



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN EL
ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

ALFREDO MENDOZA PINEDA

TUTOR: MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MÉXICO, D. F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero agradecer profundamente a mi madre la persona que más me ha apoyado durante todo el transcurso de mi vida y trayecto escolar, agradezco los consejos que me ha sabido dar para salir adelante con gran satisfacción, por esto y muchas cosas más, TE QUIERO.

Agradezco a mi padre que quiero mucho, por el apoyo que me ha brindado y que a pesar de problemas económicos logró ayudarme a terminar la licenciatura.

A mis hermanos, que también han sido un gran apoyo durante el transcurso de mi vida.

A toda mi familia, que siempre esta cuando lo necesito, agradezco muchísimo su apoyo que en cierta parte me han brindado, gracias por confiar en mí.

También agradezco a mi familia adoptiva que durante poco tiempo atrás a estado apoyándome en realizar este trabajo, les agradezco de corazón por estar conmigo, hermanitos y jefes.

Gracias a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por formarme profesionalmente.

Agradezco también a mi tutora la Mtra. Leonor Ochoa García, por los conocimientos que me aporco para lograr este trabajo, junto con la C.D. María Elena Nieto Cruz, gracias por la paciencia y el tiempo que estuvieron conmigo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. PLANTEAMIENTO.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1. ADOLESCENCIA.....	6
3.1.1. ASPECTOS HISTÓRICOS.....	9
3.1.1.1. EL NACIMIENTO DE LA ADOLESCENCIA EN LA ROMA ANTIGUA.....	8
3.1.1.2. LA ADOLESCENCIA EN LA ÉPOCA INDUSTRIAL.....	10
3.1.1.3. LA ADOLESCENCIA EN LAS SOCIEDADES TRADICIONALES.....	10
3.1.2. CAMBIOS FÍSICOS EN EL ADOLESCENTE.....	11
3.1.2.1. PESO.....	11
3.1.2.2. MASA COORPORAL.....	11
3.1.2.3. CABEZA.....	12
3.1.2.4. CRECIMIENTO MUSCULAR.....	12
3.1.2.5. DENTICIÓN.....	12
3.1.2.6. SEXUALES.....	14
3.1.3. CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA.....	18
3.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADOLESCENTE.....	20
3.2.1. ASPECTO HISTÓRICO.....	20
3.2.1.1. CIVILIZACIONES ANTIGUAS.....	21
3.2.1.2. SIGLO XVIII.....	24
3.2.1.3. SIGLO XIX.....	25
3.2.1.4. SIGLO XX.....	26
3.2.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	27
3.2.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	28
3.2.4. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	28
3.2.5. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	30
3.2.5.1. GINGIVITIS.....	30
3.2.5.2. PERIODONTITIS.....	30
3.2.6. SIGNOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	33
3.3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	34
4. CONCLUSIONES.....	42
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
6. ANEXOS.....	47
6.1. TRÍPTICO.....	47

1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, especialmente en las **sociedades** más avanzadas tecnológicamente. Tanto la conversación vulgar como en las obras novelistas, los autores dramáticos y los poetas han abundado las referencias a los "años tormentosos" comprendidos entre el final de la niñez y la edad adulta nominal.

Los que han estudiado científicamente la **conducta** han propendido también señalar que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra **sociedad**.

Algunos, especialmente los de mayor espíritu biológico, han hecho hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la **pubertad**, sin exceptuar los aumentos de las **hormonas** sexuales y a los cambios en la **estructura** y a la **función** del cuerpo.

Otros han propendido a descubrir en la **cultura** la causa primordial de los problemas de los **adolescentes**, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de **independencia**, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una **filosofía** de la vida fundamental y normativa.

Aunque existen diferencias de opinión en lo tocante a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general en lo tocante a que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad.

2 PLANTEAMIENTO

En la actualidad la investigación bucodental en el grupo de los adolescentes es poco numerosa, pudiendo ser ésto a que el adolescente por los cambios físicos y psicológicos es poco comunicativo y no cooperador, ya que una característica del adolescente puede ser el aislamiento desde el punto de vista social y dentro del ámbito familiar.

Los estudios epidemiológicos efectuados en todo el orden apuntan hacia una distribución casi universal de la caries y la enfermedad periodontal.¹

En relación al cuidado bucodental el adolescente se puede encontrar en dos extremos, en un cuidado extremo de su persona o en un descuido total, de su salud bucal teniendo como resultado el inicio y desarrollo, entre otras de la enfermedad periodontal.

El objetivo de este trabajo fue la actualización de conceptos en relación a la enfermedad periodontal en el adolescente y la creación de un tríptico informativo sobre este tema.

¹ Rusell AL Epidemiology of Periodontal disease. Int Dent J 17:282, 1967.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es, en otras palabras la transición entre el infante y el adulto. Se trata de un cambio de cuerpo y mente pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con el entorno.

Cabe destacar que la adolescencia no es lo mismo que la pubertad que comienza a una edad determinada debido a los cambios hormonales. La adolescencia varía su duración en cada persona. También existen diferencias en la edad en que cada cultura considera que un individuo ya es adulto.¹

La adolescencia es el continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.²

por otra parte la **adolescencia** es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de **crisis**, **conflictos** y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor **independencia** psicológica y social.

La OMS define la adolescencia como la etapa que comprende de los 10 a los 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años (fig. 1). Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere.³

¹ <http://definicion.de/adolescencia/>

² Engelmayer Otto. Psicología Evolutiva de la **Infancia** y de la Adolescencia. 1970. Buenos Aires. Editorial Kapelusz. Pág. 187-191

³ Maddaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex 2003; 45 supl 1:S132-S139.

