



Enfermedad Parodontal en la Niñez

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

Beatriz Luna Toscano

México, D. F.

1976

13932



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.



A MI MADRE:

Sra. BEATRIZ TOSCANO Z.

Por su abnegada labor como
madre y ejemplo de humanidad
en su profesión como enfermera.

A MI PADRE:

Sr. PEDRO LUNA M.

Con cariño y respeto.

A MI MUY QUERIDA ABUELITA:

Isabel Zárate de T.

Por sus consejos y bendicio
nes.

A MIS HERMANOS:

PEDRO
Ma. DEL CARMEN
EDUARDO
MARGARITA
CATALINA
RICARDO
JORGE

Por la unión que siempre hemos conservado.

AL RECUERDO DE MI QUERIDA TIA JOSE

A MI QUERIDA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

CON INFINITO AGRADECIMIENTO A LA
Dra. Ma. ELENA MILLAN.

Por su dirección en la realización
del presente trabajo.

CON TODO RESPETO Y ADMIRACION A LA
Profra. ROSA BLANCA LOPEZ B.

Por su orientación y apoyo moral
brindado durante toda mi carrera.

A MIS QUERIDOS MAESTROS, COMPA-
ÑEROS Y AMIGOS.

I N D I C E .

INTRODUCCION.

I.- EL DENTISTA Y EL NIÑO.

- 1.1. La Primera Visita.
- 1.2. Dolor, Temor y Angustia.
- 1.3. Método de Reacondicionamiento.

II.- ENCIA SANA Y ENCIA ENFERMA.

- 2.1. Diferencia entre encía sana y enferma.

III.- CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y TRAUMÁTICOS QUE SUFRE LA ENCIA DURANTE EL CAMBIO DE DENTI--
CION.IV.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS PROPIAS DE LA INFANCIA QUE AFECTAN EL PARODONTO DEL NIÑO--
Y SU TRATAMIENTO.

- 4.1. Sarampión.
- 4.2. Viruela.
- 4.3. Varicela.
- 4.4. Escarlatina.
- 4.5. Erisipela.
- 4.6. Rubeola.
- 4.7. Difteria.
- 4.8. Paperas.
- 4.9. Algodoncillo.
- 4.10 Tos-ferina.
- 4.11 Herpex Simple.
- 4.12 Herpangina.

V.- ENFERMEDADES DEGENERATIVAS QUE AFECTAN EL PARODONTO Y SU TRATAMIENTO.

- 5.1. Gingivitis.
- 5.2. Clasificación de Gingivitis.
- 5.3. Gingivitis por Erupción.
- 5.4. Gingivitis por Deficiente Aseo.
- 5.5. Gingivitis producida por Respiración bucal.
- 5.6. Gingivitis Escorbútica.
- 5.7. Gingivitis Puberal.
- 5.8. Gingivitis Diabética.
- 5.9. Gingivitis Hiperplásica Dilatónica.
- 5.10. Gingivitis Herpética.
- 5.11. Gingivitis Estreptocócica.
- 5.12. Gingivitis Gonocócica.
- 5.13. Gingivitis Ulceronecrosante.
- 5.14. Gingivoestomatitis Herpética.
- 5.15. Muguet.

VI.- EL CEPILLO DEL NIÑO.

- 6.1. Cepillo Manual.
- 6.2. Cepillo Eléctrico.

VII.- TECNICAS DE CEPILLADO.

- 7.1. Técnica de Bass.
- 7.2. Técnica de Stillman.
- 7.3. Técnica de Charters.
- 7.4. Técnica de Fones.
- 7.5. Técnica de Refregado.
- 7.6. Auxiliares para complementar la Limpieza.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

En el presente trabajo manifiesto la importancia que representa el problema parodontal en la niñez principalmente en la edad escolar.

Empezaré por analizar al niño, ese pequeño que surge a la vida sonriendo, que alegra el hogar, jardín, parque, escuela, que como un fino bloque de mármol esculpe la imagen real de la vida y la senda precisa a seguir. Que nos envuelve con sus tristezas siendo siempre una esperanza o una interrogación del ser humano, porque no es sino una etapa que llega a feliz término cuando es adulto.

La salud del niño constituye un estado de completo bienestar físico mental y social.

La construcción de hospitales, clínicas modernas servicios de seguridad social, avances de medicina preventiva e higienización del medio nos permite una mejor atención para poder asegurar la salud futura.

Las enfermedades parodontales se pueden prevenir mediante campañas de salud profiláctica.

La atención continua brindada durante la niñez y la investigación de los factores etiológicos tanto de tipo local como general contribuyen a eliminar la aparición de enfermedades.

El diagnóstico bien realizado y las preguntas precisas durante el interrogatorio será la clave para que nuestro paciente niño adquiera confianza

za y seguridad en su médico.

El diagnóstico precóez es de gran ayuda para problemas posteriores más graves.

Los niños sanos y felices con capacidad para ser útiles a la sociedad son los que nuestra Patria reclama.

En nuestros días la parodontia constituye - una de las ramas más importantes de la Odontología ya que se ocupa de la conservación del estado normal de la cavidad oral.

Más del 50% de los niños mexicanos sufren - de problemas parodontales, lo que significa que se debe estudiar y familiarizarse con las enfermedades de los tejidos de soporte y con el tratamiento.

La herencia sexo, edad, localización geográfica y las condiciones socio-económicas, deben conservarse como puntos claves, por la influencia que ejercen sobre la prevalencia severidad y curso de la enfermedad parodontal.

En este trabajo que presento hago alusión a todos aquellos agentes que de una u otra forma contribuyen a la aparición de enfermedad parodontal.

Hago mención sobre las estructuras normales del parodonto para poder conocer el estado de salud y diferenciarlo cuando aparece la enfermedad.

Especifico también la influencia de las enfermedades propias de la infancia como otro problema etiológico, sin olvidar el tratamiento mismo, -

contribuyendo a una terapéutica efectiva para lograr reducción y eliminación a estos problemas.

La imaginación que se observa en la segunda infancia constituye una de las más grandes manifestaciones del ser humano de la cual debe valerse el cirujano dentista para despertar el interés y canalizar su fantasía. Hay que recordar que en esta etapa los niños dan vida y hace hablar a todo lo que les rodea.

La escuela es la institución social y organizada cuya finalidad es la educación e institución sistematizada según el medio en que se encuentre, y mi trabajo lo he realizado basado en las experiencias vividas con mi grupo de niños del 2o. año en la Escuela 42-173 Juana Pavón de Morelos en el D.F., donde a través de ellos he podido conocer muchos de los problemas que afectan a la niñez, y es lo que me ha motivado para presentar este trabajo cuyo objetivo principal es el que pueda ser de utilidad en la Odontología Pediátrica en la obtención del título como Cirujano Dentista y a todas aquellas personas que lo consulten.

EL DENTISTA Y EL NIÑO.

La mayoría de los papás se preocupan y comprenden la importancia que tiene el cuidado de los dientes de sus hijos, pero también la mayoría olvida que igualmente es importante que el niño inicie felizmente sus relaciones de amistad con el dentista.

Descuidan este deber, tal vez por el temor que a ellos mismos inspira, pero hay que considerar que el paciente niño se encuentra ajeno a todo temor, y que es un deber proporcionarle desde temprana edad correspondencia y familiaridad con el dentista, para evitar transmitir sus aprensiones y cuando llegue al fin el día de ser tratado por primera vez, no se desperdicie el tiempo, convirtiéndose su primer contacto con escenas desagradables y tal vez terroríficas.

La mayoría de los niños son pacientes más-cooperadores que los adultos si se les ofrece la oportunidad con un acercamiento apropiado.

Cuando el niño ya completó su primera dentición, es tiempo ya de prepararlo para recibir su primera visita al consultorio.

La mamá puede iniciarla cuando ella misma requiera de algún trabajo dental. La preparación mediata de los niños y papás antes de la primera visita da muy buena aceptación y magníficos resultados proporcionando un panorama mejor de conducta en el consultorio.

El niño que visita por primera vez al dentista, debe llevarse una experiencia sumamente agradable, el odontólogo y su ayudante se encargarán de proporcionarle un ambiente grato y feliz, con buena voluntad se le enseña todo lo que hay a su alrededor, como: el sillón dental que sube y baja, la jeringa de aire, la lámpara con luz brillante, el ruido de la pieza de mano (haciendo pasar sobre la uña del niño una copa de hule), un espejito con el que veremos sus dientes, etc.

Con todas estas demostraciones lograremos crear un ambiente de confianza y acercamiento.

En su primera visita solo se limitará a realizar procedimientos menores e indoloros, nunca empezar con el tratamiento ya establecido, se puede empezar por hacer su historia clínica, instrucción sobre el cepillado de dientes, toma de radiografías, en fin, explicar cuidadosamente lo que se le está haciendo. Gradualmente se debe ir construyendo el tratamiento hasta llegar a los procedimientos mayores; siempre es una buena táctica pasar de operaciones más sencillas a las más complejas, a menos que sea necesario un tratamiento de urgencia.

A veces el niño llega en su primera visita con dolor, entonces se debe actuar con franqueza, se le dirá que lo que hay que realizar produce algo de dolor, pero que si él avisa cuando le duela demasiado, el dentista parará o lo arreglará de manera que no le duela tanto.

Recordemos que en estos momentos el niño sufre y necesita de comprensión suavidad y positiva firmeza. Nunca debemos dejar ir a un paciente ni-

ño sin antes por lo menos haberle hecho un examen superficial, hay que probarle que lo que trae en mente es muy distinto de los que se le hizo.

El niño desconoce por completo lo que le rodea y el primer objetivo en el manejo exitoso, es establecer la comunicación y hacerlo sentir que el odontólogo y su asistente son sus amigos y están interesados por ayudarle.

La mejor hora para la visita es por la mañana en la que el niño se encuentra más alegre y descansado, conviene atenderlo puntualmente para no obligarlo a esperar, el estar sentado por mucho tiempo lo inquieta, aburre, pone de mal humor y da la oportunidad de formarse un esquema mental de no cooperación o de asustarse por ruidos que nunca ha oído.

Las visitas para el más pequeño o muy temeroso deben ser cortas (15 minutos), hasta que haya adquirido confianza en sí mismo y en el odontólogo. La madre espues de presentar el niño al dentista, deberá regresar a la sala de espera a no ser que se le invite a quedarse. Se prefiere que el niño entre solo porque algunos papás molestan continuamente inmiscuyéndose en el tratamiento, lo compadecen innecesariamente o intentan imponerse con severidad y dureza, también la ocasión se presta para que el niño, sobre todo el consentido se comporte mal haciendo su acostumbrada rabieta para salirse con la suya, entonces es mejor que espere en la sala.

Si empieza a llorar los papás tratarán de no darse por enterados, después de todo el dentis

ta tiene que saber como hacerle con los niños que lloran y los papás en especial cuando están preocupados no sirven de mucho para calmar a sus hijos.

Sin embargo, tratándose de la primera visita se les puede invitar a que pasen a la sala de operaciones para hacerles comprender el papel tan importante que tiene la adquisición de hábitos de higiene y de conocimientos de control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Al mismo tiempo se aprovechará la visita para darles un conocimiento más extenso que se continuará en visitas sucesivas acondicionando un horario especial para las pláticas, ayudándonos con material audiovisual y lecturas.

Es raro el niño que llega sin miedo al consultorio, nuestro primer objetivo es hacer que este desaparezca infundiendo confianza a primera vista, y nada mejor que una bonita decoración de nuestro consultorio en donde encuentre varios aspectos parecidos al medio familiar. La decoración convierte al niño de temeroso a animoso y optimista, que tiene interés por el dentista y en lo que éste va a hacer por él.

La sala se acondiciona cómoda, que de la sensación de que los niños frecuentan el lugar y no les resulta desconocido, se pueden colocar sillas, mesas, donde se colocan lamparitas de atractivos colores, cuentos y revistas, juguetes educativos, un tocadiscos con canciones amenas, la iluminación y colores del consultorio atractivos, en las paredes se pueden colocar cuadros con dibujos de animalitos cepillándose los dientes, o de niños

jugando, la cara de un niño alegre y sonriente da seguridad y confianza.

La labor que realiza la asistente dental - lleva un papel importante, debe iniciar el contacto con el niño y ganar su confianza, su tarea principal es de preparar el terreno para el profesional. Al llegar el niño lo pasa, lo sienta en el sillón con suavidad y lo cubre con la toalla, se encarga también de que no juegue con el equipo y de que siempre esté bien sentado, lo debe mantener en actividad constante mientras llega el doctor. - Una vez que ha llegado atenderá las instrucciones del Cirujano Dentista, observa el curso del tratamiento, prepara los instrumentos necesarios y se comunicará con el doctor por medio de palabras sencillas, sin miedo a atemorizar al niño. Se colocará en una posición visible para que el niño la pueda ver, de modo que no sospeche de actividades desarrolladas a sus espaldas.

Al examinar la cavidad bucal, la introducción de los instrumentos debe hacerse con mucha precaución, sobre todo si la boca del niño está en condiciones desastrosas, se manejará con cuidado - el explorador al ser introducido en algún diente - porque puede causarle dolor, el espejo puede lastimar alguna úlcera que a primera vista no se ve.

Los movimientos rápidos y bruscos no se usan en Odontología, tienden a atemorizar a los niños, si todo se hace con naturalidad y cuidado se podrá evitar gran parte del miedo innecesario.

Durante el tratamiento el dentista puede hablarle de temas de interés para él, de aquí que la

cita previa es importante para preguntar que es lo que más le atrae.

Le podemos hablar de diversiones, amigos, - deportes, etc. La charla deberá ser continua y entretenida aún cuando el dentista se concentre en - algún paso de su trabajo. Se debe distraer tanto - al niño que no se dé cuenta del tiempo en el que - se le ha atendido, el niño debe tener la impresión de que la plática con el doctor fué más importante que el tratamiento realizado.

En el consultorio se le llama por su nombre o por el diminutivo al que esté acostumbrado y usaremos expresiones de mandato para cualquier orden- que le demos.

El dolor, temor y angustia son los principales problemas que dificultan el tratamiento odontológico, en primer lugar está el dolor, si el niño- no tiene experiencias desagradables durante las visitas, adquiere confianza y se somete con tranquilidad al tratamiento, en igual forma si llega con dolor y el doctor lo alivia saldrá contento y volverá confiado.

Otros niños llegan al consultorio ya con temores, lo que hay que hacer primero es indagar el grado de temor y los factores que pueden ser responsables.

El temor puede ser infundado a consecuencia de oír conversaciones desagradables en su casa, o de amigos (miedo subjetivo) o en otro caso puede - ser el resultado de una experiencia odontológica -

traumática (miedo objetivo), por lo que se niega a volver.

El miedo es controlado por el sistema nervioso autónomo y es imposible razonar con un niño ya asustado.

El ponerlo en ridículo, compararlo con otro que pasó por la experiencia odontológica sin problema o igualmente observar a otro que es atendido solo complica la vida emocional del niño asustado, él, por sí solo debe mostrarse cada vez menos temeroso y más cooperativo cuando le llegue su turno, para enfrentar la situación.

El temor y angustia es lo más difícil de disipar, por tanto hay que tener cuidado de no enseñar el material de frente, sobre todo a lo que él más teme: la jeringa.

Nunca le hablaremos de experiencias desagradables con otros niños, ni dejarlo sentado solo en el sillón porque sus temores aún no disipados pueden agrandarse, evitar en todo lo posible que vea sangre así como personas mayores con dolores, pacientes llorosos o perturbados emocionalmente inquietan e intensifican la reacción de temor.

El temor soportado durante el tratamiento, aumenta la sensación general de angustia por el tratamiento odontológico, por todo tratamiento médico y por muchas otras cosas.

El temor y angustia son engendrados por cualquier objeto que cause la sensación de lo des-

conocido, lo no usual, lo inesperado o lo misterioso.

Desagradablemente en Odontología hay multitud de factores en el tratamiento que pueden provocar estas reacciones, por esta razón es tan importante la decoración, el trato del dentista, asistente y el tratamiento mismo.

