosofía preventiva, estos componentes son:

1. Considerar al paciente como entidad, no solamente como un conjunto de dientes, huesos y tejidos blandos que pueden ser atacados por la enfermedad.
2. Tratar de mantener la salud de personas sanas, evitando que dichos individuos se enfermen.
3. Detener lo antes posible el progreso de cualquier enfermedad presente.
4. Tratar de rehabilitar al paciente física, psicológica y socialmente, para que desempeñe su vida lo más normal que le sea posible.
5. Proporcionar al paciente conocimientos y competencia con cierta motivación para que mantenga su salud bucal así mismo la de su familia y comunidad.

Si por ende las enfermedades se producen serán objetivos también de la operatoria dental, diagnosticar y tratar estas lo antes posible,

como su necesaria rehabilitación anatómica y funcional, estética y social. O sea devolverle primero el bienestar general de dicha persona y solo después enfocarnos hacia su boca y dientes.

NUTRICION.

La nutrición la podemos definir como una combinación de fenómenos por los que el organismo vivo recibe y utiliza los nutrimentos exógenos para conservar sus funciones y para la formación y conservación de tejidos. Cuando el cuerpo no recibe o no utiliza los nutrimentos esenciales aparece desnutrición.

La dietética es la aplicación de la nutriología y del empleo de alimentos para nutrir individuos o grupos de ellos. El dietista se ocupa en especial, de la variación de las necesidades alimentarias dependientes del sexo, edad, actividad y estado físico del individuo o del grupo.

La psicología y los factores socioeconómicos tienen gran importancia en la tarea del dietista. Las características de la nutrición óptima es cuando se selecciona cuidadosamente y se prepara los alimentos de tal modo que estos conserven sus valores nutritivos, así mismo se deberá cuidar que el aspecto y el sabor sean atractivos y de grado variable.

Lo ideal es anticiparse a las necesidades o circunstancias para que se lleve a cabo la dieta requerida y además en tal forma que no se force al paciente para de este modo corregir la deficiencia nutritiva. Así, si en un infante existe deficiencia de fluoruro, fósforo, calcio o vitamina B durante el desarrollo de los dientes, no será sino hasta una edad mayor cuando se manifiesta la secuela del problema nutricional.

Las necesidades nutricionales de cada persona depende de los requerimientos que los millones de células que componen el cuerpo, recordando que cada célula es un increíble complejo capaz de liberar --

energía química y además almacenándolo para trabajar correctamente, la clase de trabajo varía de una célula a otra y por lo tanto tiene que cubrir un número indeterminado de transformaciones de energía.

Los elementos nutrientes básicos indispensables para el crecimiento y mantenimiento de la salud y reproducción, se dividen en seis grupos:

Proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua.

Los tres primeros como son las proteínas, lípidos y carbohidratos proporcionan calorías; las vitaminas y minerales cumplen funciones vitales para el metabolismo y a la vez son componentes importantes de los tejidos; el agua es esencial e importante para el transporte de los elementos nutrientes.

CAPITULO III

CONCEPTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y
SANITARIA.

Existe una gran relación entre la Odontología Preventiva y la Sanitaria, ya que la primera suministra los medios para la lucha contra las enfermedades, así como los métodos e instrumentos de trabajo para llevar a efecto los programas en Odontología Sanitaria.

Definiremos ambas: La Odontología Preventiva se refiere a todas las actividades y métodos que nos van a servir para prevenir las enfermedades, anomalías y accidentes que afectan a la cavidad oral. Cuando son aplicados estos métodos, conocimientos y actividades, permiten prevenir total o parcialmente dichas enfermedades cuya atención compete al cirujano dentista, no importa si la prevención que se va a realizar haga en forma particular o en una comunidad, esta selección correspondiendo a la Odontología Sanitaria.

Tomando el término prevención en el sentido más amplio, la Odontología Preventiva llega a ser un mínimo de la Odontología Integral, ya que como la prevención se va a realizar antes que aparezca la enfermedad y aún cuando ésta ya ha aparecido, se está aplicando la Odontología Integral ya que es la mejor Odontología aplicada en cualquier grado de enfermedad para un mejoramiento técnico, preventivo y aún para crear nuevos sistemas de trabajo.

La Odontología Sanitaria es el arte de prevenir y fomentar la salud oral bajo un trabajo organizado de la comunidad para el bienestar de ésta y como complemento de la salud general. Además abarca el estudio de aspectos culturales, étnicos, sociales y económicos.

Los principales criterios empleados en los problemas de Odontología Sanitaria son:

- a) El grado de interés y comprensión de la comunidad.
- b) El número de personas afectadas y la severidad del daño.
- c) El costo por cada persona, para su tratamiento eficiente.

Estos criterios deben ser tomados en conjunto para que tengan resultados correctos, es decir, que el odontólogo sanitarista debe considerar que su deber es lograr el grado más alto posible de salud general para la comunidad que está sirviendo. Deberá utilizar sabiamente los recursos que tiene a su disposición, así como también influenciar a la comunidad para que emplee los recursos de su control.

Sería incompleta la revisión de la Odontología Preventiva y Sanitaria, si no se dedicara especial atención a la Medicina Preventiva y Salud Pública, ya que guardan una relación similar a la de la Odontología Preventiva Sanitaria.

Cuando la medicina se fue enriqueciendo con el conocimiento de la etiopatogenia de las enfermedades, le fue posible también probar métodos que impidieran la ocurrencia de las mismas, y así, frente a la medicina curativa, se le empezó a llamar medicina preventiva a aquellos métodos y conocimientos destinados a prevenir las enfermedades. Así mismo a la Odontología curativa se fue incorporando la Odontología Preventiva. Y en la actualidad existe una medicina y una Odontología, la mejor que pueda aplicarse a la evolución de la enfermedad.

Anteriormente, las condiciones de vida en las ciudades favorecían la salud y en las zonas rurales la mortalidad era mayor, para lo que se pensó en una profesión que se hiciera cargo del mejoramiento de la higiene, tanto en la ciudad como en el medio rural, se le llamó Salud Pública, la cual ha ido evolucionando en forma rápida y como consecuencia ha ido abarcando nuevas actividades como la Higiene Oral. Winslow la define así: Es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación higiénica de los individuos y la organización de los servicios médicos para el tratamiento, prevención y diagnóstico precoz, para asegurar a cada individuo un nivel de vida adecuada para la conservación de la salud.

Cómo podemos ver, si tomamos como base la definición de salud pública no es difícil definir la odontología sanitaria, como la parte de la salud pública que tiene como misión el diagnóstico y tratamiento de los problemas de la salud oral de la comunidad. (Mc Gran).

Debemos considerar a la salud y a la enfermedad como un proceso dinámico y continuo es decir, desde la salud que es un equilibrio de bienestar físico, mental y social; y la muerte que es un desequilibrio en dicho bienestar existen una gran cantidad de estados intermedios. Dicho en otras palabras es difícil separar la salud y la enfermedad con un límite exacto.

Del mismo modo, es difícil separar la odontología preventiva de la curativa. Anteriormente la Odontología curativa se practicaba con mayor frecuencia, y aún en la actualidad la orientación profesional que se da al estudiante se extiende más al sentido curativo. Poco a poco se ha ido incorporando la idea de la Odontología preventiva y se ha ido asociando a la curativa y así el tratamiento y la prevención constituyen a un todo continuo, los cuales van a actuar en las distintas fases de evolución en la enfermedad, oral.

El término prevención no debe considerarse en el sentido estricto de la prevención misma, antes de que aparezca la enfermedad, e que también podemos decir que un tratamiento correcto y eficaz es otra forma de prevención, ya que evitará que la enfermedad siga evolucionando y por consiguiente evitará mayores complicaciones.

Desde que se inicia cualquier enfermedad y en la forma como va evolucionando y como termina, sigue su propio curso y esto es lo que constituye la historia natural de la enfermedad.

A esta enfermedad para combatirla e impedir que siga su curso se le ponen barreras en las diferentes fases de su ciclo, y de este modo

CAPITULO IV

CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA

La presentación vivida de las ideas de formación de colonias de bacterias y de infecciones invasoras puede servir para que el paciente se dé cuenta del hecho y tenga motivos para combatirlo. La formación de colonias en la superficie de los dientes puede demostrarse con fotografías y dientes recién extraídos, encerradas en tubos de ensayo y conservadas en formaldehído. La tenaz adherencia de los depósitos pueden demostrarse sacudiendo los tubos con fuerza. Puede emplearse un microscopio de contraste de fase para revelar la actividad bacteriana en la placa. Tales demostraciones tienen más efecto que las conversaciones a cerca de los restos y de la limpieza y de la enseñanza con modelos. Los pacientes también deberán ver varios ejemplos de dentaduras sanas y de los efectos saludables que se logran con el "Control de placa Dentobacteriana".

La placa dentobacteriana puede ponerse de manifiesto mediante soluciones o pastillas reveladoras a base de colorantes vegetales que la tinen, haciéndola resaltar sobre las superficies de los dientes y márgenes gingivales.

La solución reguladora se prepara fácilmente poniendo en un vaso que contenga aproximadamente una cuarta parte de agua, de diez a quince gotas de un colorante vegetal como los que usan en repostería o color vegetal en polvo (5 gr. por cada 65 cc. de agua).

Las pastillas reveladoras existen en el mercado fabricadas por laboratorios.

1. TECNICA DEL CEPILLADO.

A).- Objetivos del Cepillado. La boca es el órgano por medio del cual se lleva a cabo la masticación adecuada de los alimentos, ocupando así la forma de utilizarlos por parte del cuerpo. En forma de

mejante, puede ser también la puerta de entrada a través de la cual pueden introducirse todas las enfermedades. Enfermedades e infecciones de varias clases se encuentran frecuentemente en la boca y en los dientes o alrededor de ellos. También existen determinadas enfermedades en otras partes del cuerpo humano que son reconocidas porque se reflejan en la boca. La limpieza es un factor importante, y si se mantiene la boca en buenas condiciones, los agentes infectantes son desprovistos del ambiente adecuado, renovando así, en forma efectiva, una causa para el menoscabo de la salud.

Es fácil percatarse de que practicar medicina en la Odontología moderna exigirá perspicacia y conocimiento cabal de las medidas profilácticas utilizables para combatir las enfermedades agudas y crónicas.

La odontología Preventiva Moderna hace hincapié en el reconocimiento temprano de las enfermedades y busca la forma de aplicar prontamente medidas correctivas. Al mismo tiempo, el dentista está enseñando constantemente al paciente como puede el mismo ayudar a la prevención de las enfermedades dentales.

El manejo adecuado del cepillo dental constituye un recurso fundamental en la prevención de la caries y de las enfermedades parodontales. Si bien se es posible atribuirle una eficacia absoluta, con exclusión de otra variedad de elementos preventivos, si podemos decir que es el eje sobre el cual debe girar la prevención y el postoperatorio de las parodontitis; así como los factores etiológicos de la enfermedad periodontal que son habitualmente clasificados en "Locales y Sistemáticas". Los factores etiológicos locales son aquellos situados en el medio inmediato al diente y su estructura de soporte. Los factores etiológicos sistémicos se refieren al estado sistémico del paciente que influyen en los tejidos periodontales.

El mantenimiento del periodonto normal depende del equilibrio dinámico entre las influencias fisiológicas locales y sistémicas, por ahora no nos ocuparemos en este tema.

Puede considerarse a los tejidos periodontales como equipados con un cierto margen de seguridad dentro del cual se mantiene la normalidad fisiológica pero al cual no debemos abandonar, de ahí que nos ocupemos en ayudar a mantener ese equilibrio por uno de los medios externos a nuestro alcance, más sencillo y más eficaz como lo es el cepillado en la cavidad bucal y en especial de los dientes.

Esto es tan cierto, que tan sólo basta prescribir el cepillado enérgico y adecuado para que desaparezcan estados de gingivitis trayéndose la encía a su posición normal y dejando al descubierto sarro pericervical.