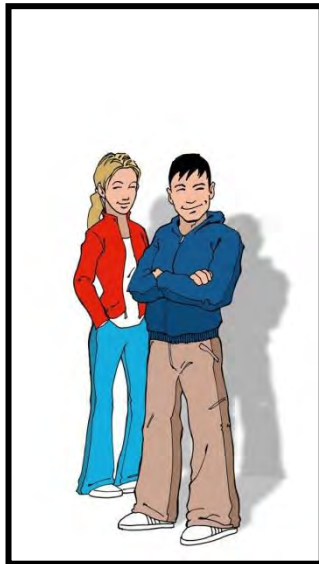


FIGURA 1. Adolescencia
(www.taringa.net/posts/info/4073173/La-puberta)

El desarrollo físico y el psicológico están estrechamente interrelacionados. El físico (cambios sexuales y corporales) que se produce durante la adolescencia va acompañado de importantes cambios psicosociales que caracterizan a este periodo como una etapa decisiva en el camino hacia la edad adulta⁴.

Áreas del desarrollo del adolescente:

1. Desarrollo físico: pubertad, desarrollo sexual y desarrollo cerebral
2. Desarrollo psicológico:
 - Desarrollo cognitivo: cambios en la manera de pensar
 - Desarrollo afectivo: sentimientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas; constituye la base de la salud mental.
3. Desarrollo social: relaciones con la familia, los compañeros y el resto de las personas.

Resulta difícil separar estas distintas áreas del desarrollo porque están estrechamente vinculadas entre sí. Por ejemplo, los cambios físicos provocan cambios cognitivos y en la pubertad se registra un desarrollo tanto físico como emocional. También es importante observar que el ritmo de desarrollo en cada una de estas tres áreas puede ser diferente: por ejemplo, una adolescente puede parecer físicamente madura, pero es probable que no esté plenamente desarrollada desde el punto de vista psicológico. Su apariencia puede hacer que las personas crean y esperen que su modo de pensar sea maduro o que

⁴ http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html

sea capaz de controlar sus emociones, cuando es probable que ésto no sea así (figura 2).



FIGURA 2. Apariencia física
(<http://winnerland.files.wordpress.com/2009/11/adolescencia1.jpg>)

3.1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Adolescencia es un **concepto** moderno, fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, estando ligado a los cambios económicos, culturales, al **desarrollo** industrial, educacional y al papel de **la mujer**, también al enfoque de **género** en correspondencia con la significación que este **grupo** tiene para el **proceso** económico-social.⁶

Los estudios históricos sobre los jóvenes, que se han multiplicado desde 1968, nos permiten comprender mejor el significado de la adolescencia, pero no nos permiten todavía reconstruir toda la historia de esta fase de la vida, porque no abarcan todos los períodos históricos y tratan sobre todo de los adolescentes de las clases privilegiadas. Basándome principalmente en los estudios de Ariès (1972), Bellerate (1979), Gillis (1974) y Kett (1977), describiré brevemente el nacimiento de la juventud en la Roma antigua y su historia en la era industrial en Europa y en los Estados Unidos antes de hablar del período contemporáneo.⁵

3.1.1.1 EL NACIMIENTO DE LA ADOLESCENCIA EN LA ROMA ANTIGUA

En la Roma antigua, hasta el siglo II a.C., no existía un período de edad a la que pudiésemos dar el nombre de adolescencia o de juventud.

En ese tiempo, la vida estaba dividida en tres fases: la infancia, la edad adulta y la vejez.

⁵<http://bmedica.udea.edu.co/adolescencia/Documentos/LA%20ADOLESCENCIA%20EN%20LA%20HISTORIA.html>

En la sociedad romana el término juventud se empezó a utilizar durante el siglo II a.C., después de profundos cambios en el sistema económico y social que Giuliano resume de este modo: extensión de la gran propiedad rural; formación de grandes disponibilidades de capital líquido de origen usurario y comercial; acaparamiento de los recursos por una parte privilegiada de la población en perjuicio de la mayoría, acompañado de una redistribución de las rentas que agrava las desigualdades económicas; procesos de urbanización; desarrollo completo de la esclavitud como medio fundamental de producción.

La juventud o la adolescencia hacen su aparición histórica como una fase de subordinación, de marginación, de limitación de derechos y de recursos, como incapacidad de actuar como los adultos, como fase de semidependencia entre la infancia y la edad adulta. En la ideología oficial, las leyes que sancionan la creación de una nueva clase de edad, se presentan como medidas para defender a los jóvenes.

La aparición de los jóvenes como grupo social sólo se produce en las clases privilegiadas y sólo interesa a los varones: las mujeres no salen nunca de una condición de minoridad social. La adolescencia puede ser considerada como un privilegio cuando se la compara con la condición de las jóvenes o de los muchachos de las clases desfavorecidas o de los esclavos. Pero en comparación con la condición precedente de ausencia de adolescencia, la juventud se estructura como una fase de subordinación y de marginación con respecto a los adultos de las clases privilegiadas, y en ciertos aspectos, devuelve a estos jóvenes a la condición de incapacidad jurídica que caracteriza a los niños, las mujeres y los esclavos.⁶

3.1.1.2 LA ADOLESCENCIA EN LA ÉPOCA INDUSTRIAL

Durante la edad media y la época preindustrial, la juventud era considerada aproximadamente de 7 a 10 años y se situaba entre la dependencia de la infancia

El ideal que se les proponía a los adolescentes era el de la obediencia ciega del soldado. Además los educadores animaban a los jóvenes a practicar los deportes de grupo, se exaltaban las proezas físicas, los músculos, la virilidad. El deporte alejaba a los muchachos del mundo de las jóvenes a las que se consideraba ahora como débiles, emotivas e inestables.