Al salir del consultorio se tratará al niño como siempre, sea que se haya portado bien o mal, no hay que darle al asunto mayor importancia, como si hubiera hecho lo mismo en otro lugar.

Si se portó bien hay que estimularlo, que el se sienta feliz, pero no tanto que llegue a considerar que el ir al dentista significa un acto heroico, que se acostumbre que las visitas al consultorio deben convertirse en rutinas familiares.

Dentro del consultorio las preguntas que haga el niño se contestarán con sencillez y veracidad, jamás emplearemos un lenguaje elevado sino muy sencillo, nunca se le dirá que no lllore, no ofrecer premios si se porta bien ni decirle que no va a dolerle.

Una nueva técnica que ayuda a que el niño aprenda que lo desconocido no representa un peligro en su seguridad es la del reacondicionamiento, el niño aprende a perder el miedo al dentista, con simpatía y tacto se establece la relación niño-médico y los procedimientos operatorios se vuelven más agradables, esperados con placer por el dentista y niño.

Para lograr llevar a cabo este reacondicionamiento debemos obtener lo siguiente:

- 1.- Indagar si el niño únicamente teme al dentista y porqué.
- 2.- Familiarizar al niño con la sala dental, el equipo y tratamiento para poder ganar su confianza.
- 3.- Hablar y expresar órdenes en un lenguaje que pueda entender.
- 4.- Hablar con lentitud, claridad y franqueza.
- 5.- Presentación de la sala de espera atractiva y similar a varios aspectos del medio familiar.
- 6.- Jámás perder el temperamento sino por el contrario tener habilidad para mezclar la amistad, bondad y firmeza.
- 7.- No tenerlo sentado más de media o tres cuartos de hora.

Si se desea lograr un buen acercamiento en la práctica para niños, debemos conocer el ambiente hogareño y de la influencia de los padres sobre el pensamiento y la conducta del niño.

Son los padres, no el niño, quien con frecuencia se convierten en el principal problema para la conducción exitosa de una práctica con los niños.

Los niños que se presentan como pacientes - son en gran medida productos que ejemplifican el - ambiente hogareño y las actividades de los padres.

Ignorar las variaciones de la conducta, experiencias y enseñanzas de los padres cuando presentan a sus hijos al odontólogo, es limitar al - propio campo de utilidad al niño y la sociedad.

Un niño normal pasa por un crecimiento mental además de físico, está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos.

Este cambio es quizá la razón por la que el pequeño cambie en el consultorio entre una visita y otra.

Es un hecho de que cada niño tiene un estilo y ritmo de crecimiento, no puede haber dos niños que sigan el mismo patrón, ni aún en una misma familia.

La edad psicológica no siempre corresponde con la cronológica y aunque este dato no es de mucho interés, debemos tenerlo en cuenta en el diagnóstico de los problemas de conducta y en la planificación del tratamiento.

Es importante que el odontólogo comprenda - la conducta del niño, solo con comprensión y un conocimiento activo de la conducta infantil podrá - comprender su propia conducta y sus propias reacciones ante los problemas del consultorio.

El dentista debe aprender a disimular su - reacción emocional ante una determinada situación.

El niño es muy listo y rápidamente capta la aprensión del odontólogo; por lo contrario procurará - enmascarar cualquier tipo de situación emocional - creando un ambiente de comprensión al parecer controlado.

La odontología es una profesión llena de - gracia, por lo tanto el dentista debe reunir gracia, habilidad, conocimientos e inteligencia para tratar a sus pacientes niños. Hay que evitar traumas psicológicos hasta donde sea posible.

El tratamiento odontológico es de los más - comunes en el arte de curar, pero también de los - más desagradables.

Una vez que hemos aprendido a conducirnos, - a ser paciente y hábil en hallar recursos, se habrá conseguido interés y tendremos ventaja respecto a la psicología del niño.

II

ENCIA SANA Y ENCIA ENFERMA.

Podemos definir la encía como la porción de tejido o fibromucosa que se extiende desde la porción cervical del diente hasta el vestíbulo.

El tamaño de la encía, representa la suma total de los elementos celulares e intercelulares, el contorno se encuentra íntimamente relacionado con su tamaño y presenta un aspecto festoneado con prominencias alargadas, correspondientes a las raíces de los dientes.

Una encía sana desde su proceso de formación presenta los siguientes aspectos. Histológicamente presenta un tipo de mucosa parecida a la piel, por su buena adaptación para resistir fuerzas mecánicas.

Siempre estará sujeta a cambios, puede aparecer rojiza como rosada y se debe a la capa epitelial más fina, a la capa cornificada menos densa, a la mayor vascularización o a la apariencia de los capilares a través de su fino epitelio. La encía como el borde de los labios, está cubierta por un delgado estrato corneo, de manera que el color es rosado pero no transparente.

Otro aspecto es que está completamente adherida al hueso alveolar subyacente por medio de una densa capa fibrosa, por lo que no le permite moverse de su lugar.

El punto de contacto está más cercano a la Sup. Oclusal, porque los dientes en niños presentan coronas cortas y bulbosas, las encías toman la forma aplastada y voluminosa de la corona, permitiendo así llenar completamente el espacio interproximal. La Superficie Epitelial se observa blanda y aterciopelada, con el puntilleo prominente.

Clinicamente en la encía se pueden distinguir tres zonas:

Encía libre o marginal, adherida o insertada y mucosa alveolar.

La encía adherida es una banda de tejido rosado y punteado de ancho variable, situada en el surco gingival libre, histológicamente está compuesta en gran parte por densos haces colágenos con vascularización moderada.

La encía libre se extiende hacia la protuberancia coronaria, no presenta bordes afilados como en el adulto, sino que es más gruesa redondeada y vuelta sobre si misma, lo que probablemente se deba a la hiperemia y edema que acompaña a la erupción dentaria.

La porción interna de la encía libre, conocida como intersticio gingival forma una superficie casi ininterrumpida para los alimentos, cuando pasan de la superficie masticatoria a los tejidos blandos.

Tanto la encía libre como la adherida, tienen un color rojo coral firme y unida al hueso fuertemente.

La mucosa alveolar está constituida por haces colágenos flojos y ondulados con abundantes fibras elásticas y muy vascularizado.

La mucosa alveolar, se continua con el labio y el carrillo para formar el círculo vestibular que forma como una herradura situada entre carrillos y labios por un lado, y el reborde alveolar por otro, la unión de la mucosa alveolar con la encía adherida se le llama unión mucogingival.

La encía adherida solo es afectada después de daños severos y continuados de naturaleza local o sistémica.

La encía marginal y la adherida están divididas por un surco gingival libre, hasta el límite de la mucosa alveolar, límite marcado por una línea ondulada.

En la cara lingual existe una línea ondulada semejante, que marca la separación entre la encía insertada y la mucosa del piso de la boca.

Esta constitución es diferente por la cara palatina, ya que por la semejanza del tejido, no existe una diferencia clara y las dos se encuentran firmemente adheridas.

La profundidad del surco gingival en los niños es mayor y se caracteriza porque no presenta el puntilleo característico de la encía insertada, su color es más subido y adquiere un tono rojizo debido a una mayor irritación sanguínea.

La inserción epitelial se encuentra adherida en los niños al esmalte del diente, a modo de una ancha banda que paulatinamente se hace más estrecha a medida que el epitelio va desplegándose de la superficie del esmalte, la hiperemia y el edema presentes por otra parte impiden la atrofia fisiológica de los bordes gingivales.

Cemento.- En los dientes recién erupcionados en los niños solo existe una capa fina de cemento y su calcificación es más densa.

La membrana parodontal es de mayor espesor en los niños durante el proceso de la erupción y hasta tanto el diente sea sometido a las fuerzas funcionales de la masticación, los haces de fibras de la membrana parodontal, son menos densos, o sea más laxos y distribuidos más irregulamente y presentan menos fibra colágena.

Los espacios entre las fibras del tejido conectivo son mayores y el tejido se haya más hidratado, debido a la fina capa de cemento existente, solo porciones muy cortas de las fibras de Sharpey se hayan incluidas en el mismo. Tanto la irrigación sanguínea como la linfática son más abundantes, los movimientos dentarios en este período son normales debido a la estructura de la membrana parodontal y a la formación incompleta de las raíces durante la erupción.

Las crestas alveolares son más planas y cuando erupcionan los dientes son más puntiagudas porque tienen mayor contenido de materia orgánica.

Encía Enferma.- Cuando la encía enferma - a tan temprana edad, se suscitan una serie de cambios que transcurren lentamente, las situaciones gingivales descuidadas en la niñez tienen un efecto acumulativo que a menudo se reconoce después de la vida adulta como un estado parodontal avanzado. El estado patológico se provoca cuando la resistencia de los tejidos disminuye, las papilas y los márgenes gingivales son siempre los más atacados.

Cuando la encía empieza a manifestar enfermedad, principia por inflamarse el tejido apareciendo la hiperemia, al principio es leve, los tejidos papilares y marginales están inflamados pero si se atiende puede ser reversible. Cuando es atacado por un agente infeccioso, el problema es mayor, empieza también con la inflamación y edema, cambio de coloración el tono rosado pasa a rojo intenso o azulado por la dilatación que sufren los capilares aumentando la sangre en los tejidos.

Las papilas se van engrosando por vestibular y conforme avanza la enfermedad se llegan a destruir formándose una pseudomembrana necrótica sobre el tejido marginal con olor fétido, al margen libre se le puede dar un grado de ulceración desproporcionado y como la papila contiene más masa de tejido al sufrir el edema aparece redondeada y voluminosa.

Hay pérdida del puntilleo en el tejido gingival con alteración del tejido conjuntivo, la encía intersticial se agranda, apareciendo la superficie lisa brillante, húmeda y tensa. La hemorragia gingival, que se produce por el traumatismo mecáni

co, que muestra ulceración y necrosis del epitelio del intersticio.

La inflamación del margen gingival se convierte en un borde grueso, que hace que guarde restos de alimentos ocasionando la formación de bolsas. Si la inflamación e irritación perduran por mucho tiempo, puede formarse sobre la encía cantidad de tejido conectivo, haciendola fibrosa, aspera y agrandada.

En casos graves se puede llegar a la pérdi-da ósea (parodontosis) y la destrucción es a nivel vertical más que horizontal, apareciendo bolsas infraóseas en etapas posteriores de la enfermedad.

El tejido ya degenerado puede exponer la raíz del diente y puede llegar hasta el ápice.

Estando la encía enferma, se evita que el niño pueda realizar sus actividades como comer, dormir, jugar o cualquier otra normalmente por lo que la higiene bucal debe tener atención considerable, la importancia y los cuidados que se le dé contribuirán al buen estado de la boca para evitar cuanto sea posible enfermedades parodontales, contribuyendo así a la salud bucal y general.

III

CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y TRAUMÁTICOS QUE SUFRE LA EN--
CIA DURANTE EL CAMBIO DE DENTICIÓN.

Durante el período que experimenta el desarrollo y cambio de dentición, la encía va sufriendo una serie de modificaciones a las que se les puede considerar como normales.

Es necesario que podamos reconocer estos cambios fisiológicos a los que esta sujeta la encía, para que en algún momento dado podamos diferenciarlos de otras alteraciones patológicas; el proceso de erupción de los dientes, produce siempre muy poca reacción local y las heridas producidas por la exfoliación sanan en pocas horas, por lo que nos dá un buen diagnóstico para comprobar si estamos ante una infección bacteriana o una reacción por erupción. El período que transcurre entre la erupción de los permanentes y la caída de los dientes primarios es aproximadamente de 2 años.

Antes de perforarse la encía, los tejidos sufren un adelgazamiento a nivel de las cúspides, pasado esto, aparecen los dientes y mientras se verifica la erupción, las encías intersticiales marginales se espesan y muestran un borde cilíndrico protuberante; en este instante se está produciendo una activa reorganización de las fibras de tejido conectivo, puede aparecer alguna ligera hiperemia en la encía, pero nunca un color que corresponda a una verdadera inflamación que se asocie con infección.

La erupción de los dientes ha hecho pensar a muchos autores que son la causa de muchas de las enfermedades producidas en la infancia, por ejemplo: Las fiebres espontáneas e infecciones intestinales que le atacan con regularidad, en esta etapa el niño cuenta con escasas defensas perdiéndose así a ellas.

El diagnóstico nos ayudará a encontrar la causa, por lo que siempre será detallado y amplio.

Manifestaciones Clínicas.

En los dientes primarios antes de que la corona aparezca (niños menores de un año), en el lugar de la erupción, la encía presenta un abultamiento localizado, firme, que puede ser ligeramente blanquecino y sigue el contorno de la corona subyacente.

La formación del margen gingival y el surco se desarrollan cuando la corona rompe la mucosa bucal.

En el curso de la erupción el margen gingival es edemático, redondeado y levemente rojo.

No es aconsejable cortar las encías para facilitar la erupción, porque podríamos contribuir al inicio de una infección secundaria, en su lugar podemos ayudar al paciente, proporcionándole un chupete de goma, o algún otro objeto duro que no lastime para que lo muerda y así ayudarlo a que corte sus encías y al mismo tiempo evitarle hábitos, como chupar o morderse los dedos.

Durante la dentición mixta, el agrandamiento gingival es característico, es particularmente visible en la superficie vestibular de los dientes anteriores superiores.

La base del surco gingival normal no llega a la unión amelodentinaria hasta la edad adulta, - sino que durante el período de dentición mixta la encía está adherida a la corona.

Frecuentemente los dientes primarios móviles producen inflamación gingival, durante la masticación la irritación de los bordes irregularmente erosionados de los dientes reabsorvidos dan origen a cambios gingivales que varían desde un ligero enrojecimiento y edema hasta la formación de abscesos. También es común que el niño descuide la higiene del lado donde le duele, lo que trae consigo hábitos unilaterales de masticación e higiene.

Cuando el diente permanente erupciona, el problema se puede volver más serio, debido al agravio que va sufriendo la encía, resultando en ocasiones inflamación gingival o hiperemia aguda.

Generalmente el tejido que rodea a la corona del diente en erupción enrojece y se hincha recubriendo algunas veces la corona recién expuesta, pero sólo sucede cuando los cuidados higiénicos son inadecuados o por trauma mecánico.

Uno de los puntos más comunes es en la zona del tercer molar, por su ubicación que lleva a la corona a una estrecha proximidad con la mucosa alveolar de la mandíbula, el tejido por distal del-

tercer molar, forma una trampa natural o bolsa para los alimentos y pronto se infecta.

Clinicamente se presenta aumentando de volumen e inflamado y cuando el tejido ha crecido, es cuando cubre la mitad de la corona, topando con el antagonista lo que intensifica la inflamación y el dolor.

El paciente puede presentar síntomas de linfadenopatías, hiperemia trismus y malestar y como el dolor es intenso descuidará su higiene bucal, aumentando la reacción inflamatoria por el depósito de material extraño alrededor del diente.

A medida que se desarrolla la dentición las encías presentan una variedad de aspectos, por ejemplo: el puntilleo, algunos afirman que en la niñez es más liso que punteado, pero se ha comprobado que solamente en estado inflamatorio puede desaparecer.

La forma de las papilas gingivales en la infancia está determinada fundamentalmente por la presencia o ausencia de espacios entre los dientes, cuando hay espacios las papilas son romas y redondeadas, cuando faltan las papilas tienden a conformarse a la anomalía del espacio interproximal y tendencia a filo de cuchillo agudo que se ve en las encías adultas normales.

Histologicamente las encías en la niñez son queratinizadas, aunque algo menos que en el adulto. Durante la rápida erupción y antes que el diente primario comience su función masticatoria, la mem-

brana parodontal no muestra una organización regular adaptada a tolerar las presiones oclusales, - sino que consiste en un plexo interdentario entre las fibras alveolares y cementarias, cuya función es permitir la reconstrucción de la membrana periodontal durante el rápido movimiento del diente.

Sin embargo, la relativa debilidad del parodonto de los dientes primarios en erupción y recién erupcionados, los hace más susceptibles a traumatismos, que producirán compresión hialinización e isquemia del tejido conjuntivo periodontal y pueden conducir en casos serios a la necrosis de los tejidos periodontales.