Desde luego que los órganos del aparato digestivo que exigen mayor atención desde el punto de vista de la higiene son: piezas dentarias, las partes blandas de la boca y la estructura ósea que le sirve de sostén.

La implantación irregular de los dientes pueden entorpecer o dificultar la práctica y el mantenimiento del aseo dental; el desarrollo de unos dientes sólidos y bien formados dependen de un metabolismo correcto.

Otro de los objetivos del cepillado es eliminar películas de mucina, materia blanda, manchas verdes, manchas negras, manchas anaranjadas, manchas de tabaco, ayudar a evitar que se formen anillos de sarro gingival o subgingival y estimular la encía para que conserve la más correcta circulación sanguínea en su múltiple red capilar.

Según la fisioterapia bucal, el principal objetivo, es mantener limpia la dentadura. Algunos periodoncistas atribuyen en mucha importancia al masaje; otros creen que la limpieza es lo principal. La retención de detritus alimenticio en el cuello de los dientes a nivel del margen gingival o en los espacios interproximales tienen influencia directa sobre la salud de las encías, también el cepillado incorreg

to motiva la formación de depósitos que son quizás la causa más importante de la enfermedad gingival.

El dentista no debe confiar en el cepillado como único agente en la terapéutica de la inflamación gingival. Sólo después de eliminar todos los irritantes y de establecer la función, será eficaz la higiene bucal.

No puede tener éxito la enseñanza de una sola técnica de cepillado a todos los pacientes, ya que no todos tienen la misma destreza manual, por lo tanto, es necesario un método que pueda hacerse fácilmente, se deben modificar los métodos según la colocación dentaria.

El tratamiento hecho por el Cirujano Dentista, puede producir marcada mejoría, pero el resultado clínico final no será el ideal de salud gingival a menos que la fisioterapia sea satisfactoria. A menudo la fisioterapia no sólo impide la restauración de la salud, sino que favorece la iniciación y agravación de la enfermedad gingival.

No se ha establecido definitivamente por que camino la fisioterapia favorece la salud periodontal.

Puede ser discutido si la acción directa del cepillo contra la encía puede ser llamada masaje, de acuerdo con la definición limitada de la palabra. Hay sugerencias en la literatura sobre los beneficios derivados de la no acumulación de detritus. También se ha mencionado el estímulo mecánico resultado del contacto y activación directa del cepillo como productor de cambios circulatorios beneficiosos y estímulo funcional.

B).- Características del Cepillo. Encontramos en la actualidad una gran inmensa de cepillos, producto de la gran industria cepillera en la cual se han fabricado los más variados tipos con las diferentes clases y características según las necesidades del mercado.

Como es natural, las grandes negociaciones que manejan la distribución de este producto, han empleado diferentes ideas publicitarias - para lanzar al mercado la mayor dotación de dicho producto, interesando al público en su adquisición.

Afortunadamente estas industrias ya se han preocupado a instancias médicas, por hacer un producto con las características funcionales y -- efectivas y han dedicado personal que ha tomado la opinión de los Cirujanos Dentistas para que reúnan los factores adecuados y las características necesarias para la elaboración de un producto reconocido, científicamente diseñados, aceptado por los profesionistas especializados en el manejo y uso adecuado de él, es decir, del Cirujano Dentista y así mismo llene los requisitos ideales para el paciente.

Como decíamos en un principio, son de variadas clases, formas e estilos. Pero deben tener como indispensables estas características:

- a). El cepillo dental debe estar fabricado con cerdas de buena calidad y con varios grados de dureza para poder seguir las indicaciones del Dentista.
- b). Las cerdas deben estar dispuestas en manojos separados entre sí.
- c). Puede poseer a lo ancho, de dos a cuatro y hasta seis hileras de manojos de cerdas.
- d). El cepillo no debe tener un largo mayor de tres centímetros, - para que favorezca a los movimientos profilácticos.
- e). El ancho de las hileras de manojos, no debe ser mayor de un centímetro.

- f). La altura de las cerdas debe tener como promedio doce milímetros.
- g). Por último, como imprescindible, deben de ser de una superficie en conjunto de las cerdas recta, no curva ni ondulada.
- h). La longitud del cepillo no necesita ser mayor de quince centímetros.
- i). El margen o empuñadura del cepillo puede ser ligeramente curvo (la curvatura irá en la unión de la zona en que están insertadas las cerdas y la zona de la empuñadura o mango) o como sería lo ideal, completamente recto.

Los cepillos dentales están construidos en dos tamaños principalmente, para adultos y para niños; encontrándose varios tipos de duros.

2. Técnicas de Cepillado.

A).- Técnicas de Charters. Se utiliza un cepillo mediano de nylon de 3 x 6 con movimientos vibratorios, las cerdas dirigidas hacia bucal formando un ángulo de 45°. haciendo presión moderada, las cerdas entran en contacto con el margen gingival. Este movimiento se hace con las cerdas en contacto constante con los dientes. Haciéndole después de tres o cuatro pequeños círculos se reserre el cepillo y se coloca en la misma región; esto se tres o cuatro veces; luego se coloca el cepillo en otro espacio interdentario y se repite la maniobra. Recomendada cuando existen problemas parodontales.

B).- Técnicas Modificadas de Charters. (Hirschfeld). Este método difiere en la siguiente manera: en la cara bucal de los dientes el cepillo se mueve entre dientes a la vez utilizando solamente seis coloca -

ciones para cada arcada, con diez movimientos rotatorios. Se pueden hacer movimientos rotatorios o verticales, según sea más fácil para el cepillo se coloca verticalmente. El movimiento debe colocar la hilera más lejana de cerdas contra la encía marginal y papilar, ejerciendo no derada presión.

C). Técnica de Stillman. Se utiliza un cepillo extraduro de nylon de tres por seis; las cerdas dirigidas hacia apical formando un ángulo de 45°. con el esmalte, con movimientos de vibración hasta que deje de estar en contacto con los dientes. Se cepilla un grupo de dientes a la vez; hasta cepillar toda la dentadura. Puede utilizarse tanto en las caras linguales como en las palatinas. Indicado cuando no hay enfermedad parodontal.

D). Técnica Modificada de Stillman. En este método, la colocación inicial del cepillo es la misma; pero debido a las longitudes promedio de las coronas clínicas, el borde del mango se coloca encima de las superficies oclusales para que las puntas de las cerdas presionen ligeramente sobre el margen gingival recorriendo las cerdas hacia abajo e hacia arriba, según la arcada. En cada posición se incluyen tres dientes. Esta técnica puede modificarse para las arcadas angostas de los dientes incisivos, en los segmentos linguales o palatinos. En esta región, el cepillo se coloca en dirección vertical y sólo se cepilla un diente.

E). Técnica de Bass. Se utiliza un cepillo suave de nylon 4 x 11; las cerdas dirigidas hacia apical a la altura de la unión encía esmalte a 45°. con movimientos de adelante hacia atrás.

Una vez explicada al paciente la técnica que usará se entrenará en un tipodonto y luego lo pasa a hacer en la boca.

Se empieza del lado vestibular superior derecho, en la región de molares, abarcando dos dientes a la vez y se harán de seis a ocho movimientos y se continúa hacia mesial hasta llegar al último molar superior izquierdo; allí pasará a los molares inferiores izquierdos también por vestibular, hacia mesial para terminar en los molares inferiores derechos.

En los centrales tanto superiores, e inferiores por su cara lingual o palatina se hará diente por diente.

CAPITULO V

FLUORACION DE AGUA POTABLE Y
SUSTANCIAS REVELADORAS

La resistencia de la superficie del esmalte del diente a la acción de ácidos, puede aumentar grandemente por la incorporación de pequeñas cantidades de iones fluor para que los cristales de hidroxiapatita se conviertan en fluorapatita.

La formación de esta solubilidad resistente, explica el modo de acción de los fluoruros como agentes preventivos. El esmalte enriquecido en fluor, puede encontrarse en las capas externas en una extensión de 30 a 40 micrómetros, con las más altas cifras de fluor cerca de la superficie.

Esto podría explicar la capacidad de los compuestos fluorados para actuar localmente, en procesos de difusión e intercambio se lleva a cabo en la superficie y esto también tiene lugar entre los iones salivales y las superficies del esmalte. Así existe un paso bidireccional a través de la membrana superficial del esmalte, pero si los iones de fluor es cambiada en alguna forma con los agentes salivales para formar compuestos solubles no iónicos o de lo contrario se pierden iones del calcio similarmente extraviados, entonces la resistencia de la superficie del diente disminuirá. Asimismo un aumento de fluor de los iones salivales, por causas externas, tenderá a incrementar la corriente de los iones hacia dentro y de ahí que se eleve en contenido del fluorapatita.

En el niño, el diente en crecimiento, recibirá los materiales de construcción necesarios del plasma sanguíneo y así el contenido de fluor del esmalte, en este punto dependerá por completo de la absor-

ción de fluor por vía general. Después de la erupción del diente, tiene lugar la maduración del esmalte y hay evidencia considerable de una gran cantidad de fluor incorporado en forma local.

Por lo tanto puede suponerse que el fluor actúa por dos vías: Una Endógena y otra Exógena.

Tabletas de Fluor.

Ante la imposibilidad de controlar adecuadamente las cifras de fluor en el agua de suministro público, mucha importancia se le ha dado a las tabletas de fluor (usualmente de 2.2 mg. dando una dosis de 1.00-mg. diario).

Las investigaciones han demostrado substancialmente una reducción de caries en la dentición permanente y temporal cuando el consumo de las tabletas ha comenzado lo suficientemente temprano.

Sin embargo, se ha demostrado a menudo, que cuando las tabletas se proporcionan gratuitamente el interés va disminuyendo y solo hay un pequeño porcentaje de padres persistentes en suministrar las dosis a sus hijos.

En vista de los beneficios derivados de estas tabletas, Davies en 1973 recomienda firmemente que cuando la fluoración del agua es impracticable dentistas, doctores y clínicos de salud para el niño, deben ser estimulados para prescribirlos. Un procedimiento alternativo, podría ser ordenado de la distribución de tabletas de fluor a través de las escuelas y jardines de niños.

Por supuesto debe tenerse en mente que cuando se prescribe (dosis) o distribuyen tabletas, es esencialmente necesario averiguar el contenido del fluor en el agua de consumo. La proporción adecuada es de 1 p.p.m. (si el agua la contiene, no se debe prescribir una dosis adicional). Las tabletas se deben ingerir diariamente durante el período de amelogenesis.

Los tres principales agentes de flúor son:

- Fluoruro de Sodio (NaF) usualmente aplicado como una solución al 2% en agua bidestilada.

- Fluoruro Estanoso (SnF_2) utilizado en solución de las áreas de contacto para remover cualquier placa o restos de ella, en las áreas proximales. Después de esto, los dientes son aislados con rollos de algodón, empezando por un cuadrante, colocando un aspirador de saliva de alta velocidad los dientes limpios y aislados se secan con la jeringa de aire y se mojan constantemente con la solución de fluoruros de sodio por un período mínimo de 4 minutos.

Después de que se ha completado cada cuadrante se le permite al paciente que escupa y se enjuague una sola vez, el tiempo promedio de la aplicación es de 10 minutos.

Debe hacerse hincapié que hay muchos reportes conflictivos demostrando la superioridad de un fluoruro sobre otro pero no existe ningún consenso de opinión a partir de los diversos ensayos obtenidos.

Las conclusiones que pueden hacerse son, que los principales fluoruros usados ayudan considerablemente a la reducción del índice (C. P. O.) (Caries, obturación y pérdidas).

Las diferencias entre ellos pueden ser marginales y como cada tipo tiene sus fieles defensores, el uso de un agente particular es a menudo un asunto de elección individual basado en conveniencia, costo comparativo y accesibilidad.

Fluoruro Estanoso.

Una solución de 8 a 10% se aplica a los dientes durante dos minutos.