En la edad media, la sexualidad se expresaba con mayor libertad que a comienzos de la era industrial. La gente se tocaba, se abrazaba, se besaba, se acariciaba, y masturbaban a los niños pequeños para dormirlos. Se hablaba libremente del sexo. Los niños dormían con los adultos y presenciaban sus relaciones sexuales.⁶

3.1.1.3 LA ADOLESCENCIA EN LAS SOCIEDADES TRADICIONALES

La comparación entre las sociedades tradicionales con o sin adolescencia permite ratificar las conclusiones anteriores. En las sociedades sin adolescencia como la de los bambuti de África, no hay un período largo de transición entre la infancia y la edad adulta sino que se produce un paso directo, gradualmente preparado desde la primera infancia mediante una participación en las actividades del grupo.⁶

3.1.2 CAMBIOS FÍSICOS EN EL ADOLESCENTE

Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual.⁶

3.1.2.1 PESO

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso es de 2 kg por año de forma continua, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 kg por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal, del individuo adulto.⁷

3.1.2.2 MASA CORPORAL

La masa corporal total aumenta en la adolescencia para ambos sexos. Más adelante, las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la adolescencia se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.⁷

⁶ J. Stone y J. Church. *Niñez y Adolescencia*. 1973. Buenos Aires. Ediciones Hormé. Pág. 255-288

⁷ Christie, Deborah. "examen clínico: ABC de la adolescencia el desarrollo de los adolescentes" .

La mujer y el varón tienen igual proporción entre masa magra, tejido muscular, huesos y vísceras y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las mujeres, se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45% de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30% de su peso corporal en grasa. Al final de la adolescencia, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.⁸

3.1.2.3 CABEZA

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideos y las cuerdas vocales que tienen el triple de longitud que en las niñas.⁹

3.1.2.4 CRECIMIENTO MUSCULAR

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.¹⁰

3.1.2.5 DENTICIÓN

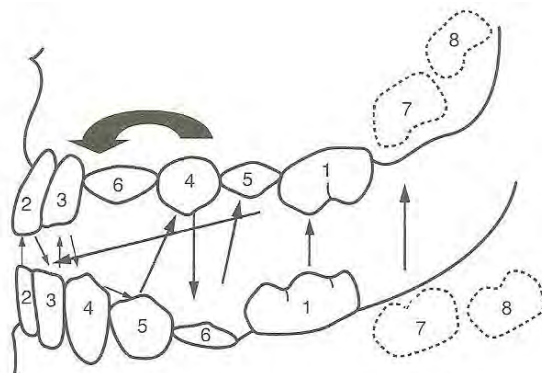
Es importante en esta etapa el diagnóstico de las caries y alteraciones en los tejidos periodontales. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia (fig. 3).¹¹

⁸ Papalia, Diane. *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición. Pág. 608-613

⁹ Zavallovi, Roberto. *Biblioteca de la psicología*. Editorial Heder, Pág. 65-71

¹⁰ <http://www2.texaschildrenshospital.org/internetarticles/uploadedfiles/54.pdf>

¹¹ Riojas, María Teresa; Anatomía Dental; ed. Manual Moderno; 2006



Los números indican el orden de erupción de los dientes del adulto.

FIGURA 3. Orden cronológico de erupción
(Riojas, María Teresa; Anatomía Dental; ed. Manual Moderno; 2006)

Dentición adulta o segunda dentición

Arcada maxilar		Arcada mandibular	
Incisivos centrales	7 a 8 años	Incisivos centrales	6 a 7 años
Incisivos laterales	8 a 9 años	Incisivos laterales	7 a 8 años
Caninos	11 a 12 años	Caninos	9 a 10 años
Primer premolar	10 a 11 años	Primer premolar	10 a 12 años
Segundo premolar	10 a 12 años	Segundo premolar	11 a 12 años
Primer molar	6 a 7 años	Primer molar	6 a 7 años
Segundo molar	12 a 13 años	Segundo molar	12 a 13 años
Tercer molar	17 años en adelante	Tercer molar	17 años en adelante

TABLA 1. Erupción Dental
(Riojas, María Teresa; Anatomía Dental; ed. Manual Moderno; 2006).

3.1.2.6 SEXUALES

Tanto en estatura como en peso, hay notables diferencias individuales, por lo que toca a la edad en que comienza la pubertad. Aún cuando hay alguna variación dentro de las series del desarrollo por ejemplo, los senos pueden desarrollarse en las chicas antes o después de la aparición del vello púbico, el desarrollo físico durante la pubertad y la adolescencia sigue por lo general una progresión bastante ordenada.

Por ejemplo, el chico crece pronto, probablemente desarrollará también el vello púbico y otros aspectos de la maduración sexual; la chica que muestra un desarrollo precoz de los senos probablemente tendrá pronto su primera menstruación. Los preadolescentes que muestran un desarrollo avanzado del esqueleto (huesos) probablemente iniciarán el crecimiento y su maduración sexual será precoz también (fig. 4).¹²