El cemento en este estado es delgado y de tipo primario, el de tipo secundario falta por el temprano comienzo de la reabsorción.

En el hueso alveolar, la lámina dura es marcada tanto en el estado de cripta como durante la erupción, la nitidez y radiopacidad la pierde solo con la edad avanzada. Las travéculas de la esponja de sostén tienden a reducirse en número, pero son más gruesas, mientras que los espacios medulares son más grandes que el hueso alveolar que rodea a los dientes.

Los trastornos periodontales agudos son comunes, en cambio los crónicos son menos frecuentes y las alteraciones atróficas como degenerativas son raras.

Cuando el niño se aproxima al período de la pubertad, se producen extraordinarios cambios fisi

cos, psíquicos y afectivos a consecuencia del brusco aumento de la influencia de las gónadas. Estos cambios afectan prácticamente a todos los tejidos del organismo y modifican en cierto grado, la composición físico químico y bioquímico de todas las células y líquidos de los tejidos.

El crecimiento y desarrollo son estimuladores hasta alcanzar su máximo, en este período de tensiones puede venir un desequilibrio de las funciones endócrinas, con su consiguiente inestabilidad que hace que el niño se torne más susceptible a la enfermedad.

Por lo común, las funciones orgánicas recobran su equilibrio durante la adolescencia, pero no los tejidos y órganos que se hayan en inferioridad de condiciones por herencia, o que se han sido debilitadas a causa de alguna susceptibilidad constitucional o por ser incapaces de soportar el ritmo de los cambios que se presentan.

Una vez que ha disminuido el impulso del crecimiento, la respuesta de los tejidos se hace más lenta y la capacidad de recuperación y regeneración empieza a declinar. Por consiguiente perturbaciones de los tejidos que hasta entonces pudieron pasar inadvertidos en estado latente o subclínico, se ponen de manifiesto y dará lugar el desarrollo de trastornos crónicos, o los tejidos pueden agotarse, convirtiéndose en una presa fácil para cualquier enfermedad.

Durante la pubertad se observa un aumento de la susceptibilidad a las parodontopatías, aumen-

ta la frecuencia de los tipos crónicos de estas -
afecciones y empieza a aparecer más a menudo los -
procesos progresivos y degenerativos aproximandose
cada vez más a la patología de los adultos.

Las manifestaciones clínicas de estos daños
traumáticos pueden ser:

Ligero dolor de los dientes en erupción, y
en algunos casos llevar a la anquilosis entre la -
raíz del diente primario y el hueso alveolar resul-
tante de la reparación de los tejidos dañados.

Tratamiento.

Administración de analgésicos y antipiréti-
cos para atenuar la hiperemia y malestar, si al -
diente se le llegara a formar un absceso en torno-
a la corona, se hace la incisión quirúrgica y se -
drena.

Durante la caída de los dientes el trata- -
miento local que se le proporcione debe ser mínimo,
la inflamación cede rápidamente una vez perdido el
diente.

IV

ENFERMEDADES INFECCIOSAS PROPIAS DE LA INFANCIA QUE AFECTAN EL PARODONTO DEL NIÑO Y SU TRATAMIENTO.

En este tema haré mención sobre aquellas - enfermedades que afectan de una u otra forma los - tejidos bucales del niño.

Bajo este encabezamiento, se incluye un grupo de enfermedades caracterizadas por fiebre eruptiva aguda, con lesiones peculiares que a menudo - afectan la mucosa bucal, pero que a pesar de su - gravedad, su importancia no es la que en un tiempo fué, dado que su incidencia se redujo notablemente.

Las enfermedades de la boca presentan una - serie de problemas que dependen del estado de madurez en que se encuentren los tejidos bucales, así como la tendencia a sufrir ciertas enfermedades y las diferentes demandas funcionales a las que están sometidas en estos períodos de la vida.

El dentista y el pediatra son las personas que están más familiarizadas con este tipo de enfermedades, ya que desde los primeros años, el niño empieza a visitarlos por los problemas que le - causa la erupción de los dientes, así como problemas nutricionales.

Antes de erupcionar los dientes, el niño - puede contraer enfermedades bucales por erosiones, arañazos que se infectan y provocan lesiones que - van desde una simple escoriación hasta provocar - una enfermedad grave como estomatitis, moniliasis, etc..

Al terminar la erupción dentaria, la condición local microbiana de la cavidad bucal es parecida a la del adulto, como también el pH de la saliva, la mucosa de la boca y las encías en esta etapa carecen de una capa protectora bien queratinizada, por lo que, con frecuencia se presentan irritaciones mecánicas microbianas dando lugar a frecuentes enfermedades como deficiencias nutricionales, -escorbuto, gingivitis, etc..

Las enfermedades a las cuales me referiré - con más énfasis, son aquellas que llevan una etiología viral bacteriana y micótica, las cuáles originan reacciones generales agudas que pueden regresar rápidamente después de suprimir el foco.

Son enfermedades de tipo infeccioso altamente contagiosas, por lo que se recomienda cuidados-higiénicos intensos, ya que de no ser así podría dar lugar a infecciones secundarias compliendo el cuadro de la enfermedad.

Como afectan grandemente a la mucosa bucal, haré mención sobre los problemas que puede generar un parodonto lesionado.

SARAMPION.

Enfermedad infantil aguda y febril muy contagiosa, que puede generar serias complicaciones.

Tiende a disminuir la resistencia a otras enfermedades infecciosas, por lo que requiere un cuidado especial.

La transmisión es por medio de la saliva, - ya que en ella lleva el virus. Afecta en especial - el tracto superior del sistema respiratorio y en - general todo el cuerpo.

Comienza con fiebre que puede subir de 39° - a 40°C complicandose con fotofobia, conjuntivitis coriza, tos, lagrimeo constante y finalmente aparece sobre la mucosa de carrillos las manchas de koplik. Días después de aparecidas las manchas y - la fiebre, brota en el cuerpo, en forma de erup- - ción o exantema.

Las lesiones de la mucosa son pequeñas y se ven como puntitos irregulares, de un rojo brillante, en el centro cada una está marcada por un punto muy pequeño blanco azulado y a todo esto lo rodea una zona eritematosa. Las lesiones se colocan por lo regular cerca del orificio de desembocadura del conducto de stemon.

En la piel aparece el exantema, en forma de máculas irregulares que aumentan gradualmente de - calibre y se elevan.

Aparecen primero detrás de la oreja, conti- nuandose en la frente, se extiende luego por todo - el cuerpo y a los cuatro o cinco días empieza la - descamación que deja en su lugar las lesiones.

Pasados veintiun días las lesiones desaparecen sin dejar huella.

Durante todo el curso de la enfermedad pue- de haber tos, al principio seca y luego con espec-

toración.

Las complicaciones más importantes son: Infecciones respiratorias como bronquitis, bronconeumonía, adenitis, reactivación de infecciones tuberculosas y en raros casos meningitis y encefalitis.

Aspecto Bucal.

Incluye la mancha de Koplik, que tiene importancia en el diagnóstico, porque aparece en la mucosa dos o tres días antes de que se presente en la piel; la mancha existe durante la mayor parte de la etapa infecciosa, colocándose principalmente en la mucosa del carrillo a lo largo de la línea de cierre de los dientes en la región de los molares.

Las manchas desaparecen gradualmente, a medida que la mucosa de la boca se congestiona, apareciendo en la piel el exantema.

Es necesario que hagamos un exámen cuidadoso contando con buena iluminación para poder observar la mancha de koplik, porque algunas veces a simple vista no se observan.

Tratamiento.

Aislamiento desde un principio hasta cumplir 18 días, para prevenir a los hermanos receptivos.

Las gammas globulinas son portadoras de la casi totalidad de los anticuerpos plasmáticos.

El sarampión se declara si se aplica esta - vacuna en los 4 ó 5 días que siguen al contagio.

En sí no hay un tratamiento específico, los antibióticos no ejercen acción sobre el virus y so lo se puede tener precauciones higiénicas, guardar cama durante toda la enfermedad y una semana des--pués de la erupción. Para calmar las molestias - como tos, se le dá jarabe de belladona, bromofor--mo, aspirinas para la fiebre y se aplicarán lava--dos de boca y narfz con soluciones no irritantes - como el suero fisiológico.

VIRUELA.

Es una enfermedad viral muy contagiosa; se caracteriza por temperatura muy alta siendo el pe--riódó de incubación del virus de 10 días.

Comienza por lo general con escalofríos, - vómitos, dolor de espalda y de cabeza. Las lesio--nes de la boca aparecen sobre el paladar, mucosa - de carrillos y labios. Las lesiones tienen la forma de úlceras hundidas, la lengua se inflama (glo--sitis variolosa) y se congestiona produciendo difi--cultad en la deglución.

Tratamiento.

No se dispone de una terapéutica directamen te activa frente al virus. El tratamiento efectivo es tratar de evitar primeramente la infección se--cundaria y combatir los trastornos ocasionados por el virus.

Sobre las lesiones cutáneas se pueden aplicar soluciones antisépticas como la eosina que permite reducir la lesión. A nivel de mucosas se pueden aplicar antibióticos tópicos como Xilol, colirios, colutorios, para el dolor analgésicos.

La vacuna proporciona protección eficaz debiendo vacunar al niño en el primer año de vida, - hacia el octavo mes, para volverse a repetir después de los once años, o cuando exista la posibilidad del contacto con un enfermo.

Las lesiones de la viruela varían de tamaño y casi siempre tienen complicación con una infección secundaria, por lo que se necesita atacar de inmediato la infección secundaria que es terminal y persistente.

La lesión cutánea es amplia, diseminada, se presenta inicialmente en la cara y se extiende hacia el cuerpo, pasados diez días estas vesículas - se llenan de líquido purulento transformándose en - pústulas, más tarde el líquido de la pústula de - reabsorbe y la lesión se cubre con una costra seca.

VARICELA.

Enfermedad viral benigna transmisible común en la infancia, que se extiende entre los niños rápidamente, ya sea por contacto directo o por gotas de saliva.

Se caracteriza por síntomas generales leves como dolor de cabeza, escalofrío, poca fiebre, seguidos de erupción cutánea, maculo-papular y vesicular.

El período de incubación varía entre 10 y 21 días acompañándose de dolor de cabeza, fiebre, nasofaringitis y anorexia.

El exantema es parecido al de la viruela, está formado por brotes consecutivos de pápulas dispersas pruriginosas, que más tarde se transforma en vesículas, permanecen discretas, por lo que a veces no llegan a convertirse en pústulas a menos que se origine infección secundaria. La erupción es muy lenta, primero aparece en el tronco atacando en seguida a la cara y extremidades, siendo más abundante en el tronco que en la cara.

No deja cicatriz a menos que se produzca infección secundaria, las vesículas en la cavidad bucal aparecen de 12 a 24 horas antes de aparecer en la piel, muchas veces son indoloras y temporales, cubriendo la mucosa de la boca, paladar, encía lingual y faringe.

Las vesículas se forman con diferentes calibres, rodeadas siempre por una zona eritematosa donde siempre se encuentra resto de mucosa.

En el caso de que ocurrieran infección secundaria, las vesículas se rompen y son sustituidas por costras secas, que experimentan descamación, en este período el paciente manifiesta restablecimiento progresivo, pero la infección avanza produciendo entonces vesículas que pueden atacar tanto a la faringe como conjuntiva originando problemas secundarios.

Tratamiento.

En sí no lo tiene. Las globulinas gamma - son efectivas pero a su tiempo. Lo que hay que reducir es el riesgo de asociaciones patológicas secundarias, debe aislarse y mantenerse en cama al - paciente hasta la desecación de las lesiones, el - niño no puede asistir a la escuela durante los pri - meros quince días y administraremos soluciones anti - sépticas para la higiene bucal (xilol), también - se tendrá aseo cuidadoso de las lesiones y se da - rán antihistaminicos por vía oral.

Solo se administrará antibiótico en caso de infección secundaria o sobre infección.

ESCARLATINA.

Es una infección inflamatoria bacterina in - tensamente aguda, causada por el streptococcus - scarlatinae.

Afecta a la faringe extendiendose a los pi - lares anteriores de las fauces y del paladar blan - do.

El coco produce una toxina soluble, que es - la que origina el exantema (erupción cutánea). La - reacción de la enfermedad es sumamente dolorosa y produce dificultad en la deglución.

Puede comenzar por una infección en la fa - ringe, presenta síntomas como fiebre de 39° a - 40° C, hay delirio, pulso acelerado, vómito y - erupción. Durante la erupción, la mucosa está enro

jecida, principalmente el paladar y carrillos, la garganta y las amígdalas están irritadas produciendo en algunas ocasiones hemorragias.

Aspecto Bucal.

Al principio la lengua se encuentra uniforme y cubierta por un producto blanco amarillento - grueso, que cubre toda la cara dorsal de la lengua (saburral) pero que a las 24 horas desaparece a nivel de los bordes y de la punta de la lengua, quedando las papilas sobre todo las fungiformes hinchadas e hiperémicas y se observan como manchas rojas vivas a través de la cubierta blanca.

A este estado de la lengua se le conoce como lengua fresa.

Siguiendo el curso la enfermedad, el enrojecimiento de los carrillos aumenta, congestionándose también la cara y produciéndose alrededor de la boca una zona pálida a la que se le da el nombre de palidez peribucal.

El exantema aparece 18 a 36 horas después - de iniciados los síntomas las zonas rojizas punteadas se reúnen produciendo un calor intenso, que aparece primero en la cabeza, cuello y luego invade todo el cuerpo.

La erupción se va aclarando después de 7 a 10 días y en dos semanas se inicia la descamación de la piel. Las reacciones bucales son secundarias y se relacionan con la acción de los microorganismos invasores.

Complicaciones.

Frecuentemente se complica con amigdalitis, faringitis, otitis media o mastoiditis con persistencia de la sordera, esto sucede, cuando la infección de la faringe se ha extendido hasta la trompa de Eustaquio, produciendo severas complicaciones.- También puede haber glositis ulcerosa, noma, perforación del paladar y ostiomielitis de los maxilares.

Tratamiento.

Se puede aplicar el suero antitoxina escarlantina, dando inmunidad permanente contra ataques de escarlantina plenamente desarrollada. antibióticos como penicilina G, en tratamiento moderado, o en su defecto si hay intolerancia aplicar eritromicina o tetraciclina.

Guardar reposo en cama durante diez días o más, vigilar la orina porque puede presentarse proteinuria, hematuria. También vigilar presión arterial, peso y aislamiento del paciente durante 40 días con desinfección de la habitación al finalizar la enfermedad.

Si aparece infección secundaria, controlarla para no complicar la enfermedad.

ERISIPELA.

Infección bacteriana causada por el streptococcus hemolítico beta, que afecta a la membrana mucosa, es muy contagiosa y se extiende rápidamente.

Puede comenzar por una herida cutánea, a través de la cual penetra la bacteria. Afecta principalmente a los lactantes y personas mayores de 50 años, pues es muy raro que se presente antes de los 20 años. También existe la posibilidad, de que ciertas personas estén predispuestas a la transmisión de esta cepa, y en otras puede no producir esta infección, sino otras como escarlatina, o infección en vías respiratorias altas.

Se manifiesta por fiebre de 39° á 40° C, dolor, grandes escalofríos quebrantamiento generalizado, malestar interno, cefalea, insomnio orina escasa y oscura, hígado y bazo aumentados de volumen.

Afecta a la piel y a la membrana mucosa, la sensación dolorosa se localiza en el ala de la nariz, le sigue a los carrillos terminando en el ángulo interno del ojo.

Las primeras señales de infección aparecen en la cara, extendiéndose después al tronco, área periumbilical y órganos genitales.

El dolor espontáneo procede casi siempre a la aparición de la placa, previniendo así su localización, el paciente siente la sensación de quemarse.

La placa se caracteriza por un área de eritema duro, irregular que tiende a crecer, con bordes bastantes definidos.