Considerables trabajos fueron llevados a cabo con fluoruros estano-
sicos por Muhler y Cole en Indiana. Sus hallazgos indicaron una efica-
cia mas acrecentada en la reducci3n de caries o sobre el fluoruro de se-
dio, pero esto no siempre ha sido confirmado por otros investigadores-
sin embargo las siguientes son algunas de las propiedades del fluoruro
estanoico:

- Es muy activo y por eso pierde su potencia r3pidamente. Per-
lo que debe usarse en proporciones recientes por el dentista o su asig-
tencia en cada sesi3n.

- Se afirma que el fluoruro estanoico es mas efectivo en adultos
que el fluoruro de sodio.

- Parece que tiene efecto aun en aquellas zonas donde hay fluora-
ci3n 3ptima de agua.

- Tiende a manchar las lesiones cariosas incipientes y hay obje-
ci3n a la pigmentaci3n producida.

- Tiene un sabor m3talico que muchos pacientes objetan.

- Muhler afirm3 que una sola aplicaci3n anual de fluoruro estano-
ico al 8 % fue suficiente para dar protecci3n contra la caries.

- Estudios anteriores tienden a demostrar que unos de los cuatro
minutos usuales de exposici3n con casi todos los agentes locales, da-
r3n una efectiva protecci3n de la caries, Mercer y Muhler en 1964 re-
portaron buenos resultados con treinta segundos de aplicaci3n, mien-
tras Scala y Ostrons en 1968 redujeron el tiempo de aplicaci3n a 15 se-
gundos con buenos resultados con reportes similares, Shanen en 1972 re-
port3 las producciones de un gel de fluoruro estanoico estable al 1.4 %
libre de agua con glicerina, lo cual demuestra una promesa excepcional.

Si esto es verdad es satisfactorio y la baja concentración de fluoruro estanoico será mucho más aceptable desde el punto de vista del sabor.

Técnica de aplicación del Fluoruro Estanoico:

Los dientes son limpiados y pulidos. Se colocan los rollos de algodón para aislar el cuadrante. La solución se aplica a los dientes con un isótopo, manteniendo los dientes húmedos durante dos minutos. La seda dental se pasa a través de las zonas de contacto para asegurar se de que están mojados con la solución. La seda no encerada es la más recomendable, aunque se duda que éste sea realmente importante. Cada cuadrante se trata secuencialmente de manera semejante. El tiempo promedio para la aplicación completa es de 5 minutos para todos los cuadrantes.

Las desventajas de las soluciones de Fluoruro Estanoico:

- La pigmentación de algunas zonas de los dientes.
- La necesidad de preparar soluciones frescas antes del tratamiento.
- Las objeciones del sabor.

La pigmentación (zonas negras o pardas) no han sido nunca una causa de ansiedad. La coloración es asociada con caries, indipientes, se dice que es debido a la formación de fosfato estanoico, zonas que fueron suaves y porosas se vuelven pardas y duras. Hay algunas remineralizaciones. Para el principiante en la prevención que puede carecer de confianza en las soluciones tópicas de fluor para proteger al diente, la evidencia de la coloración de estas lesiones incipientes demuestran por completo y espectacularmente que un efecto positivo ha ocurrido ya que el esmalte intacto no se mancha.

- Ninguna dificultad se ha encontrado en la preparación reciente de fluoruro estanoico.

- Las objeciones al sabor varían con los diferentes pacientes, muchos aceptan el procedimiento pero algunos lo rechazan sin embargo, no hay razón alguna por la cual la concentración de fluoruro de fosfato acidulado para aquellos pocos que no tolerarían el sabor de fluoruro estanooso.

Algunas Ventajas del Fluoruro Estanooso son:

- La alta actividad reportada de la solución permitiendo inclusive un tratamiento de 15 o 30 segundos para que sea eficaz. Esto es importante por si un niño tiende a impacientarse pederle hacer una sola -- aplicación. Además a causa de esto no ha sido necesario usar aplicadores especiales o cucharillas.

Fluoruro de Fosfato Acidulado F.F.A.

Generalmente es éste un producto comercialmente disponible que contiene 1.23 % de fluoruro. Es el más utilizado de los agentes tópicos -- o locales en la actualidad, un tratamiento de 4 minutos es suficiente -- para cada zona tratada a los geles se les añade con frecuencia sabores -- santos como naranja, uva que les hace a los niños más agradable la --- aplicación.

Esta sigue el mismo patrón descrito previamente sin embargo parece que los cuatro minutos del tratamiento es estrictamente recomendable y se sugiere a menudo que se usen aplicadores especiales en forma de cucharillas de hule para colocar la soluciones del gel durante el tiempo requerido.

De esta manera el maxilar superior o el inferior pueden completarse en un período de cuatro minutos y con algunos aplicadores pueden -- tratarse ambas arcadas en una sola vez. El período de aplicación es -- de 10 minutos.

Es difícil ser dogmático acerca de la superioridad de cualquiera-

de estas soluciones. El Dentista preventivo debe de hacer su propia elección.

Daves en 1973 afirma que los mejores resultados fueron usados - en tratamientos combinados, fueron obtenidos con la programación de tres puntos.

- Pasta profiláctica de fluoruro estanooso seguida por aplicación local o tópica de fluoruro estanooso y aconsejar usar la pasta dentífrica de fluoruro estanooso.

La aplicación local del fluoruro debe llevarse a cabo tres veces al año, esto generalmente se planea así para que coincida con las vacaciones de las escuelas.

Las aplicaciones locales deben empezar con los dientes temporales y preferentemente a la edad de dos años y medio o tres años, acerca de esto se ha encontrado que fundamentalmente en la práctica preventiva, solo una parte de la visita se emplea en la aplicación de los agentes locales. Una cantidad de tiempo debe emplearse para la instrucción o entrenamiento en el cuidado de la salud dental y la dieta.

SUSTANCIAS REVELADORAS

- Capacidad de teñir selectivamente la placa, de modo que resalte de las porciones más limpias de los dientes y sus alrededores.

- Ausencia de retención prolongada del colorante del resto de las estructuras bucales (labios, mejillas y lengua).

- No debe afectar las obturaciones de los dientes anteriores.

- El sabor debe ser aceptable.

- Que no tenga efectos perjudiciales sobre la mucosa ni debe haber la posibilidad de daño provocado por alguna posible reacción alérgica.

Habiendo demostrado la presencia de la placa, la responsabilidad del dentista es la de: Eliminarla.

- Asegurarse de que el paciente pueda retirarla de la boca y di hasta donde sea posible, para detener el desarrollo y retención de errias.

Por lo tanto debemos prestar atención a los siguientes factores:

- Obturaciones desgastadas.
- Contacto amplio o escaso entre los dientes
- Coronas de contornos desfavorables.
- Cavidades cariosas de los dientes.
- Caracteres gingivales por enfermedad gingival destructiva.
- Inserciones de frenillo alto interfiriendo con la acción del cepillado.
- Dientes mal alineados, volviendo algunas zonas difíciles de penetrar.
- Dentaduras y aparatos ortodónticos más ajustados y prebremente cepillados.
- Labios entreabiertos.
- Ingestión excesiva de sacarosa.

Se deben de tomar todas las medidas para facilitar y alentar efectivamente el cepillado dental que es nuestro método principal de atacar el problema "placa". Todos los indicadores de la placa constituyen un medio para estimular el cepillado eficaz y por lo tanto sin este último todos ellos serían una pérdida de tiempo y dinero.

CAPITULO VI
HABITOS ORALES PERJUDICIALES Y
SU CORRECCION

Un hábito es una práctica fija, producida por la constante repetición, el hábito se hace menos consciente y si se repite a menudo, puede ser relegado por completo al inconsciente.

Los hábitos perjudiciales causantes de las malposiciones dentarias son aquellos que encontramos comunmente al hacer una historia clínica dental; la importancia de determinar un hábito es un factor valioso en la terapéutica de un caso de malposición dentaria.

Es muy difícil aconsejar acerca de la interferencia de hábitos sin entrar en conflictos con la diversidad de opinión de los ortodontistas. Sin embargo, si los hábitos perjudiciales prosiguen puede ser grande la futura lesión originando una cavidad oral con disfunciones.

Al forzar a un niño a romper un hábito por medio del castigo puede ser contraproducente pero si el niño desea interrumpirlo por que comprende que es perjudicial para la correcta disposición de sus dientes, entonces sí se puede intervenir para ayudarlo.

Se pueden colocar en su boca algunos aparatos que a manera de recordatorio le informe cuando está por recaer en su hábito. Estos recordatorios, tienen éxito en algunos casos y fracasan en otros, cuando fracasan el niño puede tornarse nervioso e irritable y también puede derivar a otro hábito menos aceptable.

En los casos de éxito mejora la disposición dentaria, también suelen utilizarse métodos psicológicos con un grado variable de éxito.

Los malos hábitos en la etiología de las malposiciones dentarias STRANG los cataloga entre las causas post-natales como los factores -

circundantes o proximales. En este grupo coloca todos los factores etiológicos que no se refieren a los elementos estructurales de las arcadas dentarias propiamente dichas. En su mayor parte su acción repercute directamente sobre las piezas dentarias o sus estructuras óseas de soporte, produciendo un caso de mal oclusión y alterando el equilibrio de fuerzas que actúan normalmente sobre las estructuras orales.

CLASIFICACION DE HABITOS DEFORMANTES O PERJUDICIALES.

- 1.- Hábitos que son perversiones de los procesos funcionales normales:
 - a). Hábitos de succión
 - b). Hábitos anormales de respiración.
 - c). Hábitos anormales de la fonación
 - d). Hábitos anormales de la deglución.

2. Hábitos diversos:
 - a). De la lengua.
 - b). De los labios.
 - c). De los carrillos.
 - d). De mordorse las uñas.
 - e). De llevarse cuerpos extraños a la cavidad oral.

- 3.- Hábitos de postura:
 - a). Presiones anormales de diferentes elementos.
 - b). Hábitos al dormir
 - c). Hábitos al estudiar.
 - d). Hábitos de la mimica.

HABITOS DE SUCCION.

Sin duda este hábito, bajo diversas formas, es una de las causas más frecuentes de las malposiciones dentarias.

Esto no debe sorprendernos porque la función de la succión es una de las primeras manifestaciones de la actividad fisiológica en las co-

estructuras del órgano masticatorio.

El niño parece encontrar alivio a todas las irritaciones al succionar, esto requiere normalmente la presencia del pezón entre las encías superiores e inferior, o la presencia de un dedo o de artículos habituales que producen aproximadamente el mismo efecto sedante. Para comprender el efecto producido por el abuso de este acto se deben conocer las actividades normales de una succión normal.

Uno de los efectos producidos y el más importante es la maloclusión, y el tipo de ésta depende de la posición del pulgar que es el más frecuente de succionarse, o de la ayuda combinada por la presión firme de otros dedos, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupete.

La clase II subdivisión 2 (clasificación de ANGLE) constituye en la arcada superior el problema clínico que más frecuentemente se presenta a causa de este hábito.

La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano y el brazo la fuerzan continuamente a adoptar una posición en retracción. Cuando los incisivos son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está mantenida contra el paladar. La fuerza muscular de los carrillos produce contracción del arco maxilar, el labio superior se vuelve hipotónico y el inferior está prisionado por los incisivos superiores.

Existen algunos aparatos para romper o evitar el hábito de succión, pueden utilizarse rejillas o enrejados tanto fijos como removibles.

Los removibles pueden ser fabricados de metal y acrílico y los fijos con bandas y también con coronas montadas a las que se les agrega un arco lingual de alambre soldado.

Pueden ser empleados también otros dispositivos como por ejemplo guantes de tela para el pulgar u otros dedos, también dedos de aluminio, guantes de malla de alambre y algunas sustancias o drogas desagradables, todos estos son a menudo recomendables aunque su eficacia no es muy frecuente.

No obstante, el recordatorio más higiénico y constante que interfiere en una forma bastante efectiva el acto de la succión es un aparato que separa el pulgar del paladar, así la succión no se produce y el acto es ineficaz.