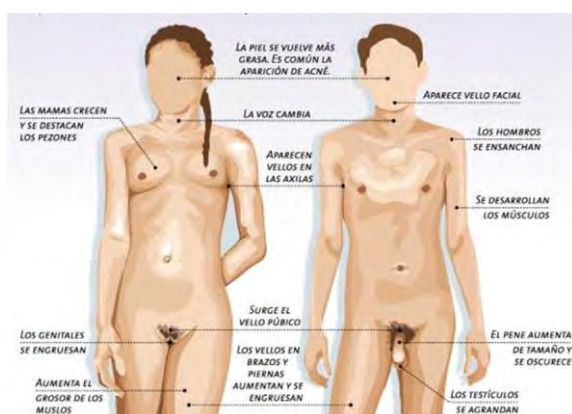


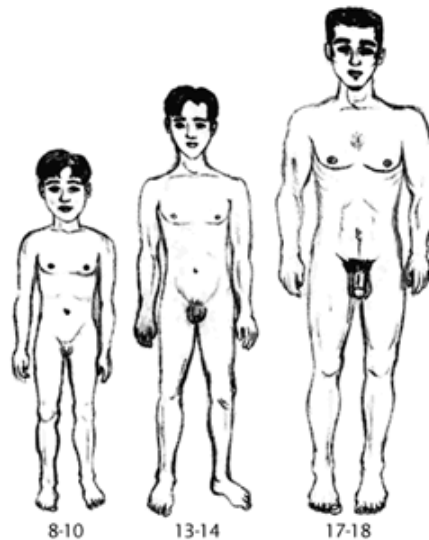
FIGURA 4. Cambios sexuales
(www.iesbanaderos.org/.../Repro3ESO/ReprodSex.htm)

EL DESARROLLO SEXUAL EN LOS HOMBRES

La primera indicación externa de la inminente maduración sexual en los hombres consiste por lo común en un aumento de la tasa de crecimiento de los testículos y del escroto (la estructura en forma de bolsa que contiene a los testículos).

¹² http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia#Maduraci.C3.B3n_sexual

Puede observarse también el comienzo, aun cuando quizás sea lento, del crecimiento del vello púbico hacia las mismas fechas, o poco después. Aproximadamente un año más tarde, una aceleración en el crecimiento del pene acompaña al comienzo del tamaño de la estatura. El vello axilar (corporal) y facial comúnmente hacen su primera aparición unos 2 años después del comienzo del vello púbico, aun cuando la relación es lo suficientemente variable como para que, en algunos hombres, el vello axilar aparezca



realmente primero (fig. 5)¹³.

FIGURA 5. Cambios sexuales en el hombre
(<http://www.educasexo.com/adolescentes/cambios-fisicos-en-la-adolescencia.html>)

La voz se hace más baja o grave, en algunos hombres este cambio de voz, es más bien brusco y dramático, en tanto que en otros casi no es perceptible. Durante este proceso, la laringe aumenta significativamente y las cuerdas vocales que contiene aplican aproximadamente su longitud.

Así como el comienzo de la menstruación puede ser causa de preocupaciones para la adolescente, la erección incontrolada y la eyaculación inicial pueden sorprender y preocupar a algunos hombres. Aun cuando la estimulación genital, así como otras formas de estimulación corporal, es agradable para el adolescente, la erección y la estimulación genital comúnmente llevan consigo un mayor sentido de apremio sexual durante la pubertad.

En este período el pene queda tumescente con gran facilidad, ya sea espontáneamente o en respuesta a toda una variedad de estímulos psicosexuales; "visiones provocativas, sonidos, olores, frases o cualquier cosa que sea; el adolescente (de menor edad) habita un espacio vital libidinizado, en el que casi todo puede adquirir un significado sexual.

Aun cuando los hombres pueden sentirse orgullosos de su capacidad de erección como símbolo de su naciente virilidad, también pueden sentirse

¹³ <http://www.educasexo.com/adolescentes/cambios-fisicos-en-la-adolescencia.html>

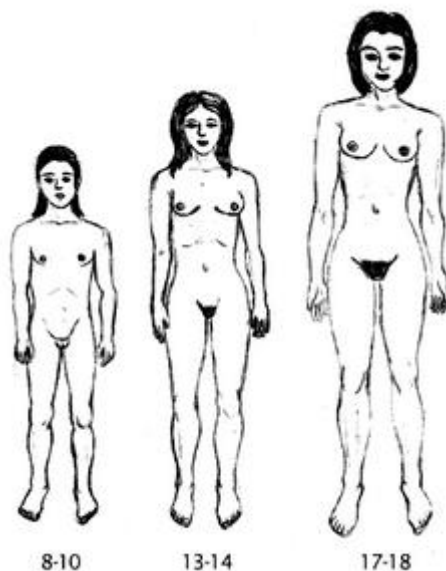
preocupados o molestos por una aparente incapacidad de controlar esta respuesta. Quizás les apene bailar con una muchacha o inclusive el ponerse de pie en un aula para dar una lección. A menudo se preguntan si a los demás varones les sucede esa falta de control semejante.

La eyaculación inicial del fluido seminal puede ser también motivo de preocupación. La primera eyaculación del adolescente probablemente ocurrirá al cabo de un año de iniciado el crecimiento en cuanto a la estatura, alrededor de los 14 años, aunque puede ocurrir desde los 11 o demorarse hasta los 16. La primera eyaculación puede producirse a consecuencia de una masturbación o de una emisión nocturna. Un chico que previamente se ha masturbado, con sensaciones acompañantes agradables pero sin eyaculación, podrá pensar que la eyaculación del fluido seminal es nociva o indicativa de que algo anda físicamente mal en él.

Al parecer, los adolescentes contemporáneos están mejor desarrollados y es menos probable que les preocupen tales sucesos del desarrollo como son las menstruación o las emisiones nocturnas que a los jóvenes de generaciones anteriores. No obstante, muchos jóvenes, de cualquiera de los sexos, especialmente en los primeros años de la adolescencia, no reciben instrucción adecuada de parte de sus padres, las escuelas o sus iguales y se torturan a sí mismos con miedos innecesarios.¹³

EL DESARROLLO SEXUAL EN LAS MUJERES

En la mujeres, el comienzo de la elevación del seno (el llamado período del



botón en el desarrollo del pecho) suele ser la primera señal de madurez sexual, aun cuando en cerca de una tercera parte de las niñas puede antecederla la aparición de vello en el pubis (fig. 6).¹³

FIGURA 6. Cambios sexuales en la mujer
(profesoraangelicavera.blogspot.com/2009/08/bl)

El crecimiento del útero y de la vagina ocurre simultáneamente con el desarrollo del seno y también se agranda, los labios y el clítoris. La menarca (es decir, la edad a que comienza la menstruación) se produce relativamente tarde en la serie de desarrollo, y caso invariablemente después de que el crecimiento en cuanto a estatura ha comenzado a frenarse.