La placa se extiende rápidamente al carrillo y la nariz se encuentra tumefacta, el labio superior proyectado hacia adelante, las orejas engrosadas y la piel también, adquiriendo consistencia como de cebo. En ocasiones se observan estrías rojas de linfangitis que se extienden de los bordes de la lesión, a los ganglios linfáticos locales, a menudo aumentados de volumen por la inflamación aguda.

La placa tumefacta esta limitada por una aureola resaltante, que es la que se persibe más al tacto que a la inspección.

Tratamiento.

Asepsia que disminuye el contagio, dieta láctea para evitarle hasta donde sea posible lesiones renales.

Analgésicos para la fiebre, aseo de la boca y faringe con soluciones antibióticas como agua boricada, antibióticos como terramicina, estreptomina, sulfonamidas como clorhidrato de sulfanidocrisoidina.

Si aparece infección secundaria se tratará y por ser muy contagiosa se recomienda aislar al paciente, sobre todo el recién nacido, ya que es muy susceptible a la infección.

BUREOLA. "SARAMPION ALEMAN"

Es una enfermedad general muy benigna, caracterizada por fiebre y erupción pasajera.

Es muy semejante al exantema del sarampión, después de un período de incubación de cinco días a tres semanas, aparece la erupción en la cara, en forma de manchas rosadas que luego se extienden por el cuerpo.

En la mucosa se observan máculas de color rojo intenso y no hay descamación, los ganglios linfáticos se encuentran inflamados y existe dolor en las encías.

Tratamiento.

Aislamiento desde el principio, precauciones higiénicas y guardar cama durante toda la enfermedad.

Analgésicos para calmar las molestias.

DIFTERIA.

Enfermedad toxi-infecciosa que en nuestros días ya no se considera grave. Se localiza en vías aéreas altas y es provocado por el corynebacterium diphtheriae o bacilo de klebs Loeffler.

Ataca a los niños de 1 a 5 años de edad, su difunción es por las secreciones de garganta y nariz, la transmisión es por contacto directo con la secreción de la lesión o directamente por obje-

tos contaminados.

Síntomas.

El paciente presenta elevada temperatura, - 38° a 40° C molestia corporal, congestión en la faringe, toxemia intensa y formación de exudado - fibrinoso en la superficie de mucosas, en ocasiones vómitos y pulso débil.

Aspecto Bucal.

Las amígdalas están enrojecidas y con puntos blancos y pasadas 24 a 36 horas se agrandan para formar una falsa membrana blanquecina consistente, rodeada de un círculo inflamatorio que es adherente y difícil de desprender sin que la mucosa - sangre.

En ocasiones, solo se localiza en las amígdalas, pero según su gravedad puede llegar hasta los pilares, la úvula, velo del paladar y laringe.

A nivel de los dientes primarios que erupcionan y en las fisuras de la comisura de la boca aparece también una membrana blanquecina y resistente. Se observa también dolor intenso y enrojecimiento del tórax que va acompañado de disfagia.

Tratamiento.

Para combatir esta infección se puede administrar la antitoxina correspondiente cuya dosificación depende de la gravedad del caso, a las lesiones se les puede aplicar toques de colorantes -

anifínicos, pero sólo tendrán balor para la represión de los microorganismos invasores secundarios- como las monilias.

Se puede hacer uso dando un mejor resulta-- do, los colutorios y además una buena higiene bu-- cal. Controlar la infecci3n secundaria con anti-- bioticos como penicilina, eritromicina.

Como es muy contagiosa requiere del aisla-- miento absoluto del paciente.

Para disminuir los efectos de la intoxica-- ci3n diftérica se aplica suero hiperglucosado al - 20% por vfa endovenosa.

PAPERAS.

Es una infecci3n aguda y contagiosa de las- glándulas salivales, las que se inflaman produciendo un agrandamiento, el cual es muy doloroso puede afectar segun el caso a una o ambas glándulas, ya- sean parótidas o submaxilares, se le conoce a esta enfermedad también con el nombre de parotitis epi- démica.

El virus se encuentra en la saliva y se - transmite por contacto o por microgotas, tiene afi- nidad por las glándulas parótidas aunque también - puede observar alteraci3n en páncreas, timo, tirói- des y gónadas.

El período de incuvaci3n en las lesiones bu- cales es de 2 a 3 semanas, se presenta comunmente- en edades de 5 a 15 años, aunque también pueden - ser afectados los adultos.

La enfermedad puede iniciarse con vómitos, diarrea, puede haber temperatura, edema debajo del lóbulo de la oreja sin formación de pus, enrojecimiento y tumefacción del conducto glandular.

La parotitis puede presentarse en los recién nacidos, o también puede derivarse de infecciones de la boca, de otitis media de obstrucción de los conductos o de operaciones abdominales.

El virus puede penetrar por el conducto de Stenon, o por el torrente sanguíneo, la inflamación se inicia dentro de las 48 horas donde alcanza el máximo y en 5 a 6 días se inicia su regresión.

Después de iniciada la inflamación es cuando aparece el dolor y dificultad para abrir la boca.

Tratamiento.

Se puede aplicar compresas de agua fría, darle antibióticos como sulfonamidas, analgésicos para el dolor.

Como es muy contagiosa se requiere aislamiento, así como limpieza y aseo de la boca.

ALGODONCILLO.

Enfermedad parasitaria localizada en la mucosa de la boca.

Es muy contagiosa y la provoca el hongo candida albicans. El hongo se desarrolla por la aci--

dez que surge de los alimentos ricos en minerales e hidrocarbonados y la boca reúne las condiciones necesarias para su proliferación.

Ataca principalmente organismos débiles, - por mala alimentación o por alguna enfermedad anterior, en adultos seguida de una enfermedad infecciosa como fiebre tifoidea, gripe, tuberculosis, - etc..

Ataca con más frecuencia a niños lactantes, en los primeros días de la vida, sobre todo aquellos que tienen una debilidad congénita o dispepsia gastrointestinal.

La alimentación puramente lactea predispone a esta enfermedad, aunque también la artificial - por sufrir contaminación y perturbaciones digestivas, la predispone con más frecuencia. El hongo - se puede llevar fácilmente a la boca ya que se encuentra sobre la superficie de alimentos como frutas, verduras, dulces, el hongo se deposita en el - epitelio que ya preparado por una infección anterior provocan la enfermedad.

La saliva es un mal medio para el algodoncillo, lo interrumpe mecánicamente, de ahí que la - afección en los niños es mayor, debido a que sus - glándulas salivales son rudimentarias habiendo mayor acidez.

Aspecto Bucal.

A principios hay comenazón en la mucosa, ligero dolor y dificultad en la succión. Pasados - tres días aparece la mucosa con aspecto de granos-

aislados blanco brillante, de aspecto como de leche cortada o coajada; así invade carrillos y encías.

Más adelante estos granos forman placas, - convirtiéndose después en capas blancas que terminan por tapizar la cavidad bucal.

Esta capa en los primeros días es muy adherente, resiste el raspado que puede hacerse con una gasa, dejando la mucosa completamente roja.

En el recién nacido tiene mucha importancia, porque es imposible alimentarlo, debilitándolo rápidamente y más aún por ir acompañado de diarrea, - fiebre, facilitando así la disminución de su peso.

El algodoncillo invade hasta las capas más profundas de la epidermis, así como dependiendo - de su avance puede llegar hasta la faringe, provocando una disfagia dolorosa, también puede invadir esófago y algunas veces hasta bronquios, pulmones - y nivel de cuerdas vocales inferiores.

En los niños tiene mucha importancia cuando se presenta en perturbaciones gastro-intestinales, diarreas, enterocolitis, porque a la desnutrición - que provocan, se agrega la provocada por la dificultad de la succión.

Tratamiento.

Es profiláctico, se empieza por el aireación y desinfección del lugar donde está el enfermo, - limpieza minuciosa de la boca, para poder evitar - propagar la infección e impedir infección :-

secundaria. A los niños amamantados por la madre, ésta tendrá cuidado de asearse perfectamente el pecho, los alimentados con biberón se lavarán y desinfectarán cuidadosamente. Si después de estos cuidados no mejora se incrementará el aseo con antisépticos, lavados con salicilato de sodio con cloratos, aplicación de sustancias alcalinas como tetraborato de sodio, pues urge siempre desaparecer la acidez del medio bucal.

TOSFERINA.

Es una enfermedad muy contagiosa, muy difundida que se caracteriza por fuerte tos, evoluciona en forma endémica y por pequeñas epidemias. Es una enfermedad benigna, pero temida en niños pequeños, ya que les pone en peligro la vida.

Es producida por el bacilo Bordetella Pertussis y puede afectar a todas las edades pero con más frecuencia niños menores de cinco años.

El contagio es por vía directa o saliva infectada.

Su duración es aproximadamente entre 6 y 8 semanas, evolucionando en períodos. Comienza con la invasión o período catarral, con tos espasmódica y persistente, sobre todo en la noche, lo que diagnostica la enfermedad, hay poca fiebre y así permanece el paciente durante una o dos semanas.

Pasado este tiempo, aparece el segundo período que son accesos de tos con sacudimiento, en forma de quintas, o sea el paciente tose sin descansar unas 12 o 13 veces, tosiendo más rápidamente entre una y otra vez, le sigue enseguida un leve paro respiratorio en espiración, aquí el paciente experimenta ligera recuperación, seguida de una

amplia inspiración que la acompaña un ruido como de caldera.

Después vuelve a aparecer la tos, nuevamente con el sacudimiento y su recuperación, así se repite de tres a cinco veces constituyendo así las quintas.

La espectoración es blanca y adherente como mucosidad bronquial, en este periodo puede aparecer edema facial, petequias sobre párpados.

Durante los accesos de tos la lengua está protuida forzandola contra los bordes cortantes de los dientes anteriores e inferiores, provocando lesiones y ulceración del frenillo lingual.

Por último pasados quince días con quintas se presenta el período de declinación o convalecencia, atenuandose primero la tos de las quintas durante dos semanas hasta desaparecer completamente.

Las complicaciones son de tipo pulmonar y nerviosa. El período de contagio se encuentra entre la fase catarral y el comienzo de las quintas.

Tratamiento.

Se tendran medidas higiénicas, se puede administrar la inmunización por medio de la gammaglobulina para evitar o atenuar la enfermedad. La inmunidad dura de 15 a 30 días, pero se recomienda no aplicarla cuando la tosferina está declarada.

Los antibióticos se administran solo en caso de complicación, para los accesos de tos se recomienda productos antitusígenos como tintura de belladona, en dosis de una gota 3 veces al día, barbitúricos y antihistamínicos incluso en el lactante.

HERPEX SIMPLE.

Producido por el virus filtrante hominis, que ataca el tejido epitelial. Se puede presentar como erupción local, aunque también como enfermedad general epidémica contagiosa.

El Herpex aparece también como reflejo a otros padecimientos o factor desencadenante como: trastornos gastro-intestinales, infecciones respiratorias como neumonía, gripe, quemaduras de sol o cualquier estado tóxico o febril.

Las vías de diseminación son:

- 1.- Por vía sanguínea.
- 2.- Vía nerviosa.

No se puede obtener una inmunidad local o general, porque el virus se encuentra en la saliva y líquido cefalorraquídeo de personas sanas en forma latente.

El principal factor es la existencia del Herpex recurrente o recidivante que puede evolucionar en dos períodos:

- 1.- Como una infección observada en el niño pero que con frecuencia es inaparente.
- 2.- O que la persistencia del virus en el organismo en forma latente ocasione manifestaciones recidivantes que desencadenen enfermedades.

Los portadores sanos pueden actuar como fuente de contaminación. Es más frecuente en los niños de cuatro a cinco años, aunque también es frecuente en mujeres, relacionándose con la menstruación, embarazo, y lactancia.

Aumenta en climas húmedos y fríos, aparece en forma de epidemia que puede abarcar desde una casa a una cuadra.

La incubación del virus es de 3 a 4 días, puede penetrar por la boca pasando a la faringe por la nariz, órganos genitales y ojos.

Como es una inflamación vesiculosa de boca-faringe y velo del paladar da nacimiento a pequeñas pseudomembranas aisladas que se pueden confundir con la difteria, pero en la mayoría de los casos una capa delgada de pseudomembrana se desarrolla a nivel de la vesícula y con frecuencia muchas de ellas se reúnen en una sola de tal manera que una membrana amplia cubre toda la superficie.

La enfermedad puede empezar por escalofríos violentos, malestar general, anorexia y náuseas, aunque en la mayoría de los casos se presenta silenciosa y pasa inadvertida.

Puede haber también sed viva, boca seca, - disfagia, fiebre de 40° C, el paciente siente prostración, delirio y pulso rápido. Lo que más perturba es la cefalea sobre todo frontal que impide el sueño por ser muy fuerte, imposibilitando cualquier esfuerzo sobre todo intelectual.

Este estado persiste 2 ó 3 días hasta que se forma la lesión en la cavidad bucal.

Aspecto Bucal.

Las lesiones en la boca aparecen sobre el - velo del paladar, úvula, pilares y amígdalas.

Se inicia por una congestión con sensación de tensión o quemadura elevándose la epidermis hasta constituir o formar la vesícula.

Puede aparecer aisladamente y el tamaño que presenta es de una cabeza de alfiler, transparente y son más o menos numerosos.

Se colocan principalmente en el carrillo, - mucosa bucal, surco gingivo-labial o lengua, y en la piel sobre los labios.

Cuando la lesión aparece dentro de la boca, la vesícula se rompe con rapidez y se forma una película blanco grisáceo rodeada de una zona eritematosa que al desprenderse puede provocar pequeñas - hemorragias quedando en su lugar una mucosa úlcerada.

Esto sucede hasta que no haya una restitución completa, que viene siendo entre 8 a 10 días, cuando desaparece sin dejar huella.

Cuando aparece sobre la piel, al romperse - la vesícula sufre una desecación, formándose una costra amarillenta seguida de una zona eritomatosa que después de 8 a 10 días se cae sin dejar cicatriz, a menos que no se rasque.

La localización de las vesículas sobre la cara es alrededor de la boca y de los orificios na sales.

Tratamiento.

Se busca la forma de cicatrizar rápidamente las lesiones, se tendrán medidas de prevención - para evitarle recaídas al paciente, para la cicatrización pueden aplicarse lubricantes como jalea de petróleo, tintura de benzoina, alcanfor y esencia de trementina.

Como es muy contagiosa se tendrán cuidados higiénicos y aislamiento absoluto, como la boca es tá muy dolorosa y no puede comer el niño, se le dan alimentos fríos como leche agregándole complementos alimenticios como huevo, azúcar y helado.

La bebida fría calma el dolor y alivia las molestias, en cambio no debemos dar alimentos calientes ni irritantes, como jugo de naranja, etc..

Tampoco se puede aplicar cáusticos como nitrato de plata ni violeta de genciana, los antibió

ticos tampoco están indicados durante el estado - agudo debido a la posibilidad de extender la infección primaria, si se recetan será después de 5 - días.

Esta enfermedad como todas las causadas por virus, es altamente contagiosa por lo que debe permanecer el paciente en cama y aislado para apurar la convalecencia.

HERPANGINA.

Es una enfermedad infecciosa benigna, causada por el virus coxsackie.

Es parecida a la estomatitis herpética pero esta se caracteriza por atacar a la faringe, el pequeño tamaño de sus vesículas, su curso leve y su patrón epidémico por temporadas.

Se le encuentra en cualquier parte en forma de epidemia principalmente en épocas de verano y - otoño.

Afecta a los niños recién nacidos y de 1 a 7 años.

El período de incubación es de 2 a 6 días, - donde se inicia bruscamente con fiebre de casi 40° C, dolor de garganta agudo, seguida de anorexia, - disfagia y a veces vómitos.

Después de 3 a 5 días aparecen los signos - clínicos en la cavidad bucal, faringe y porción - posterior de la boca, se encuentran enrojecidos y

congestionados junto con el paladar blando, úvula y fauces en las que se observan pequeñas vesículas que se multiplican y se rompen para formar pequeñas úlceras dolorosas que tienen en el centro un color gris rodeadas por una zona roja, y que se van extendiendo hasta la boca.