El aparato consiste en los ya mencionados arejados o rejillas, que se fijan por medio de bandas o correas en los primeros molares -- primarios a cada lado del arco superior, la rejilla la forma una sola barra o un armazón con varias barras, dichas barras deben estar separadas del paladar alrededor de $3/16$ de pulgada en la línea media.

Habitualmente el reflejo de llevar la mano hacia la boca desaparece en pocas semanas y el aparato puede retirarse, si el hábito reaparece el aparato puede volver a colocarse cimentándose en su lugar por un tiempo más.

Otro aparato también usado en la corrección de este hábito consiste en un espolón puntiagudo colocado sobre una banda en un incisivo, un canino o un premolar según donde produzca la intercepción del hábito.

HABITOS ANORMALES DE RESPIRACION.

Aquí encontramos el hábito de respiración bucal que es causado por desviaciones de procesos funcionales normales, los casos más frecuentes de respiración bucal son:

- a). Hipertrofia de los tejidos linfoides, faríngeos y adenoideos.
- b). Defectos intranasales como la desviación del septum y los espolones ó a e o a del mismo.

Para que se establezca la respiración bucal, es necesario que el niño presente su boca abierta con los labios separados y que la lengua asuma una posición baja y hacia adelante respecto a los dientes y maxilares. El diagnóstico nunca debe efectuarse por la simple apariencia de la boca abierta, si no se comprueba la falta de cierre de parte posterior enviando al paciente al Otorrinolaringólogo.

Este hábito puede estar referido a las horas de sueño, pues cuando el niño está acostado y la amígdala faríngea aumenta de tamaño puede cerrar por acción mecánica los pasajes de la nariz y la faringe, bloqueando las coanas y forzando al niño a respirar por la boca.

Esto se puede remediar eliminando quirúrgicamente la obstrucción y además hay que educar al paciente a que respire correctamente pues la respiración nasal no se restablece por sí sola.

La eliminación de la causa de esta anomalía comprende varios procesos.

- 1.- Intervención quirúrgica de Otorrinolaringólogo.
- 2.- Tratamiento de la maloclusión que haga posible fácil la aproximación de los labios.
3. Restauración del tejido labial a su tamaño, tono y función normal.

La primera parte del problema está en manos del Otorrinolaringólogo competente, el segundo punto se logra por medio del ejercicio de una buena Ortodoncia Preventiva y en seguida describiré algunas sugerencias para la restauración del tejido labial y por ende la respiración nasal.

Los labios del respirador bucal crónico presentan las siguientes anomalías: Falta de crecimiento en el superior y por lo tanto muy corto, el labio inferior es flácido y presenta hipotonismo. Los ejercicios musculares y el funcionamiento normal de los labios al co-

practicar con regularidad y perseverancia les devolverán su tamaño y su tono normal.

Se prescribirán ejercicios de alargamiento labial; el ejercicio del orbicular de los labios ayuda bastante. Puede utilizarse un dispositivo estiralabios, tomando un trozo grande de pasta de modelar y dándole forma para que llene la parte anterior del vestíbulo de la boca, una porción se coloca entre los incisivos para que el paciente muerda sobre ella dejando impresiones de los incisivos superiores e inferiores que permitirán localizar y estabilizar el aparato, este dispositivo mecánico se entregará al paciente con instrucciones de uso diario, se deberá colocar en la boca tratando de cerrar los labios sobre él, repitiendo el ejercicio por lo menos 100 veces diarias puede construirse también de acrílico.

Del mismo modo se aconsejan ejercicios masticatorios que pueden emplearse para obtener estabilidad en los tejidos óseos de soporte dentario y para fortalecer los músculos masticatorios, éstos están siempre débiles y poco desarrollados en los respiradores bucales.

Otro método y a mi juicio el mejor para erradicar el problema es el de la colocación de una pantalla oral, construida de acrílico y que se inserta en el vestíbulo de la boca entre los labios y los dientes, se usa en el transcurso del sueño de modo que el paciente se vea obligado a respirar por su nariz. Dicha pantalla debe extender sus límites superior e inferior hasta el surco mucogingival y en las zonas posteriores hasta los premolares.

Se puede usar también conjuntamente un trozo de tela adhesiva para evitar que durante la noche se desaloje la pantalla.

HABITOS ANORMALES DE LA FONACION

Algunos niños que hablan sin claridad especialmente si desean, lo hacen porque la extremidad de su lengua tiene contacto con los bordes de los incisivos y la mandíbula se mantiene más o menos está

cionaria. Estos hábitos producen desviación labial de los incisivos e infraoclusión de los mismos.

El estudio detenido de la posición ocupada por la lengua de los niños con defectos de pronunciación revela a menudo causa de malposiciones dentarias.

Para combatir estos hábitos el Ortodoncista necesita la cooperación de un especialista en Ortolalia, que enseñará al paciente a vencer los defectos fonéticos, eliminando así la causa de la presión anormal ejercida sobre las arcadas cuyo agente es generalmente la lengua.

HABITOS ANORMALES DE LA DEGLUCION.

El hombre desde su nacimiento, tiene que luchar para subsistir. Desde épocas remotas luchaba succionando y mamando el pecho paterno, en tanto que, en la actualidad hemos suplido en ocasiones esta función con mamilas e biberones.

El niño al nacer, debe alimentarse con leche materna; fisiológicamente los dos problemas más importantes son: primero el fisiológico, mediante el cual el niño lucha por alimentarse los pequeños músculos tienen que hacer una fuerza extraordinaria para lograrle, realizan un estímulo para el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales; segundo el psicocósmico, el niño mamando en los brazos de la madre adquiere un sentimiento de seguridad, alegría y de protección.

Dichas mamilas artificiales, largas y con grandes agujeros llenan la boca del niño, ya que el chupón se extiende hacia atrás hasta el área blanda del paladar, por lo tanto, el niño no tiene necesidad de mucho trabajo de su parte, no usa pues el dorso de la lengua, ni tampoco sus labios de una manera constante.

Muchos niños empiezan su vida así, y nunca tienen la oportunidad de aprender a succionar y a deglutir debidamente.

Así podemos observar como principia el hábito de deglutir incorrectamente cuan común es encontrarlo asociado con el hábito de chuparse los dedos, esto es pues un círculo vicioso en el que el niño aún inocente no ha tomado parte alguna al comenzar dicho hábito.

La deglución pervertida se origina por una presión entre los dientes en todos los actos de la deglución por el vicio que se denomina - perversión muscular y es de resultados desastrosos ya que ocasiona una mordida abierta.

Como es bien sabido la posición normal de la lengua en reposo, es descansando en el piso de la boca, y una de sus funciones esenciales - es formar con el aliento y la saliva el bolo alimenticio, que guiado a la faringe constituye el primer acto de deglución. En cambio los que tienen el acto de deglución pervertido en la forma que señalamos, sacan la lengua entre los dientes en cada ocasión que pasan saliva e alimento.

El tratamiento de la interposición lingual se efectúa adecuando - al niño para que coloque su lengua en la posición adecuada durante la deglución, esto resultará difícil de lograr hasta que el niño tenga -- edad suficiente como para colaborar. Los ejercicios miofuncionales como los utilizados para limitar los efectos de la succión del pulgar -- pueden utilizarse para llevar a los incisivos a su correcta alineación. También es posible construir una rejilla vertical, que es similar a la sugerida para evitar la succión de los dedos, excepto que las barras palatinas se soldan en posición horizontal, extendiéndose hacia abajo desde el paladar para evitar la interposición de la lengua.

HABITOS DE LA LENGUA.

La lengua es para el Ortodencista causa de muchos males. Es el órgano susceptible a colocarse en las posiciones más imprevistas y con

más frecuencia que ningún otro. La lengua está compuesta de una masa muscular cuyo único objeto es responder por modificaciones especiales de forma y posición a los requerimientos de la fonación, deglución, succión y masticación, está bien adaptada a sus funciones pero también puede con facilidad responder a los deseos del niño nervioso y de mala coordinación que le lleven a colocarla en posiciones indeseables, que le causan placer o también malos hábitos.

El hábito de tener la lengua entre los dientes, es el más grave, la posición viciosa de la lengua puede producir por presión constante de día y de noche trastornos muy serios tanto estética como funcionalmente. Lo peligroso de este mal hábito es que el sujeto no se da cuenta del mal que se está provocando, como pues la mayoría no se imaginan que el lugar donde colocar la lengua entre las piezas dentarias, no es el que le corresponde a una posición natural; si consideramos además la exagerada fuerza que tiene la lengua formada por numerosos músculos, fácil es de comprender el daño y la deformación que puede producir modificando la posición de las piezas dentarias, aquí podemos recordar el axioma que dice "El músculo domina al hueso".

El hábito de morderse la lengua puede localizarse en la región de los incisivos provocando mordida abierta o bien en la región de los premolares y molares ocasionando una maloclusión de estas piezas.

Para impedir que la lengua se mantenga entre las piezas superiores e inferiores, y también para evitar que se suerda la lengua, puede soldarse a un arco lingual de alambre en un caso inferior, y un arco palatino en el caso superior, un armazón de alambre vertical, dicho armazón también puede formar parte de un arco o retenedor removible de HAWLEY.

Este aparato en pacientes adultos da resultados muy satisfactorios.

HABITOS DE LOS LABIOS.

Aquí encontramos el chupeteo y la mordida del labio. El chupeteo

del labio puede observarse aislado o acompañado de la succión del dedo, casi siempre se trata del labio inferior, aunque a veces se presentan hábitos de mordida del labio superior. Cuando el labio inferior se mantiene repetidamente debajo de la región posterior de los dientes superiores, el resultado es la bioversión de dichos dientes, también a menudo una mordida abierta y algunas veces linguoversión de los incisivos inferiores.

La succión o mordida del labio inferior puede llevar al mismo desplazamiento anterior de los dientes superiores como en la succión del dedo, aunque este hábito suele producirse durante la edad escolar, y en la cual con un llamado a su propio buen juicio y con su colaboración suele interrumpirse y corregirse el hábito.

El Odontólogo puede ayudar con la proposición de ejercicios tales como la extensión del labio superior por debajo del borde de los incisivos superiores y la aplicación con fuerza del labio inferior contra él.

El mordisqueo del labio también se puede corregir por medio de la colaboración de un arco lingual de alambre sostenido por medio de bandas o coronas colocadas en los primeros molares temporales y además con la colocación de una sección de arco en la cara labial en donde se aplicará acrílico de autopolimerizable, usando aproximadamente un mes este aparato será suficiente para la corrección de hábitos.

HABITOS DE LOS CARRILLOS.

La succión de los carrillos puede ser unilateral o bilateral, cuando se practica en una forma unilateral puede ocasionar una maloclusión de tipo mordida cruzada, y cuando es bilateral ocasiona una reducción en el crecimiento normal tanto de la mandíbula como de los maxilares.

Esto se puede solucionar en parte por medio de la colocación de-

una placa o pantalla vestibular que impida la succión.

HABITOS RELACIONADOS CON CUERPOS EXTRAÑOS.

Estos hábitos pueden estar relacionados con una infinidad de objetos y muchas veces o son difíciles de descubrirlos.

Los más comunes son aquellos en que la ocupación del niño favorece a practicar este hábito, en este aspecto vemos el hábito que adquiere el paciente en la escuela como es el de morder lápices, regla, goma etc., estos hábitos son efectuados ya sea por comodidad o por placer.

Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir y estos son aquellos que muerden un pedazo de tela, una esquina de una almohada, o una sábana o pijama etc.

El uso de chupetes de goma duros o sea los llamados mamonos ya no es tan frecuente porque se ha advertido a las madres que restrinjan su uso, pero algunos dispositivos más blandos como pedasos de hule son a veces factores etiológicos para nosotros y esta posibilidad se debe de tomar en cuenta.