Frecuentemente hay un período que puede durar de un año a un año y medio después del comienzo de la menstruación, durante el cual la adolescente no es capaz aún fisiológicamente de concebir. De manera semejante, los hombres son capaces de tener relaciones sexuales mucho antes de la aparición de espermatozoides vivos.

Para la adolescente, la menstruación es mucho más que un simple reajuste fisiológico. Es un símbolo de madurez sexual, de su estatus futuro como mujer. Porque las reacciones de una mujer a la menstruación pueden generalizarse ampliamente, tiene importancia capital que su experiencia inicial sea lo más buena posible.

Muchas mujeres esperan serenamente el comienzo de la menstruación y algunas lo interpretan orgullosamente, como señal de un ascenso de rango. Por desgracia, sin embargo, muchas otras toman negativamente este.¹⁴

3.1.3 CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA

Entre los principales cambios que experimenta una persona en su adolescencia, aparecen el desarrollo del pensamiento abstracto y formal, el establecimiento de la identidad sexual y la solidificación de amistades con la probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, el cigarrillo e incluso las drogas (fig. 7)¹⁴.

¹⁴ <http://psicologia.laguia2000.com/wp-content/uploads/2009/02/gstanley-hall-y-la-adolescencia.j>



FIGURA 7. Cambios psicológicos en el adolescente
(<http://psicologia.laguia2000.com/wp-content/uploads/2009/02/gstanley-hall-y-la-adolescencia.j>)

De acuerdo a la psicología, los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad (fig. 8). Se trata de un proceso de autoafirmación, que suele aparecer rodeado de conflictos y resistencias, en los cuales el sujeto busca alcanzar la independencia.¹⁵



FIGURA 8. Independencia del adolescente
(<http://www.haztua.com/images/jovenes1%5B1%5D.jpg>)

En la evolución psico intelectual y desarrollo de la personalidad del niño, adolescente, hasta alcanzar la autonomía del adulto, están diferenciadas varias

¹⁵ Engelmayer Otto. Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia. 1970. Buenos Aires. Editorial Kapelusz. Pág. 187-191

etapas y en cada una de ellas está presente un determinado tipo de comportamiento. Obviando las características de este desarrollo previo a la adolescencia recordaremos que, al iniciarse esta, el niño-muchacho intenta apropiarse de todos los conocimientos a su alcance, tanto sobre sí mismo como sobre el mundo que lo rodea, en un afán de introducirlos en su intimidad. El adolescente se identifica, podría decirse: "yo soy yo", "tengo conciencia de mí, una realidad, unos potenciales", frases que no dice pero que expresan la profundidad de sus vivencias.¹⁶

En la adolescencia se producen importantes cambios tanto afectivos; el objeto del afecto deja de ser los padres y se orienta hacia los líderes que encarnan el ideal de "yo" que él se ha ido formando, como intelectuales; se adquiere inteligencia abstracta (capacidad para razonar sin que se halle presente el objeto), gran espíritu crítico y objetividad.

La evolución hacia la autonomía, que es característica del desarrollo de la persona humana, se manifiesta en la adolescencia mucho más, no sin conflictos o resistencias por parte del adolescente, así como de sus padres. Ante todas éstas características mencionadas es fácil deducir como la enfermedad, bien adquirida en ésta etapa del desarrollo, o bien la "nueva vivencia" de enfermedades de las cuales ya era portador crónico, va a repercutir de forma intensa y con importante riesgo de producir desequilibrios en la maduración psicológica del adolescente enfermo, y éste merece toda la atención médica precisa para evitarlo. El pediatra conoce al niño a veces desde el nacimiento, cambiar de médico en la adolescencia es negativo para él y supone un inconveniente en la relación médico-enfermo despersonalizando esta relación.¹⁷

Esta última etapa del desarrollo del niño finalizará al ser integrado en el mundo de los adultos. La edad cronológica es imprecisa aunque es conocido como, quizá debido al entorno socio-económico, está retrasándose en los países desarrollados en ese sentido.¹⁷

3.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL ADOLESCENTE

3.2.1 ASPECTO HISTÓRICO

Las diversas formas de las enfermedades gingivales y del periodonto aquejan al ser humano desde comienzos de la Historia. Estudios paleontológicos indican que la enfermedad periodontal destructiva, como lo demuestra la pérdida de hueso, afectó a los primeros seres humanos de culturas tan distintas como el antiguo Egipto y la América precolombina arcaica.¹⁸

Los registros históricos más añejos sobre temas médicos revelan una conciencia sobre la enfermedad periodontal y la necesidad de atenderla. Casi

¹⁶ M Rodríguez Rigual. Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia (en español). An Pediatr 2003; 58: 104 - 106. Último acceso 19 de abril de 2008.