La cantidad y tamaño de las lesiones aumenta durante 2 o 3 días y sanan a los 6.

Tratamiento.

La herpangina tiene una evolución autolimitada, debe evitarse sobre tratamiento, los enfermos curan sin complicaciones.

El tratamiento es por medidas locales, colutorios y gargarismos con anestésicos locales como: elixir de Benadryl o butacaina que resultan refrescantes, dieta líquida o blanda, reposo en cama y aislamiento.

Los antibióticos no están indicados pues no tienen efectos sobre el virus.

La infección secundaria no se conoce.

V

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS QUE AFECTAN
EL PARODONTO Y SU TRATAMIENTOGINGIVITIS.

El término Gingivitis viene del latín gingiva - encía y del sufijo itis - inflamación, que significa inflamación de la encía.

Con este término damos a conocer una de las enfermedades que más problemas causan en los tejidos de soporte del diente.

La aparición de trastornos parodontales en los niños se les ha dado mucha importancia en estos últimos años, tanto en otros países como aquí en México.

Los aspectos de la enfermedad gingival tanto en calidad como en cantidad, han sido estudiados por numerosos investigadores y de los datos acumulados, surge que la gingivitis de la niñez es una comprobación común en todas las edades.

Sin embargo, la enfermedad gingival en los niños, en los niveles sociales y económicos más bajos, parece ser más grave y extendida, estando posiblemente relacionada con la falta de higiene bucal y la nutrición inadecuada.

La gingivitis es común en el adulto pero rara vez en el niño sano, cuando se observa gingivitis en el pequeño generalmente tiene un fondo sis-

témico, o sea algún estado que altere la resistencia tisular.

Las enfermedades parodontales son lentas y progresivas, se extienden durante muchos años y - sus síntomas iniciales son muy comunes en los niños por eso se ha llevado a la suposición común de considerar a esta enfermedad como degenerativa, es cierto que en los niños son raras las degeneraciones parodontales pero ocurren en ciertos casos.

Numerosos informes han demostrado un aumento de gingivitis e hipertrofia gingival durante la pubertad en ambos sexos.

Su frecuencia va de acuerdo con su edad, - prevaleciendo entre 10 años en las niñas nivelando se a los 16 años.

En los niños la gravedad máxima oscila entre 13 y 13 años ó meses y va decreciendo hasta - los 17 años. En esta edad muy raramente se ha encontrado pérdida ósea.

Cuando se inflama el tejido gingival lo primero que se observa es la hiperemia. Existen numerosas causas de inflamación gingival por lo que fácilmente no se puede catalogar, ya que una manifestación que cause gingivitis, puede parecerse idéntica a otra iniciada por factores generales.

Es necesario hacerle al paciente su historia clínica completa y su evaluación.

La gingivitis puede presentarse comunmente-

en dos formas: Marginal crónica y aguda.

La forma crónica es ampliamente la más común, se le puede observar por modificaciones del margen gingival y de las papilas interdentes, el color rosa de la encía pasa a tono más oscuro, debido a la dilatación capilar, por lo que, el contenido de sangre aumenta provocando gingivorragia.

Empieza primero en la cima de las papilas interdentes y luego se extiende a las zonas marginales. En las áreas de ulceración donde se pierde el epitelio el color es aún más vivo, la hiperemia se asocia con edema por lo que la encía interdental se agranda y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa.

Como las papilas y los márgenes gingivales no están tan estrechamente unidos al hueso alveolar como en la mucosa adyacente, estos tejidos pueden pasar a un grado desproporcionado de ulceración.

La inflamación destruye las fibras gingivales con lo que desaparece el puntilleo de la superficie gingival, que combinado con la tumefacción permite que el margen se redondee por entre los dientes.

La inflamación del margen gingival sobre la porción bulbosa de la corona del diente, no solo transforma la fosa natural en bolsa más profunda, sino que también produce un borde que invariablemente recoge desechos.

Algunas veces en las áreas de inflamación,-

los tejidos degeneran y exponen las raíces de sus dientes, si el área es pequeña, ejemplo: un diente anterior, la degeneración será pequeño y estrecha, otras veces puede ser mayor que abarque hasta la exposición completa de la raíz.

La forma aguda suele estar asociada a un traumatismo directo, las abrasiones, cortes e incidentes similares causan una inflamación aguda, pero que ésta cederá y curará a menos que persista alguna alteración que provoque una modificación en el tejido gingival y entonces se convierte en crónica.

También se puede producir gingivitis aguda cuando se acompaña con una enfermedad orgánica o infecciones generalizadas. Se ha observado coincidentemente con una infección respiratoria o en niños durante las enfermedades de la infancia (enfermedades exantemáticas), en tanto que estas alteraciones gingivales se curan durante la convalescencia.

Otra forma es la que se presenta a la salida de los dientes primarios, que va acompañada de dolor y mal humor. En muchos niños la encía se torna roja y edematosa, y hay excesiva salivación.

Se ha discutido mucho sobre los efectos sistémicos de la dentición en niños pequeños, un aumento de temperaturas, diarreas, erupción cutánea, y trastornos de la nutrición han aparecido a la salida de los dientes primarios, lo mismo que muchos trastornos generales especialmente los de las enfermedades infecciosas, producen con frecuencia síntomas bucales parecidos y previos a la manifestación sistémica de la enfermedad, por lo que el trastorno sistémico concurrente y la salida de los

dientes primarios deben evaluarse por separado, para no pasar por alto un trastorno general serio.

Existen numerosos factores etiológicos que pueden ser causa de la inflamación gingival.

Pueden dividirse en locales y generales, pero toda lesión local será combatida por el potencial de resistencia y reparación del paciente, y si bien la lesión local inicia la gingivitis modificada por el factor causante y también por la repetición del traumatismo, la severidad de la afección y el aspecto clínico estarán regidos y quizá modificados por la capacidad del paciente para resistir y reparar la lesión ocasionada, de tal forma que la gravedad de la afección depende de: el agente causante, del momento, de la edad del paciente y de los potenciales de resistencia y reparación.

Entre los factores de origen local y general figuran: los traumatismos físicos que se producen durante la masticación, los movimientos de la lengua, labios y carrillos así como el humedecimiento y secado de saliva con el aire.

Los irritantes químicos producidos por los condimentos, alcalidad y acidez de la boca y alimentos.

Irritaciones bacterianas, producidas por la acumulación de resto de alimentos, los cuales llevan cantidad de bacterias que se acumulan alrededor de los dientes.

Deficiencias de vitamina, sobre todo la vi-

tamina C y complejo B, que afecta los tejidos gingivales.

Los depósitos de tártaro también van asociados con la gingivitis, se pueden observar zonas de inflamación a nivel del tártaro, sin embargo, si eliminamos estos depósitos la inflamación cede, lo que nos indica que la gingivitis es provocada por una causa y efecto.

Los márgenes sobresalientes de obturaciones o un sellado imperfecto, así como la respiración bucal, puede ser otra causa. La falta de estimulación producidas por dietas blandas con la asociación de mucina sobre los dientes en los márgenes gingivales, son también considerados como causas de gingivitis.

Malposiciones de los dientes, inclinación propia, retardamiento, factores hereditarios y anomalías, también causan gingivitis.

Ingesta de grandes dosis de drogas como difeniles que son drogas anafilácticas u otros medicamentos como dosis de Calomel, pueden causar gingivitis mercurial tóxica.

Una mala higiene, el uso inadecuado del cepillo dental, como cepillarse en forma horizontal, causará atrofia de la zona interdental y retracción gingival, la falta de dientes producidas por la mutilación temprana, hace daño similar a los tejidos dentales.

Procesos causados por alteraciones en el metabolismo, también degeneran los tejidos.

Los niños enfermos están más propuestos a sufrir gingivitis, ya que descuidan su higiene bucal, los movimientos de la lengua y de los labios son menos activos, el cepillado no lo hace tampoco con la misma frecuencia y en algunas ocasiones el medicamento administrado puede causar daño.

La gingivitis podemos clasificarla por grados, de acuerdo a su avance:

- 1.- Nula - Cuando no aparece inflamación.
- 2.- Leve - Cuando aparece ligera hiperemia sobre las papilas marginales y muco--sa, desaparece el puntilleo y san--gra al presionar.
- 3.- Moderada - Cuando al cepillarse la encía san--gra, hay sensibilidad y debilidad.
- 4.- Grave - Cuando aparece hiperemia avanzada, - marcada inflamación y hemorragia es pontánea al más ligero toque y mu--cha sensibilidad.

Tratamiento.

Remoción del agente causal como materia alba, sarro o tártaro dentario, limpieza dental, colutorios con peróxido de hidrógeno o solución de perborato de sodio.

Eliminación de todos los factores que contribuyen a la acumulación de material en la superficie de los dientes, como alineamiento dental, maloclusiones, caries dental, etc..

Limpieza con aditamentos como cepillo dental, palillos de madera, seda dental, banda elástica de gaucho, hilos de algodón.

Dieta abundante en vitaminas sobre todo la vitamina C, A y D, antibióticos y analgésicos.

Clasificación de Gingivitis.

La gingivitis podemos clasificarla en tres grupos generales tomando en cuenta las causas por las que aparece.

- 1.- Gingivitis Local o Simple.- Que se produce por irritaciones o traumatismos de tipo local como sarro dentario, restos de alimentos acumulados, maloclusiones, erupción dentaria, higiene deficiente.

Se presenta casi en un 85% de pacientes examinados en clínica, puede ser leve presentándose con ligera inflamación de encías marginales, aunque también se presenta con síntomas marcados como enrojecimiento, hipertrofia y con tendencia a ulcerarse. Se impone una marcada sensibilidad que impide masticar los alimentos por el dolor que provoca.

- 2.- Gingivitis Generalizada Sistémica.- Es causada por estados generales como: deficiencias vitamínicas, enfermedades infecciosas agudas e intoxicaciones químicas. Como la encía está sometida conti-

nuamente a traumas locales, se haya con frecuencia en un estado de inflamación crónica, no es por lo tanto sorprendente que cualquier estado general que reduzca la resistencia tisular precipite una gingivitis.

El niño que muestra la carencia de vitamina C y complejo B exteriorizarán una inflamación generalizada de las encías, también sucede con los metales como Bi, Pb, Hg, P, por el envenenamiento crónico que causan.

El paciente con gingivitis sistémica - tiene que mantener una muy buena higiene bucal.

- 3.- Gingivitis Complejas.- Se producen por una combinación de estados locales y sistémicos. La mayoría del tipo de gingivitis es compleja, porque casi siempre se presenta con problemas locales y sistémicos, es muy raro encontrarla por una sola causa. En la boca de los niños da sin embargo lugar a confusiones, es decir, pocos son los casos de gingivitis general que no tengan complicaciones con la presencia de factores locales de distinta naturaleza, por otra parte hay pocos casos de los que presentan pronunciados - síntomas localizados de gingivitis que están libres de la sospecha de posibles males específicos, aún cuando los factores de irritación local parezcan ofrer amplias razones como causa de la in

fección.

A veces la gingivitis localizada puede estar tan ampliamente distribuida en la boca por la presencia de numerosos puntos de irritación local, que puede confundirse con el tipo generalizado, la diferencia puede establecerse con eficacia en base a su reacción ante el tratamiento local. La gingivitis generalizada o sistémica es por lo general una lesión tenaz aún después de instituir una dieta abundante de vitaminas. Probablemente sea de origen endócrino con desequilibrio de hormonas como agente activante.

Dentro de estos grupos de gingivitis - las más importantes tanto de tipo local como sistémico son:

Gingivitis por Erupción.

Se le considera como gingivitis simple de tipo temporal que se presenta cuando los dientes primarios y permanentes atraviesan por primera vez la encía.

Los signos clínicos son especialmente: irritabilidad, elevación de temperatura, rechazo de alimentos, sueño y babeo constante.

Algunas veces esta enfermedad puede ir acompañada de rinitis lo que dificulta el tratamiento local.

Sintomatología.

En la primera dentición, al aparecer los - dientes las encías se encuentran dolorosas en in--flamadas, como abultadas y sensibles al dolor.

El dolor es provocado por la presión ejerci da del diente contra el tejido fibroso subyacente, lo acompaña la salivación excesiva y tendencia a - morder objetos. Este proceso puede ir acompañado - de fiebre, que es cuando se complica con infección de vías respiratorias o infectarse ocasionalmente - el tejido que circunda al diente parcialmente erup cionado provocando intenso dolor.

Muchas veces la fiebre puede acelerar el - proceso de erupción de tal forma que varios dien--tes salten en la boca durante la fiebre.

A la salida de los permanentes especialmen--te entre 7 y 8 años de edad, la inflamación se ori gina por el trauma constante de los alimentos con--tra la encía, con lo que provoca que los residuos--se vayan acumulando alrededor de la encía del dien--te, lo que hace que cubra temporalmente la corona--por erupcionar y provoque inflamación.

Los primeros molares son especialmente los--más afectados por el dolor dificultándose el poder comer.

Sin embargo, el dolor es mucho menos que en los permanentes debido a que los dientes primarios proveen una senda para la erupción de los incisi--vos permanentes y premolares, lo que facilita que--

la cara oclusal de la corona del permanente rápidamente sea expuesta.

Tratamiento.

Es muy importante cuidar minuciosamente la higiene bucal, lavar perfectamente los dientes para evitar que aparezca alguna infección secundaria como abscesos pericoronarios.

Administración de analgésicos y antipiréticos para controlar el malestar y la hiperemia.

Gingivitis por Deficiente Aseo.

Se origina principalmente por una mala higiene, la mayoría de los niños no sabe cepillarse los dientes, entonces aparece una inflamación aguda o crónica a nivel del borde libre de la encía y papila interdientaria.

Los residuos de alimento se van acumulando hasta formar depósitos calcáreos, las zonas de los molares son las principalmente invadidas por estos residuos, provocando que los bordes libres se inflamen adquiriendo un color violáceo y edematoso.

La papila interdientaria es la más lesionada y se cubre con un exudado. No hay dolor, ni tampoco se presenta ningún síntoma pero si no se atiende el tejido gingival y hueso alveolar subyacente pueden comenzar a destruirse provocando una infección mayor como parodontitis.

Esta gingivitis es de tipo leve, porque so-

lo involucra los tejidos papilares y marginales, - es reversible, pero debe de tratarse en cuanto se diagnostica porque puede degenerar y causar problemas graves.

Tratamiento.

Adecuada higiene, cepillarse correctamente los dientes para eliminar placa bacteriana y restos de alimento, vigilar la oclusión y dieta, en donde debe abundar alimentos fibrosos los cuales le ayudarán a mantener la limpieza de los dientes, eliminación de los depósitos calcáreos y enseñarle una buena técnica de cepillado.

Gingivitis por Respiradores Bucales. (Gingivitis - Hiperplásica).

El respirar por la boca por mucho tiempo y continuado provoca que las superficies de la mucosa, al contacto continuo con el aire frío se seque, lo que causa, una irritación de los tejidos bucales.

Cuando la irritación es leve únicamente se inflama la encía, pero en casos severos se produce crecimiento de las encías provocando una hiperplasia en la región anterior de canino a canino.

Se presenta con mayor frecuencia en niños anormales los cuales conservan casi siempre su boca abierta y sucia.

La mandíbula está por lo general marcadamente retruida existiendo severa maloclusión. La hi--

perplasia se produce casi siempre en la parte anterior de la boca, donde el aire enfría los dientes-
anteriores, las papilas interdientarias se agrandan
sobre las coronas de los dientes y las cubren.

Tratamiento.

Evitar que el niño respire por la boca, se-
le ayuda construyéndole un protector plástico en -
el vestíbulo bucal para usarlo por la noche, si -
presenta alguna afección en el aparato respirato--
rio como obstrucción en la nariz, debe corregirse-
para poder poner este protector, ayudarlo con una-
buena higiene bucal y no descuidar la dieta.

Gingivitis Escorbútica.

Una de las más frecuentes enfermedades que-
encontramos en los niños es la gingivitis escorbú-
tica producida entre otras causas por falta de vi-
tamina C.