Existe una gran variedad y sobre todo es tan individual el hábito relacionado con cuerpos extraños que al efectuar la historia clínica de un paciente, cuidaremos de no pasar por alto la posibilidad de la existencia de un hábito pernicioso relacionado con un cuerpo extraño llevado a la cavidad oral.

La corrección se llevará a cabo de acuerdo al cuerpo extraño utilizado; haciéndole notar al niño la conveniencia de su interrupción, pues de no ser así este hábito le causará problemas graves en su boca.

HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS.

Además de los trastornos bucodentarios que ocasiona es pertinente mencionar el mal aspecto que presentan los dedos con uñas semidesgastadas, y esto origina la pérdida de la belleza de las manos en el hombre pero muy especialmente en la mujer.

Los que practican el hábito de morderse las uñas, tienen aparentemente una costumbre inocente, pero pueden producir también una maloclusión dentaria, este hábito tan frecuente entre niñas y adultos, como los demás hábitos difícil de suprimir, de tipo neurótico. Otros autores explican este hábito como anterior al de chuparse los dedos, que más tarde se deriva en mordisqueo de uñas y más rara vez de una sola uña.

Al parecer, tanto uno como otro hábito, pero sin duda este que ahora nos ocupa se debe en definitiva a una tensión emocional contenida por conflictos psíquicos, tales como sentimientos de agresividad, poca atención afectiva de los padres, o de otra persona de quien se espera dicha actitud.

Hay casos en que esto persiste toda la vida, pero con frecuencia y por ser una costumbre reprobable, llega a abandonarse en ocasiones por la sola fuerza de voluntad y con más o menos tentativas.

Los procedimientos de manchar las uñas con sustancias amargas y colerantes a veces dá resultados sumados a la persuasión y al convencimiento para abandonar este hábito.

Estos hábitos se encuentran en niñas que acostumbra dormir con las manos e el brazo sobre el carrillo, o quienes al estudiar apoyan una mano sobre la cara, causando deformaciones y maloclusiones en las áreas dentarias.

Estos hábitos son relativamente fáciles de corregir.

Per lo que a la mínima se refiere, es bien sabido que los niños tratan de imitar a los adultos, como en el caso de un niño cuya madre o padre sufre de una deformación protusiva de la mandíbula, es seguro que el niño tratará de imitar esta situación.

Otros hábitos pueden ser producidos por tentación, como cuando una pieza dentaria fracturada o perdida, engendra la costumbre pernicioso de tocar con la lengua exactamente el borde fracturado o el espacio que dejó una pieza dentaria perdida, esto puede ocasionar la -- tan temida mordida abierta.

Los hábitos de postura durante el día son fáciles de corregir si se obtiene la cooperación activa del niño, los que se efectúan durante la noche requieren el uso de dispositivos de tipo psicológico, como -- motivaciones y vigilancia aplicada por los padres.

Respecto a las imitaciones, si es posible, se corregirá educando a la persona que es imitada para suprimir la asociación mental productora de la descarga nerviosa responsable del hábito.

Otro elemento que pudiera ser útil en la terapéutica de todos y cada uno de estos hábitos sería el hipnotismo. Dentro de las normas -- esenciales para su práctica debemos tener precaución y tutela.

TEMA VII

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ALTERACIONES PULPARES.

Estas medidas las podemos dividir en :

1. Educativas.
2. Profilácticas.
3. Terapéuticas.

1.- EDUCACIONALES.

A) Alimentación Adecuada.- En este nivel de prevención todas las medidas de que hacemos uso son específicas, con relación a la caries dental y a su vez a la preservación del órgano pulpar.

Así pues una buena alimentación desde la infancia va a dar como resultado la formación de una dentición resistente a la caries dental. La dificultad de este método estaría en que, se tendría que dar información especial sobre las precauciones que han de tener al cocer los alimentos para que no pierdan su valor nutritivo, tendría que existir una instrucción dietética general para que el público pudiera usar los alimentos considerados como básicos y no pierdan su valor nutritivo.

B) Restricción de hidratos de carbono.- La restricción de hidratos de carbono es considerada como un método de protección para la caries, sin embargo, para programas de salud pública su ejecución es casi nula debido a diferentes factores:

2.- PROFILACTICOS.

1. Aplicaciones tópicas de Fluoruro.- Las aplicaciones tópicas de fluoruro son aconsejables y dan una reducción en la incidencia de la caries de un 40% siguiendo la técnica del Dr. Knuston. Las aplicaciones de fluoruro de estado según los resultados del Dr. Muhler, presen-

tan una reducción de 58.8% en 65% en la reducción de la caries, sin embargo la falta de experimentos conclusivos con esta substancia nos deja la duda de su efectividad real. Esto no quiere decir que dejemos de usar la técnica del Dr. Muhler, es aconsejable y se usa en programas de salud pública, debido a que solo necesita una sola aplicación anual lo cual hace que se pueda completar mayor número de personas; -- aquí en México se está usando éste método.

Por el contrario, la técnica del Dr. Knuston con cuatro aplicaciones consecutivas a una sola persona, hace difícil su ejecución en programas de salud pública. Para el trabajo en el consultorio particular es aconsejable usar fluoruro de sodio por su efectividad comprobada.

Técnica del Dr. Knuston con fluoruro de sodio al 2%.

a) Profilaxis de todas las piezas dentarias existentes en el paciente, hecha a motor con cepillo y ayudado de una pasta limpiadora.

b) Aislamiento de las arcadas dentarias del medio bucal pudiendo aislar dos a la vez, tanto superior como inferior, ya sea del lado izquierdo o del lado derecho, siempre y cuando los rollos de algodón usados dejan completamente libres toda la superficie dentaria.

c) Secado de las piezas dentarias de preferencia con aire a presión.

d) Se aplicará una solución de fluoruro de sodio al 2% en agua -- destilada sobre todas las superficies dentarias, con una torunda de algodón ó un atomizador suave.

e) La solución aliada se dejará secar durante tres minutos como mínimo.

f) La segunda, tercera y cuarta aplicación, se harán con intervalos de una semana sin necesidad de profilaxis. A la conclusión de las cuatro aplicaciones se dará el tratamiento por terminado.

Las edades óptimas para efectuar éste tratamiento: A los tres, siete, diez y trece años; con el objeto de que la solución sea aplicada lo más pronto posible después de la erupción.

En otras palabras, a los tres, años ya ha erupcionado la dentadura temporal, a los siete años protegemos el molar de los seis años a los diez los incisivos y premolares, y a los trece los segundos molares y caninos.

Estos investigadores emplearon 115 niños de 7 a 15 años de edad para probar la eficacia de la solución acuosa al 2% de fluoruro de sodio, usada en forma de aplicaciones tópicos y equivalentes aproximadamente de 9.050 partes por millón de fluoruro.

El número de niños con que experimentaron fué de 289, los cuales recibieron la aplicación en las piezas dentarias de los cuadrantes superiores e inferiores izquierdo y se tomó un número de 326 niños como grupo de control; a los dos grupos les practicó una profilaxis, excepto que al grupo de control no recibió ningún tratamiento. Al grupo experimental se le hicieron dos aplicaciones por semana, todas efectuadas con aislamiento del campo y dejando de secar la solución al aire, durante cuatro minutos. Los datos obtenidos al final del año y limitado a los dientes permanentes erupcionados presentes en el primer examen, indicó que en el grupo tratado hubo un 36% menos de caries que en los dientes no tratados del cuadrante contrario.

También se observó que la incidencia de caries en los dientes no tratados del grupo experimental fue similar a la incidencia de caries que se observó en el grupo de control. Esto quiere decir que el efecto inhibitor del tratamiento es local y limitado a los dientes que reciben las aplicaciones tópicas. Después de dos años se comprobó que en los dientes no tratados del grupo de control y se notó además que la reducción de la experiencia de caries era mayor en el cuadrante superior que inferior.

Uso de la seda dental.- La seda dental se usa para limpiar superficies interproximales, lugares en donde las cerdas del cepillo no pueden penetrar. Solo es posible aceptar su valor preventivo en casos -- particulares, donde hay acumulación de restos alimenticios en superficies interproximales, donde su uso puede ser beneficio si se practica adecuadamente, ya que de lo contrario, puede ser un peligro al no saberse usar y causar lesiones parodontales.

3.- TERAPEUTICA.

Diagnóstico.- Para instituir de un modo inteligente, procedimientos ó métodos curativos es necesario, primero hacer un diagnóstico completo del caso. Comenzaremos por el examen del paciente, el cual comprende no solo la minuciosa inspección de los dientes y estructuras de soporte, sino también la inspección general del paciente, para obtener un concepto claro de las condiciones locales, de su repercusión en el estado general y de su conexión con afecciones locales.

Al realizarse el examen, deben de descubrirse los menores defectos y las perturbaciones patológicas más oscuras, para que puedan recibir atención inmediata y recuperar la salud y sus funciones. Es un grave error diferir las operaciones sobre perturbaciones pequeñas, estas pueden ser remediadas en su comienzo con mucho menos dolor para el paciente y menos trabajo para el operador, capacitando a aquel para que pueda mantener en buenas condiciones higiénicas su boca.

La palabra diagnóstico derivada del griego, Día que significa a través de y es el arte de distinguir una enfermedad de otra; ó bien es el conocimiento de una enfermedad a través de sus manifestaciones o signos distintivos.

Las formas de conocimiento son: La percepción y la aperción.

La percepción nos la suministran los sentidos, es la primera forma de conocimiento es lo que nos dá la noción o conceptos particulares. A esta percepción sensorial, sigue la concepción intelectual, a la cual llamamos apercepción.

Cuantos intentos se hagan por mejorar los métodos de diagnóstico deberán basarse sobre el poder perceptivo de los sentidos y el aperceptivo de la mente.

Para hacer un buen diagnóstico, debemos hacer una historia clínica investigando sobre la presión sanguínea, dieta, exámenes de sangre, orina, saliva, análisis bacteriológicos, radiografías e inspección oral.

La historia clínica debe de comenzarse por los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, hábitos, ocupación, peso y estatura. Todo esto tiene una relación bien definida con el estado físico; la inspección y el interrogatorio tiene relación con el estado general y en particular sobre la cavidad bucal. Así mismo como el estado de las articulaciones, estado del corazón, vías respiratorias, presencia de jaquecas, zumbidos de oídos, hemorragias nasales, etc.

Sobre el aparato digestivo, apetito, alimentación, presencia de dolor y clase del mismo, frecuencia e intensidad, vómitos etc.

Sobre el sistema cardiovascular: Dolor, disnea, palpitaciones, cefalalgias, mareos y además de los pies y tobillos.

Sobre los riñones: Color de la orina, frecuencia de la micción, náuseas mareos, vómitos, dificultad para hablar, convulsiones, etc.

Muchas enfermedades y estados del organismo, reducen la resistencia del paciente contra los procesos patológicos y contrarían, difícil

tan ó atrasan el efecto del tratamiento. Entre estas enfermedades ó estados del organismo tenemos: Catarro, embarazo, lactancia, neurasténia, tuberculosis, la preocupación y el miedo.

TEMA VIII

PREVENCIÓN DEL CÁNCER BUCAL

El dentista inicia su examen en el momento mismo de encontrarse con el paciente. Por ejemplo: puede tomar nota de los inchamientos o deformidades de la cara y el cuello.

De existir una masa en el cuello, debemos hacer una cuidadosa búsqueda de una posible neoplasia maligna primaria en la cavidad bucal e en la faringe. Conviene dejar para el final el examen de los dientes.

Estánde el paciente comodamente sentado, bajo una buena iluminación se estudiará toda la piel en busca de un posible carcinoma epidermoide, de lesiones pigmentadas sospechosas, o de queratosis.

Después de observar la piel, se observan los labios buscando - atrofia, leucoplasia o cáncer incipiente. Los pacientes con tumores del labio suelen mostrar lesiones menores, de aspecto relativamente - benigno. El clínico debe tener mucho cuidado, y examinar con detenimiento los labios antes de continuar con otras regiones.