¹⁷ http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13048412

¹⁸ Ruffer MA. Studies in the Paleopathology of Egypt. Chicago, University of Chicago Press, 1921.

todos los escritos antiguos preservados cuentan con secciones o capítulos acerca de las enfermedades bucales. Los problemas del periodonto abarcan una cantidad relevante de espacio en dichos textos. A menudo se consideró la existencia de un nexo entre el sarro y la enfermedad periodontal, y por lo general se postuló que algún padecimiento sistémico subyacente causaba los trastornos periodontales. Sin embargo, no hubo análisis terapéuticos metódicos, razonados cuidadosamente, sino hasta los tratados árabes sobre cirugía en la edad media, y solo hasta la época de Pierre Fauchard se desarrolló el tratamiento moderno, con textos ilustrados e instrumentación elaborada.¹⁹

3.2.1.1 CIVILIZACIONES ANTIGUAS

La enfermedad periodontal fue la más frecuente de todas las afecciones evidenciales los cuerpos embalsamados de los antiguos egipcios.²⁰

Trabajos médicos de la China inmemorial también analizaron la enfermedad periodontal. En el libro más antiguo, escrito por Huang-Ti alrededor de 2500 a.C., un capítulo versa sobre los padecimientos dentarios y gingivales. Los trastornos bucales fueron divididos en tres tipos: Fong Ya, o estados inflamatorios; Ya Kon, o enfermedades de los tejidos blandos de revestimiento dentario, y Chong Ya, o caries dental.²⁰

Las inflamaciones gingivales, los abscesos periodontales y las ulceraciones de la encía fueron descritos con mucho detalle. Un estado gingival se explicó de la siguiente manera: “las encías se encuentran pálidas o de color rojo violáceo, duras y protuberantes, a veces hemorrágicas; el dolor de dientes es continuo”. Los remedios con plantas medicinales (“Zn-hine-tong”) fueron mencionados para tratar tales estados. Los chinos fueron los primeros en usar “el palillo masticable” como mondadientes y cepillo dental para asear la dentición y dar masaje a los tejidos gingivales.

Los antiguos hebreos reconocieron la importancia de la higiene bucal. Muchos estados patológicos de los dientes y sus estructuras vecinas están descritos en los textos talmúdicos. Artefactos de la civilización fenicia incluyen una férula de alambre, construida al parecer para estabilizar los dientes móviles por la enfermedad periodontal.²¹

GRECIA

La medicina Griega se continuó hacia la civilización romana subsiguiente y al inicio de la era bizantina.

Entre los griegos antiguos, Hipócrates de Cos (460-377 a.C.), padre de la medicina moderna, fue el primero en instituir el examen sistemático del pulso,

¹⁹ Fermin A. Carranza, Periodontología Clínica; Ed. McGraw-Hill Interamericana Octava Edición.

²⁰ Dabry P. La Medicine chez les Chinois. Paris, Plon, 1863.

²¹ Guerini V. History of Dentistry. Philadelphia. Lea & Febiger, 1909.

la temperatura, la respiración, las excreciones, el esputo y el pulso del paciente.²² Analizó la función y erupción de los dientes así como la etiología de la enfermedad periodontal. Estimo que la inflamación de la encía podía deberse a las acumulaciones del sarro, o pituita, y que la hemorragia gingival ocurría en los casos de males eplénicos persistentes. Uno de estos fue descrito del siguiente modo: “el vientre aumenta de volumen, el vaso se expande y endurece, el quejado sufre dolor agudo; las encías se desprenden de los dientes y huelen mal”²³.

ROMA

Mucho tiempo antes del año 735 a.C., los etruscos eran adeptos al arte de construir dentaduras artificiales, si bien no hay pruebas de que conocieran la existencia de la enfermedad periodontal o su tratamiento.

Entre los romanos, Aulo Cornelio Celso (25 a.C.-50 d.C) citó de la siguiente manera a las enfermedades que afectaban a las partes blandas de la boca y su tratamiento: “Si las encías se separan de los dientes, es conveniente masticar peras y manzanas crudas y conservar sus jugos en la boca.” Celso describió la movilidad dentaria producida por la debilidad de las raíces o por la laxitud de las encías. Notó que en tales casos era necesario tocarlas ligeramente con un hierro al rojo vivo y luego frotarlas con miel. Los romanos tenían mucho interés por la higiene bucal. Celso consideró que las manchas de los dientes debían eliminarse y que, entonces, era preciso frotarlos con un dentífrico. El uso del cepillo dental aparece en los textos de bastantes poetas romanos. El masaje gingival era parte integral del aseo de la boca.²⁴

EDAD MEDIA

Los asombrosos logros de la medicina islámica aportaron lo necesario para la aparición de la medicina europea a finales de la Edad Media y el Renacimiento. En las primeras escuelas de medicina de Salerno y Montpellier, los textos utilizados eran de modo primario los reconocidos tratados árabes en adecuadas traducciones al latín (aunque lejos de ser precisas).

Buena parte de la estomatología y de la odontología medieval y renacentista derivó directamente de los escritos árabes, en particular los tratados de Avicena (Ibn Sina) y Albucasis (Abu’l-Qasim).

Las obras árabes obtuvieron mucha de su información de los tratados médicos griegos. Sin embargo incorporaron bastantes refinamientos y enfoques novedosos, sobre todo en las especialidades quirúrgicas. Luego de la destrucción y virtual desaparición de la labor erudita en Europa durante el oscurantismo, muchos textos griegos clásicos sobre medicina traducidos al árabe en Bagdad durante el califato Abasidas, fueron retraducidos por último al latín. Bagdad junto a Córdoba, España, disfrutaron de notabilidad intelectual y

²² Castiglione A. History of Medicine. 2nd ed. New York. AA knopf. 1941.