Se observa con más frecuencia en niños en -
edad escolar y escuelas de segunda enseñanza.

La enfermedad produce diversas manifestacioo
nes bucales ya que es específicamente capilar, el-
endotelio tiende a inflamarse y degenera producien
do que las paredes vasculares se debiliten y pro--
duzcan hemorragias espontáneas.

Aspecto Bucal.

La encía se encuentra dolorosa, lívida e -
hinchada, cuando el caso es leve, la inflamación -

solo se localiza a nivel de la papila interdenta--
ria y borde gingival, pero cuando el caso es más -
grave, la papila puede crecer tanto que se abulta-
y cubre parte de la corona del diente.

La gingivitis escorbútica se caracteriza -
principalmente por el dolor que produce y la ten--
dencia a la hemorragia espontánea.

Por la inflamación, los dientes se aflojan,
debido a que se atrofian los tejidos marginales y
papilares.

Hoy en día es difícil que se presente esta-
enfermedad, solo aparece cuando se ha descuidado -
la dieta donde falte la vitamina C o también por--
que el paciente sea alérgico a ella.

La deficiencia de vitamina C es la que con-
mayor frecuencia afecta a los tejidos gingivales -
ya que es esencial para la formación de fibras con-
juntivas las cuales disminuyen al faltar el ácido-
ascórbico, debilitando así los tejidos. Sin embar-
go, el solo hecho de que falte esta vitamina no es
lo que produce por si sola la gingivitis, sino que
para que se lleve a cabo la infección es necesaria
la presencia de una irritación local para que de--
sencadene la enfermedad.

También la falta de otras vitaminas como el
complejo B, vitamina A y D producen enfermedad en-
la boca; tanto el complejo B como la vitamina C -
son enzimas celulares que están siendo continuamen-
te utilizadas y que necesitan reposición.

La falta de vitamina D puede provocar que - la mucosa bucal se encuentre extremadamente sensible, atrófica e inflamada, la lengua puede estar - lisa y edematosa.

La deficiencia de vitamina D (raquitismo) - se manifiesta por cambios óseos pero en ésta no se observa alteración en los tejidos blandos.

La deficiencia de vitamina A, se manifiesta en la boca por la formación de lesiones hiperqueratósicas y raramente se encuentra en niños.

Tratamiento.

La terapéutica consiste en una complementación de la dieta del paciente, con el factor nutritivo deficiente, en este caso, la vitamina C o la que haga falta. La dosis recomendada en casos ya graves es de 500 a 1000 mg/día hasta que cedan los síntomas clínicos, la dosis de mantenimiento es de 100 mg/día, se recomienda higiene adecuada con una técnica de cepillado correcta, eliminando todos los factores irritantes como materia alba, placa bacteriana y tártaro para que pueda desaparecer el proceso inflamatorio.

Administración de analgésicos para el dolor.

Gingivitis Puberal.

Al llegar a la etapa pre o puberal aparecen en el niño un tipo de gingivitis pasajera, las alteraciones del sistema endócrino durante el período puberal influyen de manera especial en el curso

de esta enfermedad.

La gingivitis puberal se caracteriza por un engrosamiento marginal sobre la parte anterior ves-
tibular de la boca, las papilas proximales se --
agrandan abarcando algunas veces la cara vestibular del diente. Puede aparecer en una o en las --
dos, superior e inferior, hay edema, cambio del co-
lor en la encía tornándose rojo azulado y dolor.

El agrandamiento puede ser masivo y llegar a originar serios problemas, podemos reconocerla -
porque aparece principalmente a nivel de dientes -
anteriores por vestibular, pues a nivel lingual no sucede lo mismo.

Por lo general se presenta en niños y niñas de 11 a 14 años, en el período prepuberal y premenarquial, desapareciendo pasada esta etapa, siempre y cuando se tengan cuidados enérgicos para no complicarla.

En el varón es más común la hiperplasia fibrosa conocida como tumor o épulis de la pubertad, en cambio en la mujer aparece generalmente una forma de gingivitis marginal hiperémica y hemorrágica.

Etiología.

Es compleja porque entran muchos factores, la respiración bucal por sí sola puede ser suficiente como factor irritativo para desencadenar una reacción hiperplásica exagerada.

Ingestión de alimentos irritantes, insuficiencia de vitaminas, alteraciones del sistema endócrino pueden influir en el curso de la inflamación gingival existente o preexistente.

Tratamiento.

Dieta balanceada para asegurar el estado nutricional con eliminación de los alimentos irritantes, eliminación del tártaro por medio del curetaje y seguida de una higiene bucal adecuada.

Gingivitis Diabética.

La gingivitis producida por una enfermedad como la diabetes, causa problemas graves sobre la cavidad bucal.

La gingivitis diabética es dolorosa y de carácter degenerativo, ataca al tejido formando un medio de cultivo para la multitud de microorganismos de la cavidad bucal.

Se ha discutido si la diabetes es un factor directo o secundario que produce enfermedad parodontal, sin embargo se ha comprobado que en jóvenes causa trastornos que se manifiestan por cambios de textura en la encía, resequedad de la mucosa, agrandamiento gingival, el tejido colágeno se afecta y a veces observamos grandes pérdidas de tejido óseo provocando movilidad dentaria.

En el ligamento parodontal podemos observar zonas de necrosis.

La gingivitis en su forma crónica como la -
catarralis se observa algunas veces como síntoma -
acompañado de la diabetes infantil, el diabético -
por lo general tiene disminuídas sus defensas y -
siempre está predispuesto a las infecciones. No en
todos los casos se presentan lesiones sino nada -
más en aquéllos en que se descuida totalmente el -
control durante períodos de tiempo largos.

En la diabetes no controlada es donde pue--
den producirse los abscesos gingivales dolorosos, -
aflojamiento de los dientes, presentarse parodonti
tis aguda, infección de Vincent y necrosis aguda.

Tratamiento.

Se necesita primero controlar la diabetes -
seguida de una buena higiene bucal con remoción -
del tártaro y placa bacteriana.

Gingivitis Hiperplásica Dilantínica.

La administración de la droga dilantínica -
sódica prolongada en los niños epilépticos, genera
una hiperplasia lobulada, indolora en las encías, -
afecta principalmente a la encía adherida, margi--
nal e interdientaria, prevaleciendo más hacia la -
parte inferior de la boca en donde se define una -
línea de demarcación definida entre la encía nor--
mal y la afectada.

La inflamación de los tejidos da lugar a la
formación de la hiperplasia a la que le sigue el -
crecimiento de la encía o proliferación fibrosa --
granular densa que puede llegar a cubrir las caras

oclusales de los dientes.

Tratamiento.

Lo mejor es evitar el crecimiento excesivo y lo lograremos con una cuidadosa limpieza previa al tratamiento con la droga, continuándose mientras es administrada. También se puede utilizar anti-histamínicos para prevenir el engrosamiento, aunque no dan buenos resultados, antiinflamatorios como el neodecadrón, o cambiar por otros medicamentos anticonvulsivos (mesantoina tridiona).

Si el crecimiento es excesivo se practica la eliminación quirúrgica del tejido que sin duda es lá más eficaz aunque la proliferación puede residuar gradualmente el tejido fibroso.

También el empleo de una férula de presión ajustada, colocándose después del corte del tejido puede ayudar a la residiva, los protectores bucales también pueden usarse de noche o día según el caso.

Gingivitis Herpética.

La gingivitis viral herpética es de tipo agudo, es de las más frecuentes y se ve a cualquier edad, pero especialmente en niños de 1 a 6 años (Herpex Primario), en los que por primera vez es atacado y no cuenta con anticuerpos neutralizantes.

El niño que padece esta infección se quejará de su boca adolorida, pues es tremendamente mo-

lesta ya que el dolor que causa, impide la deglución de los alimentos, va acompañada de malestar general como: aumento de temperatura, irritabilidad, salivación excesiva, cefalea, dolor al ingerir los alimentos e infección de cadenas ganglionares.

Exámen Bucal.

Se presenta primero enrojecimiento de la encía, apareciendo después las vesículas llenas de líquido purulento.

A los pocos días las vesículas se rompen y forman la úlcera, donde se manifiesta el dolor, cubriéndose por una delgada membrana, color gris - blanco circunscrita por una zona edematosa.

Las úlceras pueden aparecer sobre el vestíbulo, lengua, labios, paladar duro y blando, piso de la boca y ocasionalmente sobre encía libre.

Durante el ataque primario que es aproximadamente de 7 a 10 días, es cuando más se prolifera la lesión en la boca, pero pasado este tiempo permanece inactivo, pudiendo durar mucho tiempo así o tener recurrencia por lo que se le ha llamado herpes residivante.

La residiva se puede presentar después de un tratamiento quirúrgico como legrado y curetaje, gingivectomías, stress emocional y resistencia disminuida de los tejidos, resultante de los diversos tipos de tratamiento.

Tratamiento.

No hay nada que combata la acción del virus, solo podemos quitar las molestias, para que el niño pueda comer se le dá pastillas de graneodin con benzocaína, media hora antes de tomar los alimentos, las cuales son anestésicos y sirven para insensibilizar la zona y pueda comer.

Solución de cepacaina alivia el dolor, colocando en un vaso por partes iguales de agua y solución haciendo colutorios, las soluciones como toques de idoxuridina que son productos utilizados por los Oftalmologos para los ojos, se pueden colocar toques sobre las ulceraciones después de cada alimento ayudando así a disminuir el tiempo de evolución del virus (nombre comercial IDU) para la cicatrización y molestias se utiliza el sarcoceril y si el caso es muy fuerte se aplica inyectado por vía intramuscular 2 inyecciones, 1 cada 12 horas.

Como le es difícil comer debemos mantenerlo equilibrado dándole suficientes líquidos a fin de que no se deshidrate.

La infección resultante del ataque viral puede ser evitada con antibióticos como aureomicina.

Como es muy contagioso se aísla al paciente, así como sus utensilios para evitar contagio con sus hermanos, pues no existe defensa en los niños.

Gingivitis Estreptocócica.

Otras de las infecciones más frecuentes es la estreptocócica, se caracteriza por una reacción inflamatoria rojiza marcada y difusa de toda la encía marginal e insertada como mucosa alveolar, va acompañada de dolor, fiebre y malestar general. Es provocada por el streptococco viridians, y se puede confundir fácilmente con la gingivitis aguda porque tiene las mismas características de rápida aparición, pero lo que las diferencia es que en la estreptocócica, el dolor es intenso doliendo toda la encía y no solamente la zona afectada.

Las infecciones de la faringe provocadas por el estreptococo son bastante comunes en los niños y las manifestaciones clínicas son parecidas a las de una faringitis estreptocócica.

Síntomas.

Fiebre de 40°C asociada con fuerte cefalea sobre todo en las articulaciones y músculos, las encías color rojizo intenso están sensibles pero aquí no aparecen vesículas o úlceras.

En casos graves puede estar afectada la mucosa labial o bucal en cuyo caso el niño puede volverse gravemente enfermo. Si los estreptococos se hacen invasores la toxemia es profunda, esto puede ocurrir si se hace una extracción en presencia de la infección estreptocócica, resultando una celulitis, o si el niño se encuentra debilitado por una infección anterior o por desnutrición.

Los portadores pueden ser el niño o el adulto, ocurriendo por una infección activa cuando las defensas del cuerpo bajan repentinamente.

Las zonas más frecuentes de la boca donde aparece son la faringe, las tonsilas y las encías, la mucosa bucal es atacada solo cuando se encuentra muy debilitada.

Las encías alrededor de los dientes en erupción son especialmente vulnerables al ataque, probablemente por la irritación e inflamación.

También alrededor de los terceros molares se presenta, ya que este diente erupciona lentamente. Todas las intervenciones quirúrgicas deben evitarse durante la infección, el dentista debe inspeccionar la garganta y la boca antes de hacer alguna extracción, a fin de que el paciente no presente ningún síntoma de infección.

Tratamiento.

La penicilina es el medicamento de elección, se puede administrar la penicilina Gprocaínica, penprocilina por vía intramuscular, limpiar la boca del niño con algún antiséptico, darle analgésicos y antipiréticos para evitar el dolor y bajar la temperatura.

Gingivitis Gonocócica.

Es provocada por el estreptococo neisseria-gonorrhoeae, se presenta en los recién nacidos al pasar por el conducto vaginal a la hora del nacimiento.

to.

Puede aparecer en las dos primeras semanas de vida, la característica principal es el exudado purulento del margen gingival, edema y enrojecimiento propio de la encía, formándose placas de color grisáceo de células escamosas sobre la inflamación.

El diagnóstico se hace en base a la historia clínica, hallazgos clínicos y estudio bacteriológico.

Tratamiento.

Dosis de penicilina G procaínica por vía intramuscular, analgésicos para el dolor y limpieza de la boca con algún antiséptico.

Gingivitis Ulceronecrosante.

La gingivitis necrosante ulcerosa o infección de Vincent, también se le conoce como boca de trincheras.

Es una infección mixta la cual es producida por los microorganismos *Borrelia Vincenti* y bacilos fusiformes.

La enfermedad puede atacar después de presentarse deficiencia dietética higiene inadecuada o stress nerviosos.

Es una enfermedad infecciosa pero no contagiosa, se presenta con frecuencia en niños de 6 a

12 años y en adultos jóvenes, 17 años.

Síntomas.

El ataque es repentino y va acompañado de malestar general como: dolor de cabeza, leve toxemia, halitosis, encías doloridas, y extremadamente sensible al tacto.

Hay inflamación y sangrado, poco apetito y fiebre hasta de 39°C.

La infección de Vincent se caracteriza por producir necrosis de las papilas interdental, dolor y olor fétido, primero se inicia necrosando la punta de la papila hasta destruirla completamente, a medida que avanza va destruyendo más y más papilas hasta llegar a la encía adherida, adquiere un aspecto cianótico y necrótico con formación de una pseudomembrana gris que la cubre toda.

Pueden formarse cráteres en las papilas proximales junto con la pérdida de la forma del margen gingival, la ulceración puede extenderse a zonas edéntulas como cara interna de los labios, carrillos y paladar. En el estadio necrótico, la encía muestra un proceso ulcerativo lento que gradualmente destruye los tejidos parodontales.

En los jóvenes se observa con más frecuencia, debido al stress nerviosos que los lleva a desencadenar algún mal hábito, como morder objetos que provocan presión sobre el parodonto o también directamente sobre los tejidos, la acumulación de adrenalina al actuar como vaso constrictor cierra-

las arteriolas que van a irrigar a las papilas, lo que impide la oxigenación y provoca la necrosis.

Durante la fase crónica de la infección, - las lesiones pueden curar parcialmente, sin embargo si el tratamiento no es adecuado, el resultado puede ser una deformación gingival.

Tratamiento.

Deben de ser considerados tanto los factores locales como generales.

Se corregirán los estados de deficiencia como enfermedades debilitantes, discracias sanguíneas, disfunciones endócrinas y trastornos emocionales.

Tratamiento Local.

Al presentarse con el dentista por primera vez no se le intervendrá quirúrgicamente por el dolor que presenta, se le receta antibióticos como penicilina G procaína con cristalina, ampicilina, eritromicina según el estado sea agudo o grave.

También se le da antibiótico en aplicación tópica tres veces al día, teniendo mejoría con esto dentro de 36 a 48 horas, pero debe continuarse durante una semana.

Administración de analgésico para calmar el dolor, limpieza de la boca haciendo enjuagues con peróxido de hidrógeno o cualquier otro antiséptico como solución iodo - salina o perborato de sodio.

Reposo y dieta adecuada.

Después de 8 días en su segunda visita se procederá a la limpieza dentaria, eliminando el sa rro y tejido necrótico, realizando un cureteado sublingual.

En las visitas subsiguientes debe seguirse con minuciosidad la limpieza, se pondrá debida atención sobre la reconstrucción de las papilas interdentarias, si queda algún cráter permanente, estaría indicada la gingivoplastia, con el fin de devolver a la encía su forma normal, pero el aseo debe ser insistente.

Gingivoestomatitis Herpética.