Para el examen intrabucal y faríngeo, conviene disponer de dedos de caucho, una para cada dedo índice, de un abatelengua metálico y de una lámpara frontal. Es fundamental la lámpara o espejo frontal para examinar las regiones profundas de la faringe. De hecho, el estudio de las zonas muy profundas no corresponden al dentista, pero este sí puede observar las tonsilas y la parte posterior de la lengua.

Los dedos de guantes deben humedecerse para quitar el polvo de protección que en general tiene un sabor desagradable.

Debe palparse el borde cutaneomucoso de los labios, luego se pal

pa y se observa el vestibulo labial. Se extiende la exploración hasta los surcos inferior y superior y superficies bucales áreas retromolares y superficies externas de la encía. A continuación se observarán los paladares duro y blando, incluyendo la encía, palatina; luego la encía lingual inferior. Se pide entonces al paciente que saque la lengua lo más que pueda. Es aconsejable sujetar la punta de la lengua con una compresa de gasa, desplazando la lengua hacia un lado con una mano y realizando la palpación con la otra, mientras se observa cuidadosamente la mucosa en busca de leucoplasia, atrofia, úlceras e zonas de induración. No deben ser causa de confusión las grandes papilas caliciformes de la lengua, ni una extensión anterior de la amígdala lingual. Sin embargo el examinador deberá tener presente que -- puede haber cáncer en este último lugar. Algunas lesiones incipientes de esta zona pueden prestarse a confusión para el examinador poco avanzado.

En este momento, se examina el piso de la boca, de adelante hacia atrás, aplanando la mucosa con una combinación de retracción y palpación durante el estudio. Se termina esta parte del examen con una -- palpación bimanual del triángulo submaxilar y del submentoniano, sin olvidar los ganglios linfáticos.

La parte intrabucal del examen puede interrumpirse en este momento, procediéndose al examen del cuello.

El paciente debe estar sentado, y el examinador se coloca frente a él de pie o sentado. Poniendo una mano sobre la cabeza del paciente, que se doble ligeramente hacia adelante y se incline un poco hacia el lado por explorar, se palpa la zona submandibular con la mano libre. Esta exploración requiere mucha concentración. La palpación se inicia en la región submentoniana y prosigue hacia atrás. Durante un buen examen, las distintas estructuras se desplazan desde el nicho submaxilar -- que ocupan y se palpa a nivel del borde de la mandíbula.

Primero se palpa la cadena yugular de ganglios, estando el examinador frente al paciente y empleando las yemas de los dedos. Luego el examinador se coloca por detrás del paciente; se eleva un poco el esternocleidomastoideo con los dedos deblados para tratar de palpar los tejidos situados debajo de este músculo. Quizá el ganglio más importante sea el que está debajo del digástrico, cerca del ángulo formado por el vientre posterior del digástrico y el esternocleidomastoideo.

Se examina luego el triángulo posterior y la zona supraclavicular, estando el examinador delante y detrás del paciente la exploración del tiroides corresponde principalmente a los pulgares. El examinador se sienta frente al paciente y mientras palpa el cuello, pide al paciente que trague saliva.

En caso de duda, quizá deba repartirse parte de la exploración. Es preferible para ello esperar hasta haber llevado a cabo el examen de la faringe.

El examinador puede ahora reanudar el examen intrabucal. Esta parte de la exploración se realiza al final porque es la más desagradable de todas.

Se sujeta la lengua con una compresa de gasa y se tira levemente de ella, cuidando de no lesionar la base del órgano contra los incisivos inferiores. Con un espejo calentado, para que no se empañe, se examinan sucesivamente las tonsilas, la parte posterior de la lengua, la epiglotis y su base. Luego se desliza el índice sobre la parte posterior de la lengua, de un lado a otro. De la misma manera se palpan y se observan las tonsilas con ello termina el examen.

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER BUCAL.

Es inquietante la creciente frecuencia con la que el cancer bu-

cal se confunde con otros trastornos de la cavidad bucal.

La importancia de un diagnóstico inmediato, o de la corrección de un tratamiento equivocado, es mucho mayor en el caso de cáncer bucal que en cualquiera de los trastornos con los cuales se puede confundir. Al estudiar una lesión de la boca, no debe olvidarse, en ningún momento, que la tardanza en la identificación de un cáncer bucal puede significar la muerte.

Por lo tanto, cuando nos encontramos frente a cualquier lesión susceptible de ser maligna, es obligatorio tomar de inmediato las medidas necesarias para una biopsia.

Aunque se sospeche cáncer, se sigue recurriendo demasiadas veces a ensayos terapéuticos de distintos tipos, con la esperanza de estar frente a una lesión benigna; esta práctica es condenable. Las biopsias inmediatas salvan vidas; el cáncer constituye una urgencia, y es intolerable el retraso. El diagnóstico precoz solo puede establecerse con una biopsia.

Una vez excluido en una forma absoluta el cáncer, se hace el diagnóstico clínico de lesión benigna: Por traumatismo, neoplasia benigna, herpes, afta, etc., y es aceptable un tratamiento expectante. Pero si al cabo de dos semanas la lesión supuestamente benigna no ha desaparecido, estamos obligados a hacer una nueva biopsia. Por parte del dentista o del médico general, deben tolerarse muy pocas excepciones a esta regla, o ninguna. Todas las dudas deben aclararse mediante la biopsia.

En este momento cabe señalar que el dentista no llenaría su obligación moral con sólo aconsejar una biopsia. El dentista no ha cumplido con su tarea cuando ha mencionado la necesidad de estudios más completos durante su conversación con un paciente. Es raro el paciente que tomará las medidas necesarias para llevar a cabo otras pruebas diagnósticas sin que aparezcan signos o síntomas más llamativos. Se -

pierde así un tiempo precioso, el retraso disminuye mucho las posibilidades de curación del enfermo. El dentista debe ser quien asuma la iniciativa; es preciso establecer un diagnóstico. Su insistencia debe ser rotunda y él mismo debe tomar las disposiciones del caso. Se facilita así una tarea que el paciente considera desagradable incluso quiza innecesario.

Un enfermo con un dolor punzante en los dientes acude por sí mismo al dentista, y otro con un dolor persistente en el vientre no tarda mucho en consultar al médico; pero es ilusorio esperar que un hombre que se siente bien, a quien no le duele nada, haga los arreglos para que alguien vaya a cortarle un pedazo de encía, de lengua o de paladar. Hay que ayudar al paciente, las dificultades serán menores cuando se eduque a los legos; pero entretanto, la tarea de poner al paciente en las manos indicadas para estudios ulteriores y biopsias, corresponde fundamentalmente al dentista o al médico que atendió al enfermo por primera vez.

Diagnóstico Diferencial.

Muchas veces un diagnóstico diferencial no es sino una variedad de ginnasia mental. Desde luego, así ocurre en el caso del cáncer de la boca, en el sentido de que ésta es siempre la enfermedad que debe descartarse. Con todo, no está de más conocer las lesiones con las cuales se confunde más frecuentemente este padecimiento suele confundirse con alguna de las siguientes lesiones:

Glositis sífilítica

Gomas (sífilíticas), tuberculosis

Leucoplasia (sífilítica o no)

Úlcera de Vincent (en general del pilar anterior, zona retromolar o amígdala).

Afta Crónica.

Úlcera o fisura traumática indolora.

Tumor de Células gigantes

Papiloma, tumor benigno, tumor mixto.

Verruga, hiperplasia, linfangioma.

Amigdalitis crónica

Abceso supramigdalal o palatino

Abceso Gingival.

No podemos presentar aquí todos los puntos que permiten descartar las lesiones mencionadas, pero podemos insistir en algunos aspectos -- fundamentales.

TUMORES MALIGNOS DEL SENO MAXILAR Y SENOS ACCESORIOS.

Los tumores malignos que afectan el seno maxilar deben incluirse en el estudio de los tumores relacionados con la cavidad bucal. Existen claras razones para ello. En primer lugar, del 52 por 100 de una serie reciente de casos de tumores malignos del seno maxilar, estudiados en la U.S.A. acudieron al dentista antes de consultar al médico. En segundo lugar, los tumores malignos del seno maxilar pueden invadir la cavidad bucal, dando la impresión de un cáncer originado en el paladar o en el fondo del saco gingivobucal. Para el principiante, los tumores malignos del seno maxilar pueden parecer quistes maxilares. Veremos pues que -- existen varias razones para que el dentista piense inicialmente en un posible cáncer del seno maxilar.

Como en la mayoría de los tumores, los del antro maxilar muchas veces han alcanzado una fase avanzada cuando se inicia el tratamiento curativo decisivo. Muchos de estos enfermos, pensando que sus molestias se deben a un problema dental, acuden primero al dentista. Una alta proporción de ellos pueden también visitar al otorrinolaringólogo, pensando -- que sufren una sinusitis crónica.

Una secreción nasal unilateral persistente debe hacer pensar en un tumor maligno de los senos nasales. Es aconsejable realizar con más frecuencia el estudio citológico de estas secreciones. También es aconsejable recurrir con más frecuencia al estudio o a las punciones del seno y a su exploración. Son importantes las radiografías de la región para el diagnóstico.

La supervivencia a los cinco años es de casi el 50% desde la adopción de este tipo de tratamiento.

LA BIOPSIA.

Es fundamental un diagnóstico precoz exacto en los tumores malignos. En la actualidad la única manera conocida de establecer con seguridad la naturaleza de la lesión es el estudio microscópico. El estudio Histopatológico de las muestras obtenidas de una lesión sospechosa es de enorme utilidad para el diagnóstico del cáncer en la boca, de la piel, o de cualquier otra región. Esta técnica se llama biopsia, indispensable, para el diagnóstico, y además utilísima para preparar un tratamiento adecuado, para verificar los resultados de éste o la extensión de la enfermedad, y para apreciar los resultados a largo plazo en general se acepta que una biopsia de un carcinoma epidermoide si se hace bien, no aumenta el peligro de diseminación de células neoplásicas.

Las biopsias no deben reservarse a lesiones evidentemente malignas; por el contrario, son más útiles para descartar un tumor maligno en lesiones aparentemente sin gravedad. Sólo este tipo de aplicaciones permite reconocer precozmente cánceres. Si la mayor parte de biopsias resultan ser lesiones benignas, no hemos perdido el tiempo, sino que obramos bien. El descubrir precozmente un solo cáncer compensa muchas biopsias negativas. Esto es lo que se llama medicina preventiva. Debemos recordar que si un tejido amerita ser extirpado, amerita también ser estudiado bajo el microscopio.

Es de vital importancia conocer la naturaleza de la neoplasia maligna; por ejemplo, hay que saber si una lesión es un carcinoma de células escamosas o de células basales; si se encuentran en la boca, deben establecerse sus grados de anaplasia (grado microscópico); si se encuentra en faringe o nasofaringe, hay que investigar si se trata de un carcinoma epidermoide, un linfosarcoma, un linfepitelioma, etc.

Técnica

Una biopsia puede variar desde la obtención de una pequeña del tu -

mer. No existen contraindicaciones para ninguna biopsia, la presencia de microorganismos de Vincent nunca debe considerarse como contraindicaciones para tomar una biopsia.

Foco de la Biopsia.

Hay que meditar muy bien esta cuestión. Casi siempre existe un foco óptimo para tomar la muestra. En términos generales, en caso de duda, es preferible evitar las zonas más cercanas de hueso, el cartilago a los dientes, o vecinas de vasos sanguíneos grandes, donde el espesor del tumor es mínimo; también deben evitarse los focos necrosados. Debe recogerse un espesor de tejido suficiente. Las partes más superficiales de un tumor maligno quizá no muestren características celulares del mismo. Hay que incluir en la Biopsia la parte del tumor de crecimiento más activo. Suele corresponder al borde de la lesión, cerca del tejido normal. Sin embargo, no se necesita tejido normal al mismo tiempo.

Cantidad de tejido que se debe recoger.