²³ Hippocrates. Works. Edited and translated by WHS Jones and ET Withington

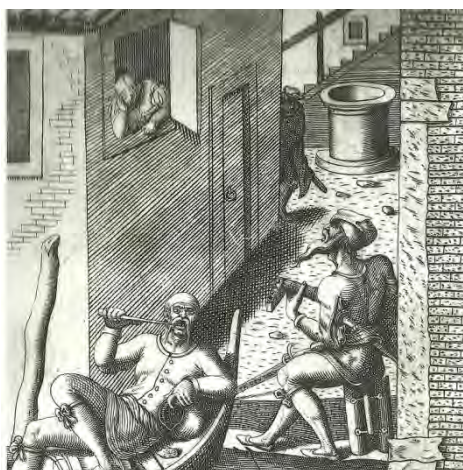
²⁴ Celsus A. De Medicina. Translated by WG Spencer, London, Heinemann, 1935-1938.

medica; esas dos ciudades representaron la grandeza de los califatos oriental y occidental, respectivamente.²⁵

RENACIMIENTO

Durante esta época, con el rescate de la erudición clásica, el auge del pensamiento científico y el conocimiento médico, además del florecimiento del arte, la música y la literatura, hubo aportaciones importantes a la anatomía y la cirugía (fig. 9). Andreas Vesalius (1514-1564), oriundo de Bruselas, dio cátedra en la Universidad de Padua, en la República de Venecia. Ahí disecó cadáveres humanos y escribió un magnífico libro sobre anatomía con excelentes ilustraciones en todo el texto, realizadas, por un estudiante de Tiziano.²⁶ Bartholomaeus Eustachius (1520-1574), de Roma, fue otro sobresaliente anatomista y redactó un pequeño libro sobre odontología, *Libellus de Dentibus*, con 30 capítulos. Describió el siguiente modo la firmeza de los dientes en los maxilares: “Existe aparte de un ligamento muy resistente, insertado principalmente a las raíces mediante el cual estas se conectan con firmeza a los alvéolos... Las encías también contribuyen a su firmeza.” Eustachius comparó lo anterior de la piel a las uñas.²⁷

FIGURA 9. Malvin E. Ring; Historia Ilustrada de la Odontología; Ed. Mosby, Doyma Libros; Barcelona España



Esta ilustración del libro *Naspo Bizaro* de Alejandro Caravia (1565) muestra cómo la higiene oral se practicaba en Venecia en el siglo xvi. Un gondolero, que ha acabado de comer, limpia sus dientes con un gran palillo mientras su pasajero ronda a su enamorada. *Houghton Library*. Universidad de Harvard, Cambridge (Ms. Typ. 525.65.260).

1989.

3.2.1.2 SIGLO XVIII

En esencia, la odontología moderna surge en la Europa del siglo XVIII, primordialmente en Francia e Inglaterra. Pierre Fauchard, nació en Bretaña en 1678, es considerado con justicia como el padre de la profesión como se conoce hoy (fig. 10). Si bien autodidacta en odontología, pudo generar un enfoque sistemático sobre el ejercicio dental con base en el conocimiento de su época. Fauchard mejoró de manera notable los instrumentos y las habilidades

²⁵ Shklar G. Stomatology and Dentistry in the golden age of Arabian medicine. *Bull Hist Dent* 17:17. 1969.

²⁶ Vesalius S. *De Humanis Corporis Fabrica*. Basle. 1542. Reproduced in Facsimile, Brussels. *Culture et Civilization*. 1966.

²⁷ Eustachius B. *Libellus de Denibus*. Venice, 1563. Reprinted in Facsimile. Vienna, Urban and Schwarzenberg, 1951.

técnicas requeridas para efectuar un tratamiento odontológico. Su obra, *El cirujano dentista*, publicada en 1728, dio respetabilidad a la profesión y desarrolló un basto a precio por las habilidades técnicas y quirúrgicas del especialista.²⁸ Fauchard se convirtió en el dentista más importante de París y, en 1761, falleció luego de una larga vida de servicio y logros.



FIGURA 10. Pierre Fauchard
(www.stomatologinfo.com/index.php?id=221)

El libro de Fauchard no sólo transformó la práctica de la odontología, además sirvió para educar a la siguiente generación de dentistas, algunos de los cuales emigraron a Estados Unidos y trabajaron durante los primeros años de la República. Algunas prótesis totales de George Washington fueron elaboradas con resortes similares a los incluidos en el diseño ilustrado por Fauchard.²⁰

Su libro contiene todos los aspectos del ejercicio odontológico (p. ej; la odontología restaurativa, la prostodoncia, la cirugía bucal, la periodoncia y la ortodoncia). Los capítulos 4 y 5 de *El cirujano dentista* describen cada uno por separado a la odontología preventiva (“El régimen y cuidado necesarios para preservar los dientes”) (“Como conservar blancos los dientes y fortalecer las encías”). Fauchard escribió que las confituras y los dulces destruyen la dentición al pegarse a sus superficies y producir un ácido. Describió con detalle su instrumental periodontal y la técnica de raspado para “desprender la materia dura, o tártaro, de los dientes”.²⁰

3.2.1.3 SIGLO XIX

Leonard Koecker (1785-1850) fue un dentista de origen alemán que ejerció en Baltimore, Estados Unidos (fig. 11). En un artículo de 1821, publicado en el *Philadelphia journal of Medicine and Phisycal Science*, Koecker describió los cambios inflamatorios de la encía y la presencia de sarro en los dientes, que

²⁸ Fauchard P. *Le Chirurgien Dentiste ou Traite des Dents*. París, J Maruette, 1728. Reprinted in Facsimile, Paris, Prélat, 1961. (An English translation by Lillian Lindsay appeared in 1946, published by Butterworth and Company, London.)

conducían a su movilidad y exfoliación.²⁹ Mencionó el retiro cuidadoso del tártaro y la necesidad de que el paciente aseara la boca, procedimiento que sugirió realizar por la mañana y luego de cada comida, utilizando un polvo astringente y un cepillo dental y colocando “las cerdas... en los espacios de los dientes”.