Viene del nombre Anglo - Americano que significa infección primera o inicial, atacada por el herpex simple.

Es una enfermedad infecciosa común en el niño escolar, caracterizada por inflamación, lesiones vesiculares y ulcerativas de la mucosa bucal y piel peribucal, acompañada de un cuadro general.

Son raras las infecciones antes que el niño tenga 6 meses, pues los anticuerpos proporcionados por la madre lo protegen, llegando la edad escolar, muchos niños se ven contagiados a consecuencia de una infección primaria.

Cada niño tarde o temprano es inoculado por este virus, pasando por un curso leve o tormentoso haciéndose inmune a ella. La infección se complica

casi siempre con infección secundaria aumentando - en zonas de sobre población como internados y familias numerosas.

Manifestaciones Clínicas.

El comienzo es repentino, encontrándose el niño muy irritable, hay fiebre que alcanza hasta - 38°C, malestar cefalea, adenopatias, trastornos di gestivos como fuertes diarreas, que aparecen des--pués de la fiebre y puede durar más de 48 horas, - por ésta razón, el niño sufre deshidrataciones y - acidosis.

Se manifiesta por una complicación eritema- tosa difusa brillante de la encía mucosa labial y bucal, con grados diversos de edema y hemorragia - gingival.

Las lesiones en la boca aparecen de repente en forma de vesículas, esféricas circunscritas por mucosa inflamada, estas se rompen aproximadamente a las 24 horas y dan lugar a pequeñas úlceras dolo ras rodeadas por un halo rojo, y la porción cen- tral se ve hundida y de color gris amarillento.

Aparecen en gran número en toda la cavidad- bucal, teniendo preferencia por la parte anterior, encía mucosa labial o bucal, paladar blando, faringge, mucosa sublingual y lengua.

También aparecen alrededor de la boca las - vesículas que transformandose después en pústulas- se revientan, quedando cubiertas por una costra - amarilla, sensible al tacto, a los alimentos irri-

tantes, a las variaciones térmicas por lo que le resulta difícil comer.

La infección dura entre 7 y 10 días, el eritema gingival y el edema, persisten días después - que las úlceras han curado y no queda cicatriz.

Hay excesiva salivación debido al dolor que provoca, en lactantes y niños pequeños, la incapacidad para tomar alimentos puede causar pérdida de peso y deshidratación.

Dependiendo del grado de la alteración erosiva y en especial las manifestaciones gingivales-ulceronecrosantes, puede aparecer halitosis.

Las encías no presentan nunca necrosis, no se ampolan ni se ulceran, reaccionando al virus - solo con una tumefacción edematosa.

Pasada la enfermedad se adquiere inmunidad - por toda la vida, de modo que las recidas son - muy raras.

La gingivoestomatitis es una infección semejante al sarampión, viruela y parotiditis.

Más del 90% de los adultos tienen anticuerpos neutralizantes circulando en su sangre, el virus vive dentro de las células epiteliales en el sitio de la inoculación original, por el resto de la vida del paciente estimulando la formación de anticuerpos, haciendolo inmune al ataque ulterior. Sin embargo, ciertos individuos susceptibles al virus - latente, pueden reactivarse por una enfermedad fe-

bril, período menstrual, infecciones respiratorias, stress emocional, neumonía, tifoidea, que durante el curso de esta se forme la lesión, o inmediatamente después de ella.

Esta infección como todas las exantemáticas es autolimitante, pero cuando afecta grandemente a las encías, la tumefacción dolorosa dura hasta 8 días, volviendo a la normalidad aproximadamente a los 13 días en niños y en los mayores hasta 3 semanas, sin embargo, la gingivitis sede más lentamente que la estomatitis.

La gingivoestomatitis puede extenderse en forma de epidemia ejemplo: escuelas primarias, en la saliva del niño se encuentra el virus viable - por lo que el portador es el adulto, que transmite el virus al infante por medio del beso.

La entrada del virus se produce habitualmente, en los bordes transicionales mucocutaneos, por que esas zonas estando menos desprotegidas permiten la entrada al virus en las células epiteliales sin ninguna oposición.

En los niños de 6 meses a 2 años, la fiebre y la diarrea son marcadas, después de los 2 años - las lesiones son más prominentes y la fiebre y diarrrea menos grave. Durante la edad escolar las manifestaciones bucales más graves y marcadas, mien-tras la diarrea falta.

El contacto de la saliva con las manos, puede diseminar la infección produciendo entre otras enfermedades conjuntivitis.

La enfermedad es sumamente contagiosa para las personas sensibles, por eso es frecuente encontrarla en varios hermanos al mismo tiempo, por no contar con anticuerpos circulantes contra el virus, la elevación de estos empieza en la convalecencia, una o 2 semanas después del brote inicial.

Tratamiento.

Como la boca está muy dolorosa y el niño no puede comer debemos darle una dieta a base de líquidos, como leche fría, a la que se le agrega un complemento como huevos, azúcar, dos cucharaditas de hidrolizado de caseína y helado para buen sabor, esto le dará una bebida nutritiva y calmante. La alimentación parenteral y la glucosa intravenosa, ayudaran a mantener los líquidos corporales y reducir las complicaciones en los infantes.

Los alimentos irritantes como jugos de naranja, condimentos, causan dolor por lo que deben evitarse, las lesiones no deben sobretratarse ni colocar soluciones cáusticas, como fenol, nitrato de plata.

El uso de antibióticos es de valor dudoso, porque el herpes no es sensible a ellos, si se usan será después de 5 días.

Si se observa infección secundaria, se puede ayudar con soluciones yodo-salinas en forma de enjuagatorios después de cada comida, o clorhidrato de diclonina al 0.5% que es anestésico. También la pantocaina al 0.5% antes de comer ayudará a reducir la infección secundaria.

El descanso y el aislamiento es esencial, - ya que la enfermedad es muy contagiosa, además le - servirá para contribuir a la convalecencia.

Muguet.

El Muguet es una especie de estomatitis cre - mosa, causada por un hongo de tipo de candida albi - cans, que se encuentra en la cavidad bucal en for - ma de huesped sin causar daño, pero puede multipli - carse rápidamente y provocar un estado patológico - si disminuye la resistencia de los tejidos, como - después de una terapéutica local con antibióticos. El hongo produce sobre la mucosa, un recubrimiento blanco como aterciopelado, sobre la lengua y carri - llos.

Ataca especialmente a los niños, sobre todo en climas tropicales.

Otro factor causante de esta enfermedad pue - de ser la falta de vitamina como la riboflavina, - las zonas afectadas con más frecuencia dentro de - la boca son: la lengua, parte interna de carrillos y las fauces.

La lesión se presenta como una mancha blan - ca, color aperlada, sin dolor parecida a la leche - coajada, si se eliminara esta capa, dejaría en su - lugar una superficie sangrante, si no se atiende - pronto, avanza rapidamente en ocasiones ha llegado a invadir la porción superficie interna del conduc - to digestivo, por lo que la persona puede morir - por grave intoxicación.

Tratamiento.

Como es resistente a la mayoría de tratamientos, es necesario un cuidado general intenso al paciente, que incluye: reposo, dieta adecuada, remoción del foco infeccioso, administración de yo duros colutorios alcalinos suaves.

Puede ser de utilidad un tratamiento anti--biótico, antimocótico como la nistatina - mycostatin en suspensión local 4 veces al día, no es irri--tante ni tóxico, de acción local y más eficaz.

VI

EL CEPILLO DEL NIÑO.

A pesar de que los dientes de la primera - dentición van a ser eliminados a su debido tiempo, es de extrema importancia darles el cuidado y la - atención necesaria para evitar que resulten afecta dos.

Un diente primario cariado no solo ocasiona muchas molestias, sino que si se descuida, su dete rioro puede dar lugar a una infección que hace ne- cesaria su extracción.

Una experiencia de esta naturaleza en un ni ño pequeño, no solo lo hace pasar un rato desagra- dable, sino que además puede tener muy malas conse- cuencias para su dentadura permanente.

La primera visita al consultorio, puede ser vir de introducción en las circunstancias más favo- rables a un hábito que debe fomentarse desde la - edad más temprana. La primera visita puede servir- igualmente para que el Dr. haga que su nuevo pa- - ciente conozca el tipo de cepillo de dientes que - más le conviene y para instruirlo en su manejo en- caso de que no lo conozca, o también puede hacerse acompañar de la criatura en la compra de su cepi- - llo, para que él pueda escogerlo del color que más le agrada y así estimular su interés por cepillar- se.

El buen cuidado de la dentadura depende en- gran medida del uso correcto y habitual del cepi- - llado, las medidas de higiene y protección han de-

iniciarse desde que la criatura tiene tres años - aproximadamente, época en que se completa los dientes primarios.

Los papás deben acostumbrar al niño a dejar se cepillar los dientes, durante algún tiempo tendrán que cepillarse, pero con esta práctica se logra que para la época en que el niño completa su - primera dentición se ha acostumbrado ya a esta forma de limpieza y adquiera así el hábito de hacerlo por su cuenta y sin ayuda.

Hay que tratar de que el niño se divierta - cuando se lave los dientes las primeras veces, y - de ser posible que lo considere un juego.

El cepillo de dientes para un niño pequeño, debe tener un tamaño apropiado, con cerdas de consistencia mediana o suave y que sea pequeño como - para llegar a todos los sitios accesibles, haciendo fácil su manipulación sin lastimar las encías.

En la actualidad existe una inmensa variedad con diversas formas, tamaño, número de cerdas y disposición. Dentro de las más aceptadas tenemos las de mango recto, que permiten una mayor efectividad y uniformidad en la fuerza utilizada, por - ello resulta más recomendable que aquéllos con ángulo en el mango, que hacen que la fuerza aplicada no sea uniforme.

La disposición de las cerdas debe ser recta, con 2 ó 3 hileras de 6 grupos de cerdas cada - uno, con una adecuada separación entre ellas que - permita la limpieza en el cepillo, las cerdas de--

ben ser firmes para poder efectuar un buen masaje en todas las papilas.

El largo de las cerdas no debe ser mayor de 1.1 cm., si fueran más largas no podrían limpiar los lugares de difícil acceso.

El mango del cepillo debe ser bastante recto y rígido para que no se doble bajo los vigorosos esfuerzos realizados en el uso.

Cuando las cerdas han perdido su elasticidad, después de dos a cinco meses debe cambiarse el cepillo.

La cabeza más aceptable por la mayoría para un cepillo es la que tiene seis penachos de largo y dos o tres de ancho.

Los cepillos en su mayoría se les confecciona con cerdas de nylon, de diámetro reducido, pero también se pueden obtener con cerda natural.

Los tres tipos de cepillos más recomendados y de fácil obtención son: el recto recortado, el oval y el empenachado.

Durante procesos inflamatorios agudos debe usarse pasajeramente un cepillo muy blando, en procesos inflamatorios crónicos debe pasarse lo más pronto posible a cepillos medianos o duros, para mejorar la acción de masaje y de limpieza.

Un cepillo demasiado rígido puede lacerar los delicados tejidos gingivales.

El cirujano dentista debe revisar cuidadosamente la forma en que el paciente efectúa la limpieza de la boca, y así poder corregir las posibles deficiencias y errores; una fisioterapia incorrecta puede producir lesiones parodontales. También debe aconsejarse sobre la técnica de cepillado más eficiente, así como su dentífrico y diseño del cepillo.

La frecuencia del cepillado y la limpieza se regulan con la finalidad de prevenir enfermedades gingivales y caries.

El efecto limpiador depende del tipo de cepillo, de la técnica de cepillado, de la duración y del medio limpiador (dentífrico).

Al recomendar un cepillo se tomará en cuenta lo siguiente:

- 1.- Tipo de cepillo.- Que puede ser manual o eléctrico.
- 2.- Tamaño.- Adaptado al niño, que permita una presión firme y común, así como su introducción a todas las zonas de la boca.
- 3.- Cerdas.- Que todas tengan la misma longitud, si son blandas, fijarse que estén más cerca unas de otras, si son duras más espaciadas y de cerdas naturales o sintéticas.

El aseo y cuidado del cepillo dental resulta difícil porque no se puede esterilizar por ebu-

Ilusión, se le puede desinfectar tomando un vaso y se le agrega sal de cocina seca; se introduce el cepillo y se le deja durante unas horas, otra forma es exponiendolo al sol durante un rato, o también cambiarlo con frecuencia.

Cepillo Eléctrico.

Ha hecho más fácil el cepillado de los dientes, puede facilitar la limpieza dental cuando se utiliza en la forma adecuada. En la mayoría de las investigaciones experimentales se obtuvo un mayor efecto limpiador con este que con los convencionales.

En la comparación por tiempo empleado, la diferencia no es grande, la ventaja del cepillo eléctrico radica ante todo en lo psíquico, porque el cepillado largo de 3 a 5 minutos resulta más difícil.

El eléctrico en cambio hace que el aseo además de durar menos tiempo divierte al niño.

Se recomienda que antes de comprar el cepillo eléctrico, se debe consultar al dentista para que le enseñe el uso correcto de éste; un cepillado incorrecto desgastará la superficie de los dientes, dañándola en especial si es demasiado blanda. Este cepillo se recomienda también en niños no hábiles.

VII

TECNICAS DE CEPILLADO.

En general hay un sinnúmero de técnicas las cuales nos sirven para limpiar nuestra dentadura, - pero lo más importante de esto, es saber realizar la técnica, hay que enseñar al paciente a sistematizar su método de cepillado, hasta lograr que lo haga efectivo y completo sin que le falte alguna zona.

La mayoría ha adquirido malos hábitos de cepillado y después resulta difícil superarlo, se requiere la cooperación del paciente y la paciencia del odontólogo para lograr que el paciente lo domine y lo realice en pocos minutos.

Es necesario enseñar más de una técnica con el objeto de que en algunos casos no bastara sola - una para limpiar todas las caras de los dientes, - podría ser necesario que el paciente, cambie la posición del cepillo y la dirección de los movimientos en los distintos segmentos de la arcada dentaria, esto debe ser estudiado por el dentista quien enseñará al paciente con paciencia. La capacidad de este para cumplir una técnica recide a menudo - en una mutua comprensión entre paciente y terapeuta con los beneficios derivados de la indicación. - También se le puede enseñar al paciente a inspeccionarse los dientes y las encías con un espejo, - para estar seguros que quedan completamente limpios, igualmente pasarse la lengua sobre las caras de los dientes, si alguna no estuviera lisa habría que volver a cepillarla.

Debemos recordar al paciente, que un lavado apurado no dá ningún resultado, la presión excesiva y los movimientos muy rápidos, no aceleran la tarea sino que son ineficaces.

Idealmente el cepillado debe ser ejecutado al levantarse, después de cada comida y antes de acostarse.

La salud de la cavidad bucal depende de la fisiología oral, así como de los cuidados ejercidos por el paciente, transmitiendo la idea de que una progresiva higiene bucal es un factor de promoción de la salud oral, y no una técnica laboriosa.

Para ejecutar el cepillado debemos considerar las diferentes regiones en cada cuadrante, así tenemos:

- 1.- Zona de Molares.
- 2.- Zona de Premolares.
- 3.- Zona de Caninos.
- 4.- Zona de Anteriores.

Entre las técnicas que han dado mejores resultados y de fácil manejo tenemos:

TECNICAS DE BASS.

Método modificado para el cepillado de la dentición mixta.

Se coloca el mango del cepillo paralelo a las superficies oclusales. Las cerdas se dirigen -

en ángulo aproximado de 45° con respecto del eje - mayor de los dientes, hacia la línea gingival. \hat{c} - Siempre con movimientos cortos anteroposteriores - para cepillar, permitiendo que las cerdas permanezcan en el mismo lugar.

Se cepillan dos o tres dientes a la vez, comenzando por la cara vestibular de los dientes del cuadrante superior derecho, para pasar hacia adelante y después del lado izquierdo siempre por vestibular; se sigue después con las caras vestibulares del cuadrante inferior izquierdo, después los dientes anteriores y por último vestibular del cuadrante postero - inferior.