En general, las muestras grandes proporcionan un mayor número de resultados positivos, en caso de carcinoma, que las muestras pequeñas. Si el técnico tiene mucha experiencia, puede lograr resultados igualmente buenos con biopsias pequeñas. Naturalmente el anatomatólogo pide biopsias grandes. En cambio el terapeuta experimentado puede opinar que sólo debe recogerse la cantidad de tejido necesaria para establecer un diagnóstico. El anatomatólogo solicita la inclusión de tejidos normal. No se toma tejido normal (salvo accidentalmente) en las biopsias de lesiones de recto, cuerpo del útero y vejiga, bronquios Biopsias por aspiración, etc.; tampoco es necesario obtener tejido normal de lesiones exteriores o accesible como carcinoma de la epidermis e mucosas de la boca.

El obtener tejido normal es signo de falta de experiencia pues aumenta las probabilidades de que un anatomatólogo también falte de ex

perencia logre un diagnóstico positivo. En fin si se toma de cualquier manera tejido normal, debe someterse la lesión a electrocoagulación cuidadosa. Para el operador promedio, bastan 0.5 cm³ de tejido.

La biopsia en gelfor es condenable, salvo en investigación. El estudio de células exfoliadas como prueba preliminar en ciertos tipos de cánceres tiene un valor limitado. Esta técnica no puede aplicarse al estudio preliminar de lesiones bucales.

Debemos insistir en que la citología exfoliativa carece de significado si el resultado es negativo. En ocasiones, incluso los resultados positivos son inútiles, a pesar de la excelencia de la técnica. En zonas accesibles, no tiene sentido ninguna otra maniobra aparte de la biopsia normal.

COMO RECOGER TEJIDO.

Cuando es posible, dá buenos resultados el método del asa endotérmica, pero hay que evitar carbonizar los tejidos.

Esta carbonización puede imposibilitar el diagnóstico por el anatólogo. El fondo y los lados cruentos siempre deben someterse a electrocoagulación después de una "biopsia parcial".

Probablemente el tipo de biopsia que se realiza más a menudo, sea la punción de un tipo u otro. Existen instrumentos especiales para biopsias de raíz de lengua, nasofaringe, cavidad nasal, hipofaringe y laringe.

En la mayor parte de los casos, la biopsia por disección al escalpelo, de un pequeño bloque de tejido empleando una hoja pequeña de Bard-Parker (No. 15), y seguida de electrocoagulación, es tan buena como cualquier otra maniobra. Cuando se puede, se debe someter la herida a electrocoagulación para cerrar los linfáticos.

Empleando un bisturí ordinario, la técnica es sencilla, aunque no-

muy fácil. Casi siempre se recurre únicamente al bisturí. Rara vez emplea una pinza, y conviene evitarla para no aplastar la muestra. Se hacen cuatro incisiones pequeñas que delimitan un cuadrado. El bisturí se gira y se lleva al fondo de la incisión cuadrada, hasta cuatro o cinco mm. de profundidad, o un poco más, según las características del tumor. mediante un movimiento plano de sección se corta la base del cubo tisular. En ocasiones la muestra queda sujeta por un pequeño filamento de tejido en una esquina. Se corta con facilidad y el tejido se coloca cuidadosamente en un líquido preservador. Nunca hay que aplastar o apretar una muestra.

Las biopsias por aspiración o punción requieren instrumentos especiales, según la técnica empleada. Se utiliza principalmente para el estudio de tumoraciones del cuello.

La utilidad de las biopsias por aspiración tienen ciertas limitaciones por ejemplo: En los casos sugestivos de enfermedad linfoblástica - tonatosa, este método nunca permite sacar conclusiones, y no debe emplearse. En caso de tumores mixtos, las punciones biopsias dan resultados muy variables en un mismo tumor, según la parte estudiada, y -- existen muchas posibilidades de error diagnóstico frente a un tumor maligno.

Tanto en la preparación de la piel o la mucosa como en las muestras quirúrgicas, deben observarse precauciones estrictas de asepsia. La anestesia se hará por infiltración local a cierta distancia del tumor, por bloqueo nervioso, y a veces pentotal. No hay que infiltrar el tumor con la solución anestésica. Se deben evitar los traumatismos por compresión del tumor, tanto antes como después de la biopsia. La muestra, que debe colocarse inmediatamente en un buen fijador debe contener células viables. Una solución fijadora satisfactoria es el formal al 10 por ciento.

Los fragmentos de tejido necroso o los cortes superficiales suelen conducir a resultados negativos o dudosos en anatomopatología.

MANEJO DE LA MUESTRA.

La muestra debe de colocarse en el fijador (formol al 10 por ciento) inmediatamente después de su obtención. Nunca en solución salina fisiológica; tampoco se empleará alcohol, salvo en ciertos casos específicos bastante raros.

Una causa común de pérdida de muestra es que se coloquen éstas en una gasa que se queda en la charola del instrumental y luego se utiliza por error como compresa. El cirujano es directamente responsable de la muestra y debe estar seguro de que ésta se colocó en el fijador del caso, tomándose las medidas conducentes a su envío al laboratorio.

REPORTE DE LA BIOPSIA

Es indispensable un reporte rápido. Debe seguirse en contacto con el paciente hasta la obtención del reporte, para tomar las disposiciones definitivas o dar el caso por terminado.

Un resultado negativo significa que el paciente no tiene cáncer, aunque así suele ocurrir generalmente si la biopsia fue bien hecha. A veces se encuentra, en una región más profunda del bloque de parafina, o de la propia lesión, un carcinoma típico.

Si nuevos cortes del primer bloque siguen dando resultados negativos y la lesión es muy sospechosa de ser maligna debe tomarse otra biopsia. No hay que vacilar en pedir al laboratorio que vuelva a estudiar la primera muestra.

¿QUIEN DEBE TOMAR LA BIOPSIA?

Siempre debemos tener presente la finalidad de la biopsia: Establecer diagnóstico cuanto antes, para poder iniciar lo más pronto posible el tratamiento curativo. En este tipo de enfermedad resultan vitales algunos días, a veces algunas horas. Esto significa que deben to-

marse todas las medidas encaminadas al tratamiento precoz.

En general, el dentista teme no estar en condiciones de reanalizar una biopsia. Naturalmente muchos dentistas sí pueden hacerlo. - Si el equipo del que se dispone y sus contactos con el laboratorio - no le permiten obtener un reporte anatomopatológico en tres o cuatro días como máximo, el paciente debe consultar a un especialista. A pesar de que el dentista se sienta capaz de realizar la biopsia desde el punto de vista quirúrgico, el retraso originado por el envío de la muestra al laboratorio y la devaluación de los resultados significa que este proceder es perjudicial para el enfermo.

Si se tiene una impresión clínica de carcinoma, es mejor para el paciente que acuda pronto a una clínica equipada para tratar toda -- clase de cáncer bucal.

La biopsia debe ser lo más simple posible. El levantar colgajos enteros y el quitar grandes cantidades de tejido no cumple ningún propósito. De hecho aumenta el peligro de diseminación del tumor. - Debe recordarse que la biopsia tiene solamente un fin, establecer un diagnóstico microscópico. Por ello tanto se tomará solamente la cantidad de tejido tumoral viable que permita lograr este propósito.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

El estudio de lesiones bucales mediante frotis tiene serias limitaciones, que es preciso comprender. Con el tiempo, se encontrará que las zonas donde ésta técnica resulta más útil son las regiones - anatómicamente inaccesibles como nasofaringe, senos nasales, etc...- Debemos insistir en que los resultados negativos de los estudios de este tipo carecen de valor. No deben tomarse frotis en los casos manifestamente malignos, o gran posibilidad de serlo.

TECNICA DE BIOPSIA PARA LESIONES DE PIEL Y BOCA.

1. No inyecte anestésico local dentro del tumor.
2. No presione el tumor
3. No tome tejido normal
4. No tome tejido necrótico.
5. No tome tejido cercano al hueso
6. No use pinza de tejido.
7. No tome demasiado poco tejido, pero tampoco tome demasiado.
8. No haga suturas hemostáticas.
9. No cree colgajos
10. Busque tejido en crecimiento activo.
11. Ponga el tejido en un buen fijador.
12. Combata el sangrado por electrocoagulación.
13. Selle los linfáticos por electrocoagulación.
14. Asegurese de que la muestra llega al laboratorio.
15. Pida un reporte rápido (24 horas).

LO QUE DEBE DECIRSE A UN ENFERMO CON CANCER DE LA BOCA.

Si sospecha o diagnostica un cáncer, el dentista debe avisar de ello al paciente. Cada paciente debe ser puesto al tanto de la situación en una forma individual, en función de su capacidad para recibir el diagnóstico. En ciertos casos es mejor que esta tarea sea realizada por el médico al que se envió al paciente.

El dentista debe conocer los radiólogos, cirujanos u oncólogos de cabeza y cuello de mayor competencia en la región. Podrá así crear confianza y esperanza en el paciente, indicando que el médico a cargo del tratamiento es perfectamente capaz de llevarlo a cabo. Hay que ser optimista, sin llegar a garantizar la curación. Es el especialista quien debe establecer el pronóstico. Sin ser alarmista hay que asumir una actitud que no permita al paciente retrasar la consulta. En general basta con tomar una cita en nombre del enfermo. En conclusión, más vale dejar los detalles al médico que se encargará de la atención definitiva. Pero se debe presentar al paciente las cosas de manera que se ponga cuanto antes en las manos del especialista.

MANEJO DE LOS DIENTES EN LOS TUMORES MALIGNOS DE LA BOCA.

(En caso de tratamiento quirúrgico).

Cuando se requieran maniobras quirúrgicas radicales para combatir una neoplasia maligna, y es necesario extirpar el maxilar superior e inferior, o segmentos de ellos, es evidente que los dientes en el foco -- canceroso y en los límites de la resección deben formar parte de la -- muestra quirúrgica. Son importantes un estudio y tratamiento preoperatorio de los dientes, para dejar al paciente en las mejores condiciones antes de la intervención.

EL TRATAMIENTO PREQUIRURGICO DE LOS DIENTES.

- 1.- Tratamiento de las inflamaciones periodontales y gingivales (con un máximo de cuidado).
- 2.- Supresión de las infecciones más importantes, extirpando los dientes muy lesionados.
- 3.- Debe diferirse la extirpación de las raíces residuales expuestas.
- 4.- Se extirpan los dientes con lesiones periapicales que no pueden ser restaurados.
- 5.- Se restauran en forma provisional las caries muy avanzadas.
- 6.- Se debe aplicar terapéutica endodóntica para conservar dientes que pueden requerirse para fines específicos (muchas veces este paso puede realizarse algún tiempo después de la intervención).
- 7.- En condiciones especiales, se preservarán ciertos dientes -- (que normalmente deberían extirparse) para facilitar la manio bras de rehabilitación.)

Algunos cirujanos experimentados de cabeza y cuello opinan que la profilaxis dental prequirúrgica es de poco valor, y puede incluso resultar dañina.

Parece aconsejable que la consulta con el especialista en prótesis se haga antes de la intervención, y no después como suele hacerse actualmente.

En caso de tratamiento radiológico.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ANTES DE LA IRRADIACIÓN

No siempre está indicada en la actualidad la extirpación de todos los dientes antes de la irradiación. En ciertos casos, incluso los dientes sanos pueden crear dificultades para una técnica de irradiación específica (por ejemplo por vía bucal), en cuyo caso deben quitarse.

Los dientes sospechosos de tener caries, enfermedades de la pulpa, lesiones periodontales, o malposiciones debe extirparse antes de la irradiación. Luego, debe esperarse de 10 a 14 días para la cicatrización completa.

Durante la extirpación de los dientes, antes de la irradiación, se suprimirán y corregirán todos los bordes irregulares y agudos, hasta lograr una captación tan completa como se pueda de tejidos blandos. Cualquier prominencia ósea aguda debe regularizarse, pues esto ya no podrá hacerse después de la irradiación.