En seguida se prosigue con la cara lingual de este último sector y se llega al lado opuesto - pasando por la zona anterior; se puede continuar - ya con el cuadrante superior izquierdo, la zona anterosuperior y terminar siempre por lingual, en el cuadrante superior derecho.

Las caras oclusales se cepillan colocando - las cerdas contra la superficie, presionando firmemente y moviendo el cepillo hacia atrás y adelante con movimientos cortos.

Las caras distales de los dientes más posteriores de cada cuadrante, se limpian con el talón del cepillo al tiempo que se hace la limpieza sistemática al pasar de un cuadrante a otro. Al cepillar las caras linguales de los dientes anteriores el mango del cepillo será sostenido en ángulo recto, con los ejes mayores de los dientes y la acción del cepillo será dirigida en dirección ta - -

lón-punta.

TECNICA DE STILLMAN. Modificada (o vibratoria)

Esta técnica ha gozado de gran popularidad, pues permite buena limpieza y excelente masaje. En virtud de la estimulación que proporciona, se le recomienda para tratar problemas de hiperplasia gingival.

Se coloca el cepillo aproximadamente en la posición requerida para la acción inicial del método de barrido, excepto más cerca de las coronas dentales, o sea se colocan las cerdas sobre la encía insertada mediante la unión mucogingival, se orientan las puntas de las cerdas apicalmente con una angulación de 45° , con los costados de las cerdas apoyadas firmemente contra la encía, se efectúa un movimiento leve, de vibración mesiodistal, simultáneamente con el movimiento gradual del cepillo hacia el plano oclusal, este masaje leve, pero firme, limpia el diente con eficacia, en especial cuando el movimiento vibratorio fuerza las cerdas dentro de los espacios interproximales y zonas dentarias vecinas (denominadas zonas sucias), simultánea se masajea la encía. Se advertirá sobre los efectos dañinos de la colocación inadecuada de las cerdas para evitar las lesiones de los tejidos blandos.

Asegúrese que el paciente sepa lo fácil que es pasar por alto las encías y las zonas cervicales de los dientes y dejar materia alba. Se le enseña a ejecutar suficiente presión para que los tejidos empalidezcan. Al cepillar las zonas vestib-

lares de los molares superiores, se le muestra como obtener espacio para el cepillo, moviendo la mandíbula hacia el lado que se está cepillando, las superficies distales de los últimos molares se cepillan moviendo las cerdas hacia arriba y en redondo sobre esas superficies.

Los pacientes con arco angosto, usarán solo parte de las cerdas, en algunos casos, el paciente podrá limpiar bien los incisivos inferiores mordiendo un cepillo de textura fina, otra manera eficaz de cepillar las superficies linguales de los incisivos inferiores es la siguiente:

Tome el cepillo por el extremo, inclinándose sobre el lavabo y transmita toda la fuerza del brazo en el movimiento, puesto que la superficie lingual de los dientes inferiores anteriores, son zonas difíciles de limpiar se pueden emplear muchos tipos de cepillos, rígidos de una hilera, en caso de apiñamiento o en tratamiento de Ortodoncia; linguales con cerdas dispuestas sobre una base curva; pequeños para que se les pueda colocar en diversas posiciones.

Los beneficios de la técnica de Stillman modicado son los siguientes:

- 1.- La encía insertada se estimula mecánicamente.
- 2.- El tercio gingival del diente, se limpia mediante un movimiento vibratorio corto sobre las superficies y se elimina la placa que se haya entre el margen

gingival y el ecuador del diente.

- 3.- Las puntas de las cerdas llegan a zonas interproximales y limpian y estimulan la papila interdientaria sin lesionar.

Este método los pacientes lo dominan con facilidad, y puede ser empleado por aquéllos que no logran dominar el de Charters.

TECNICA DE CHARTERS.

Se considera como básico dentro de las técnicas de cepillado, útil para el cepillado de los dientes de los niños mayores y adultos.

El método de Charters es de los mejores para cuidar los tejidos, son muy altas las exigencias de destreza digital, por parte del mismo, en verdad, y por ello, son pocos los pacientes que continúan su ejecución correcta sin ninguna modificación.

Casi todos los terapeutas que emplean la técnica de Charters, usan alguna modificación en sus pacientes, pero lo ideal es que el paciente aprenda la Técnica o por lo menos que lo haga lo más acertada posible. Esta Técnica también se recomienda cuando las papilas interdientarias se han retraído y han dejado zonas abiertas, además masajea muy bien los tejidos gingivales.

Colóquese el cepillo en ángulo recto, con el eje mayor de los dientes poniendo las puntas de las cerdas en contacto con las superficies; entonces fuercese suavemente las cerdas entre los dien-

tes, cuidando de no lastimar la encía, esto es que las puntas de las cerdas no se claven. Con las cerdas entre los dientes hagase toda la presión posible, dando al cepillo varios movimientos ligeramente rotatorios de modo que los lados de las cerdas se pongan en contacto con el borde de la encía, lo que produce un masaje ideal, pero teniendo cuidado de no hacer el movimiento tan pronunciado, que se salgan las cerdas de entre los dientes. Después de describir 3 ó 4 movimientos circulares, separe el cepillo y vuelva a colocarlo en la misma área, hasta hacer 3 ó 4 aplicaciones en un mismo lugar, a fin de que las puntas de las cerdas alcancen los espacios interproximales. Córrase el cepillo horizontalmente la distancia de una abertura y repítase el mismo proceso, manteniéndose los lados de las cerdas firmemente apoyados contra el borde de la encía.

Los espacios en forma de " V " situados entre los dientes ayudan a amontonar los lados de las cerdas, contra la parte gingival (encía); sin embargo, donde faltan dientes hay que valerse del sentido del tácto para mantener la presión conveniente.

Estar seguro de que las cerdas penetren en cada abertura por ambas caras, externas e internas, tanto en los dientes superiores como en los inferiores.

La mayoría de los terceros molares a causa de su estrecha proximidad a la rama de la mandíbula y a los tejidos blandos de esa región no pueden ser alcanzados en ángulo recto, necesitando por lo

tanto recibir más cuidadosa atención y colocar el cepillo de manera que los extremos de las cerdas lleguen a los lados internos y externo.

Los terceros molares en alineamiento y oclusión apropiada, pueden conservarse como cualquier otro si se mantienen igualmente limpios.

Por último lo que es muy importante, no se debe cepillar las superficies oclusales en sentido deslizante como de barrer, sino que colocando directamente el cepillo sobre ellas deben forzarse las cerdas entre los agujeros o depresiones y fisuras, dando un ligero movimiento rotatorio; se renuevan y se repiten hasta que estén limpios.

La vibración circular basta para aflojar los residuos y para ejercer la acción del masaje.

TECNICA DE FONES. O TECNICA ROTATIVA CIRCULAR.

Esta técnica es fácil de dominar y la más enseñada. Es apropiada solo en los casos en que hay cambios mínimos en la relación dentogingival.

Se inserta el cepillo en la boca y se ocluye de modo que quede por vestibular de los dientes.

Con las cerdas en ángulo recto, aproximado con la superficie vestibular se describen amplios círculos de barrido y frotado, así los dientes superiores e inferiores, ambas hileras dentales serán cepilladas de ese modo. Luego se separan las arcadas y se procede por igual en cada maxilar,

por lingual y palatino con movimientos circulares-menores, las caras oclusales serán barridas en una dirección antero - posterior.

TECNICA DE REFREGADO.

Es útil para los dientes primarios y superiores oclusales.

Se sostiene el cepillo con firmeza y se cepillan los dientes con un movimiento de atrás hacia adelante, similar al del refregado de un piso.

La dirección de los movimientos cambia con facilidad, por lo que puede lastimar los tejidos - si no se tiene cuidado.

AUXILIARES PARA COMPLEMENTAR LA LIMPIEZA.

La limpieza de los dientes siempre ha sido una necesidad, el hombre desde la antigüedad ha sentido el deseo de hacerlo utilizando siempre un instrumento para tal propósito.

Ahora en nuestros días contamos con muchos aparatos y sustancias estimulantes para poder realizar la limpieza con mayor beneficio.

El cepillo es el instrumento más eficaz para la limpieza, pero como en los dientes existen zonas tan inaccesibles que es imposible que el cepillo las limpie, el cepillado se complementa con varios auxiliares.

Dentífrico.

Hay muchas pastas dentífricas especiales para niños que son de su agrado y que prefieren por su color y sabor.

El dentrífico tiene una finalidad, ayudar al cepillado a limpiar los dientes en zonas inaccesibles, contribuyendo como agente preventivo de la caries. Pero a pesar de lo que afirman los fabricantes, la verdad es que la pasta solo ayuda a dar brillo a los dientes, y que es el cepillado uniforme el que elimina los fragmentos de comida.

De todas formas la pasta resulta útil para refrescar la boca y pulir los dientes. Lo importante de todo es que el niño se dé cuenta de que el cuidado de sus dientes es indispensable para conservarlos limpios, sanos y atractivos.

El hilo dental.

Se usa para limpiar los espacios interproximales de los dientes, deberá emplearse sistemáticamente con el cepillado.

La seda se pasa a través del punto de contacto y estirandola hacia la superficie mesial y distal del área interproximal, después se eliminan los desechos con vigorosos enjuagues.

La mejor seda dental, es la que consta de gran número de fibras de nylon microscópicas y no enceradas con un mínimo de rotación.

COLUTORIOS.- (Enjuagues).

El enjuague es ideal por la acción de desalojo ejercidas por un buche. La acción del lavado-mecánico y de masaje de un líquido entre los dientes, ejerce una estimulación y limpieza que no traumatiza los tejidos, ejerce mayor acción después de cepillado y uso del hilo dental porque afloja muchas partículas de alimento y bacterias de la placa dental.

El enjuague debe ser vigoroso con suficiente fuerza para poder arrancar todas las partículas, que el agua pase con gran vigor entre los dientes durante un período de extensión suficiente como para que sea eficaz.

En los niños se aconseja que después de ingerir caramelos u otras golosinas con carbohidratos se enjuaguen la boca tres o cuatro veces con agua. Es especialmente importante hacer esto si en ese momento resulta difícil cepillarse los dientes.

También se recomienda los enjuagues en aquellos niños que llevan instrumentos orotodónticos.

Puntas Interdentales.

Las hay en mangos de plástico individuales con diversas formas, desde punta gruesa y en cuña hasta larga y suavemente redondeada, también en el extremo libre del mango del cepillo.

Estas puntas son de goma, o pueden fabricar

se también con plástico resistente, sirven especialmente para comprimir o estimular la papila proximal que da un masaje por compresión y liberación.

La punta se coloca en el espacio proximal en dirección horizontal y con movimientos rotatorios, se realizan 10 movimientos en círculo por cada zona.

El procedimiento hay que repetirlo por lingual, de preferencia se hacen dos aplicaciones diarias según la necesidad.

Es un valioso estimulante para el tono muscular, el tono de los tejidos mejora notablemente, es eficaz en la fase de mantenimiento post-operatorio de la cirugía gingival.

Soluciones Reveladoras.

Es un auxiliar que nos ayuda para enseñar al paciente el valor que tiene la fisioterapia oral. Es importante demostrar las masas microbianas orales y su modo de alojarse alrededor de los dientes.

Para poder ver esta placa bacteriana, se utilizan obleas de Eritrocina o solución de Fucsina.

Al colocar estas soluciones la placa bacteriana se torna del color de la solución o de la oblea, se le pide al paciente que cepille vigorosamente, hasta limpiar toda la superficie disponi-

ble, el color desaparecerá con el cepillado.

Se puede complementar la limpieza con el hilo dental para quitar la placa de las zonas donde no entrara el cepillo.

CONCLUSIONES.

La finalidad de tratar los problemas parodontales es el de eliminar la enfermedad manteniendo en completa salud los tejidos de sostén de los dientes de los niños.

Las enfermedades parodontales que se presentan con tanta frecuencia en la niñez constituye en nuestros días un problema grave.

Se debe visitar al cirujano dentista con frecuencia a fin de que el pueda instruir sobre la adecuada higiene, proporcionando periódicamente el estado de salud de nuestros pequeños pacientes, ya que todos los trastornos parodontales que se atienden a temprana edad serán disminuidos en la edad adulta.

El odontólogo debe asumir la responsabilidad de mantener una lucha constante entre padres y personas encargadas de la atención del niño, para poder controlar los problemas de sus pacientes niños y poder enfocar el procedimiento dental indicado.

Los padres deben asumir el debido papel en la relación odontológica, contribuir a las buenas relaciones con el dentista para que el paciente niño se sienta gustoso de que lo trate, y lo considere un amigo en el que confía.

Tiene tanta importancia el programa familiar bien organizado, como los servicios profesionales brindados en el consultorio dental.

Los programas de profilaxis son medidas preventivas que deben realizarse por todos los medios de difusión, a fin de que las grandes mayorías conozcan la importancia que representa el aseo de los dientes.

Los conocimientos profundos de nuestro parodonto nos ayudan en un interrogatorio y diagnóstico precóz acertado, para poder brindar un tratamiento adecuado, evitando en todo lo posible la repercusión de dichos trastornos, no solo en la estructura bucal sino en el organismo en general.

El cirujano dentista no solo debe atender los problemas bucodentales, sino también prevenir las afecciones o estados bucodentales sistémicos que tienden a destruir o a hacer menos efectiva su función.

Hay que inculcar en el niño los hábitos de higiene ayudarlo y enseñarlo a manejar los instrumentos necesarios para su limpieza, la visita periódica al dentista y la educación dental crearán hábitos de beneficio para su salud.

El cuidado periódico de sus dientes en casa tal como se recomienda ayuda a proteger sus dientes primarios conservar sus encías sanas y con buena apariencia, masticar bien, adquirir buenos hábitos al hablar, preservar el espacio de dientes permanentes y tener una mejor salud.

El interés y entusiasmo que presente el dentista para sus niños pacientes, será un ejemplo de responsabilidad para los padres de familia lo que

obligará a que dediquen un poco de tiempo a tan no
ble fin.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BARRERA TIMOTEO D.
Recopilaciones sobre Parodoncia Clínica. 1976.
- 2.- BERNIER L.
"Enfermedades Orales".
Editorial Libreros.
2a. Edición, Buenos Aires, 1962.
- 3.- BRAUER CH.
"Odontología para Niños".
Editorial Mundi.
4a. Edición, Argentina, 1959.
- 4.- BURKET L.
Medicina Bucal y Diagnóstico y Tratamiento.
Editorial Interamericana.
6a. Edición, México, 1973.
- 5.- BAUMGARTNER L. A. M. BUTLER, ET AL
Moderna Enciclopedia de la Salud del Niño.
Editorial Novaro.
2a. Edición, tomo III, México, 1972.
- 6.- COHEN M.
Odontología Pediátrica.
Editorial Mundi.
1a. Edición, Buenos Aires, 1957.

- 7.- FINN S.
Odontología Pediátrica.
Editorial Interamericana.
4a. Edición, México, 1976.
- 8.- GLIKMAN L.
Periodoncia Clínica.
Editorial Interamericana.
4a. Edición, México, 1975.
- 9.- GOLDMAN S.
Terapéutica Periodontal.
Editorial Libreros.
2a. Edición, Buenos Aires, 1962.
- 10.- HOGEBOOM F.
Odontología Infantil.
Editorial UTEHA
2a. Edición, México, 1958.
- 11.- IRELAND R., KRAMER W.
Odontología Clínica de N. A.
Editorial Mundi.
5a. Edición, Volumen XV, Buenos Aires, 1963.
- 12.- Mc DONALD R.
Odontología para el niño y el adolescente.
Editorial Mundi.
2a. Edición, Buenos Aires, 1975.
- 13.- MILLAN SANCHEZ MA. ELENA.
Notas sobre Odontología Infantil, 1977.

14.- MILLER S.

Diagnóstico y Tratamiento.
Editorial La Médica.
1a. Edición, Argentina, 1957.

15.- QUIROZ G.

Patología Bucal
Editorial Porrúa.
2a. Edición, México, 1959.

16.- ROBBIN L.

Tratado de Patología.
Editorial Interamericana.
3a. Edición, México, 1967.