Los dientes muy impactados, completamente cubiertos de hueso y tejido blando, no pueden extirparse, pues se prolongaría muchísimo el tiempo de cicatrización. Es raro encontrar terceros molares parcialmente salidos en los enfermos de cáncer bucal. Debe analizarse la posibilidad de extraerlos, pues pueden significar infección y una grave osteonecrosis. La decisión final que se tome puede depender del grado de traumatismo necesario. De cualquier manera, en ciertos casos difíciles esta extracción requiere mucha habilidad. La extirpación y regularización de la placa lingual puede acelerar la cicatrización. La discusión sigue abierta al respecto.

ATENCIÓN DENTAL DURANTE LA IRRADIACION

La higiene bucal y dental es de importancia fundamental la irradiación de la cavidad bucal. Al ir intensificándose la reacción a las molestias que se producen obligan al paciente a pasar de una alimentación detergente burda a los alimentos blandos, relativamente adherentes. Estos alimentos blandos generalmente ricos en carbohidratos producen placas de gran tamaño, en especial al ir empeorando el problema de xerostomía. El paciente no solo abandona su alimentación mixta normal cuando las mucosas se vuelven a cada vez mas dolorosas, sino que deja de usar su cepillo y su dentífrico. La acumulación de restos de alimentos y placas ricas en carbohidratos pueden dar lugar a muchas caries. Durante la irradiación el radioterapeuta debe mandar al paciente al dentista para que se establezca un programa de mantenimiento integrado por tratamientos periodontales profilácticos suaves y aplicaciones locales de fluoruro. La solución de fluoruro no debe entrar en contacto con la mucosa. Debe explicarse al paciente el empleo de los enjuagues bucales y los métodos de higiene caseros, como el manejo del cepillo a las aplicaciones del gel de fluoruro, para ayudar a evitar la formación de placas ácidas viscosas durante el período de mucositis y xerostomías.

ATENCIÓN ODONTOLOGICA DESPUES DE LA IRRADIACION.

Las caries constituyen un problema importante después de las irradiaciones; se deben a los efectos combinados de la propia irradiación, la xerostomía y otros factores, como sensibilidad inherente, recesión gingival con exposición del cemento, y mala higiene bucal.

Una vez llevado a cabo la terapéutica por irradiación, debe mantenerse un cuidadoso programa de tratamientos bucales para evitar las caries y la gingivitis; esto tiene todavía mayor importancia si existe xerostomía. Para lograr resultados óptimos, las medidas con cepillado, remoción de placas, lavado bucal y aplicación diaria de fluoruro deben continuarse mientras existan dientes que valga la pena conservar. Es preciso continuar un tratamiento periódico en el consultorio del dentista.

Debe comprenderse de que si se dejan dientes sanos en bocas -- irradiadas para eliminar un cáncer, todos los interezados el radiote^{ra}apeuta, el dentista y el paciente están obligados a llevar a cabo un programa intenso de atención dental.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS INTRABUCALES.

Al hablar de los principios generales que forman la base del tratamiento de los tumores malignos de la boca, pueden mencionarse muchos puntos todavía no esclarecidos. Algunos cirujanos siguen pensando todavía que es mejor tratar quirúrgicamente los carcinomas intrabucales cuando resulta técnicamente posible. Frente al mismo problema muchos radiólogos aconsejan tratar cualquier cáncer bucal, junto con sus metástasis, solamente por irradiación.

No debe sorprendernos la persistencia de estas opiniones contradictorias, en el seno de grupos profesionales distintos antes bien, lo sorprendente es el amplio acuerdo acerca de conceptos fundamentales entre quienes tienen cierta experiencia en el tratamiento del carcinoma bucal.

Desde hace muchos años, mediante el método de ensayo y error se han buscado las indicaciones de la aplicación de rayos X colocación y maniobras quirúrgicas para el tratamiento de las etapas progresivas de las enfermedades malignas de cavidad bucal. Este trabajo no ha terminado aún, pero se ha adelantado en ciertos renglones.

Quienes se manifiestan en contra de los efectos de la irradiación se basan en un conocimiento superficial, derivado de la observación de resultados terapéuticos relativamente nulos. Admitimos que entre todas las técnicas de irradiación utilizadas en el mundo actualmente, sólo una fracción pequeña es susceptible de curar un cáncer de la boca. Debemos señalar que la aplicación de una técnica de radioterapia requiere tanto arte como una intervención quirúrgica.

Para dominar una técnica radiológica, se deben conocer sus funciones y se debe practicar con frecuencia; lo mismo puede decirse de la cirugía. En sí los aparatos de rayos X o de aplicación de radio más modernos no significan obligatoriamente buenos resultados en la terapéutica anticancerosa; un aparato de rayos X produce rayos X, no resultados terapéuticos, los resultados son obra del terapeuta que maneja el aparato.

CAPITULO IX

CONSIDERACIONES ORTODONTICAS.

Al rededor de los dientes con bandas ortodónticas se suelen producir un agrandamiento gingival, particularmente en la zona de las papilas. Aunque no todos los pacientes tienen una reacción del tejido gingival a las bandas ortodónticas muchas experimentan un alto grado de respuesta tisular, con frecuencia de intensidad suficiente como para hacer que el tejido gingival literalmente "crezca" sobre las bandas.

Las bandas ortodónticas pueden presionar la papila gingival y actuar como irritante local. El aparato ortodóntico es un obstáculo para el control de la placa. En estos casos la acumulación de la placa origina una hiperplasia gingival inflamatoria. El tratamiento de ortodoncia que cierra los diastemas presentes originalmente entre los dientes, tiene como consecuencia que hay un amontonamiento de tejido gingival interproximal.

El tratamiento de los adolescentes que desarrollan un macado agrandamiento durante el tratamiento ortodóntico, hay que instaurar inmediatamente la eliminación de la placa. Se pospone la eliminación quirúrgica de la encía, hasta varios meses después de terminado el tratamiento de ortodoncia.

Contacto debel en caso de extracción de premolares.

En muchos casos en los cuales la extracción de los premolares, en seguida de la retracción del segmento anterior del arco (para acercar el canino al segundo premolar), el contacto entre estos dientes carece de la resistencia con aproximación normal.

Se cree que la causa es que después de la extracción de los primeros premolares, las fibras transeptales vuelven a formarse para extenderse desde el centro de la zona distal del canino, a través de la zona de la extracción, para insertarse en el centro de la cara mesial del segundo premolar.

Cuando los dientes están a cada lado de este espacio desdentado son acercados, las fibras transeptales alargadas se relajan y se comprimen.

La tensión que genera en esa comprensión de las fibras explica la tendencia a reabrirse de estos contactos.

El tratamiento es una vez que los dientes han estado en retención durante ocho semanas o más, se realiza la gingivectomía de las superficies vestibulares y linguales.

Bandas de goma usadas inadecuadamente.

El diastema entre los incisivos centrales superiores comienzan a cerrar cuando erupcionan los incisivos laterales.

Por lo general se alcanza un contacto proximal de los incisivos centrales al concluir la erupción de los caninos. Así, lo que puede aparecer como una anomalía a edad temprana, se convierte en un arco con alineación adecuada a medida que el paciente crece. El uso de las bandas de goma para cerrar el diastema entre los incisivos centrales superiores en niños, está por lo tanto contrario e contradicho por dos razones.

Primero.- Es superfluo.

Segundo.- Siempre existe el peligro de que el paciente olvide la banda, como consecuencia de lo cual ésta va desplazándose hacia los ápices de los dientes. El resultado final es la pérdida del hueso alveolar y a veces, la exfoliación del diente.

El mismo tipo de destrucción periodontal por el uso indebido de las bandas de goma se produce en cualquier diente.

La expuesta al retiro de la banda de goma es muy positiva.

CAPITULO I
CONCLUSIONES.

El estudio anterior involucra los aspectos Anatómicos, Fisiológicos y Patológicos de el aparato Estomatognatico como totalidad y cada uno de sus componentes así como también las relaciones sistémicas para la preservación y función de este.

Siempre con la idea y principio de que el ideal es prevenir y no curar o aliviar a un paciente; el campo de la prevención y diagnóstico de la medicina bucal es fundamental para el ejercicio de una odontología perfecta, puesto que mediante la prevención y el cuidado del paciente el dentista se hará acreedor del respeto de pacientes y profesionistas del sector salud, a la vez que recibirá la mayor recompensa que puede otorgarse a los que ejercen prácticas relacionadas con la salud que es el saber que está ayudando a sus pacientes. Siempre debe de establecerse una relación y armoniosa entre el paciente y el dentista desde la primera cita, esto implica una imagen agradable y comunicación abierta.

Este tipo de relación es también importante si el paciente trata con personal auxiliar, es preciso destacar la importancia de la limpieza y en el caso de instrumentos en la esterilidad.

Cuando se recurre a servicios de ayudantes sus deberes deberán estar perfectamente definidos y delimitados.- De manera que la responsabilidad de ellos sea ayudar y facilitar la práctica diaria con el Odontólogo de una manera capaz, limpia y correcta.

La incidencia de casos de enfermedades a aumentado mucho en la Odontología durante estos últimos años, así como la cantidad de demandas judiciales por negligencia en la atención de estos casos. El Odontólogo en su propio beneficio y en beneficio de sus pacientes, está obligado a actualizar constantemente sus conocimientos sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología bucal.

La prevención de una enfermedad es el servicio más importante que el odontólogo puede prestar al paciente, pero no se puede prestar importancia a la necesidad de tratamiento inmediato y eficaz en una emergencia real. La responsabilidad legal y moral de un tratamiento inmediato descansa exclusivamente en las manos de un Odontólogo capaz y -- bien formado.

Mi inquietud al escribir este tema sobre Prevención es el crear constancia de la importancia capital de esta disciplina en el campo de la medicina; esperando que las personas que tengan acceso a este trabajo capten la motivación y objetivo del enfoque preventivo en todas las disciplinas de las ciencias de la salud.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- PERIODONTOLOGIA CLINICA
SR. IRVING GLIKMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA.
- 2.- APUNTES DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y SOCIAL
E.N.O. 1974.
- 3.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO PARODONTAL EN INFANTIL
JOSE A. GUTIERREZ SORIANO
TESIS PROFESIONAL 1975.
- 4.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
FRANZ E. McDONAL. B.S.
EDITORIAL MUNDI
- 5.- KATZ SIMON
McDONAL JAMES L. Jr.
STOCKEY GEORGE H.
ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA 1975.
- 6.- ODONTOPEDIATRIA CLINICA
SYDNEY B. FINN
EDITORIAL BIBLIOGRAFICA ARGENTINA
1964-EDICIÓN PRIMERA
- 7.- TRATADO DE ORTODONCIA
EDITORIAL ATENED
A. E. MONTI.
1953.

- 8.- ENDOODONCIA CLINICA
BOMSON JHON.
- 9.- MECANISMOS MICROBIOLOGICOS Y BIOQUIMICOS EN LA
FORMACION DE PLACA BACTERIANA.
REVISTA A. D. M.
- 10.- F. D. OSTANDER
Mc CROWLEY
R. F. SOMMER.
- 11.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA.
JOSEPH C. MUHLER, MAYNAD K, HINE.
EDITORIAL MUNDI.
- 12.- ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA
UNA EFICIENTE PRACTICA DENTAL
ODONTOLOGIA PREVENTIVA.
ED. MUNDI BUENOS AIRES
ARGENTINA 1970
VOLUMEN 26
- 13.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
EDUCACION E HIGIENE DENTAL
GINEBRA 1970.
- 14.- HAM W. ARTHUR
TRATAO DE HISTOLOGIA - 7a. Edición,
MEXICO - ED. INTERAMERICANA 1973.
- 15.- C.L. LAUNAG Y S. BOREL MAISONY
ODONTOESTOMATOLOGIA Y FARMACOLOGIA.
EDITORIAL FORAY - MASSAU - 1973.

BIBLIOTECA CENTRAL