FIGURA 11. Leonard Koecker
<http://www.flickr.com/photos/69145729@N00/371412393/>

A mediados del siglo XIX, John W. Riggs fue la principal autoridad sobre el trastorno periodontal y su atención en Estados Unidos, hasta el punto de que la periodontitis, o piorrea alveolar, fue conocida como “enfermedad de Riggs”. En Hartford, Riggs fue socio de Horace Wells y llevó a cabo la primera intervención quirúrgica bajo anestesia, extrayéndole con óxido nitroso un diente al Dr. Wells en 1844.

A finales del siglo XIX, estudios realizados por Rudolph Virchow (1821-1902), Julius Cohnheim (1839-1884), Elie Metchnikoff (1845-1916) y otros, comenzaron a dar luz a los cambios microscópicos registrados en la inflamación. Esto permitió entender la patogenia de la enfermedad periodontal, con base en estudios histopatológicos.²⁰

3.2.1.4 SIGLO XX

En el primer tercio del siglo XX, la periodoncia floreció en Europa Central, con dos centros principales de excelencia: Viena y Berlín.

Viena. La escuela vienesa generó los conceptos histopatológicos fundamentales sobre lo que se edificó la periodoncia moderna. Su representante principal fue Bernhard Gottlieb (1885-1950), quien publicó ambos

²⁹ Koecker A. An essay on the devastation of the gums and the alveolar processes, Philadelphia J Med Phys Sci 2:282, 1821.

estudios microscópicos de la enfermedad periodontal realizados con ejemplares de necropsias humanas.

Describió la inserción del epitelio gingival con el diente, la histopatología de la enfermedad periodontal inflamatoria y degenerativa, la biología del cemento, la erupción dental activa y pasiva, así como la oclusión traumática.³⁰

Berlín. El grupo berlinés estuvo integrado principalmente por científicos clínicos que desarrollaron y refinaron el enfoque quirúrgico de la terapéutica periodontal. Destacaron en él Oskar Weski y Robert Neumann.^{31,31}

3.2.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

El término enfermedad periodontal ha tenido diferentes significados, y se emplea de manera bastante ambigua. En un sentido general, abarca todos los padecimientos del periodonto, casi del mismo modo en que se emplean los términos enfermedad hepática y trastorno renal. Podría considerarse sinónimo de periodontopatía si bien este término no se encuentra en boga actualmente.

Las afecciones del periodonto se dividen en dos categorías principales: enfermedades gingivales y periodontales. Las primeras incluyen a los padecimientos que atacan sólo a la encía, en tanto que a las segundas, a los trastornos que comprenden las estructuras de soporte al diente.²⁰

La periodontitis de iniciación temprana o precoz comprende un grupo de formas de periodontitis raras, a menudo graves, que progresan rápidamente y se caracterizan por su manifestación clínica a una temprana edad y por una tendencia diferencial a que los casos se agrupen en el seno de familias. El diagnóstico de la periodontitis precoz exige la exclusión de enfermedades sistémicas que pudieran disminuir las defensas del huésped prematura de los dientes. Clásicamente, se reconocen varias formas de la periodontitis precoz en función de la edad de la iniciación y la distribución de las lesiones periodontales dentro de la dentición: periodontitis prepuberal (PPP), periodontitis juvenil localizada (LJP), periodontitis juvenil generalizada (GJP) y periodontitis rápidamente progresiva (RPP)³².

Las toxinas, que se producen por la bacteria en la placa, irritan las encías. Al

³⁰ Gottlieb B. Der Epitelansatz am Zahn 39:142, 1921.

³¹ Fleischmann L. Gottlieb B. Beitrage zur Histologie und Pathogenese der Alveolarpyorrhoe. Z Stomatol 2:44, 1920.

³² Jan Lindhe; Periodontología Clínica e Implantología Odontológica Tercera Edición; Ed. Medica Panamericana; Madrid 2000.

permanecer en su lugar, las toxinas provocan que las encías se desprendan de los dientes y se forman bolsas periodontales, las cuales se llenan de más toxinas y bacterias.

Conforme la enfermedad avanza, las bolsas se extienden y la placa penetra más y más hasta que el hueso que sostiene al diente se destruye. Eventualmente, el diente se caerá o necesitará ser extraído.³³

3.2.3 EPIDEMIOLOGÍA

Son relativamente pocas las investigaciones que, valiéndose de diferentes técnicas epidemiológicas, han estimado la prevalencia y el progreso de la enfermedad periodontal en las denticiones primarias y permanentes de los niños y de los adultos jóvenes, no obstante, todas las investigaciones disponibles indican que se pueden ver formas precoces de periodontitis en todos los grupos etarios y étnicos (Papanau, 1996). Pero son amplias las variaciones de prevalencia con algunos estudios que muestran hasta un 51,1% de individuos afectados. Estas diferencias probablemente se deben a las metodologías epidemiológicas empleadas y a la definición de enfermedad periodontal.

La periodontitis no es muy frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, aun cuando es posible que se desarrolle durante los dos primeros decenios de vida; hacia el tercero o cuarto, su ocurrencia aumenta de modo significativo. La prevalencia absoluta depende del criterio utilizado para su definición; por ejemplo, en un estudio reciente realizado en Estados Unidos, en el que se considero como criterio la pérdida de inserción, alrededor del 75% de los adultos presentó pérdida comprobada de inserción de uno o más puntos de 4 mm o más. En el mismo estudio, un 8% de los adultos sufrió algún padecimiento periodontal grave, considerado una pérdida de inserción de uno o más puntos de 7mm o más. Por lo anterior, se concluye que una gran parte de la población adulta padece, al menos, periodontitis moderada, mientras que una parte más pequeña, pero considerable, sufre graves formas de padecimientos periodontales. Por el contrario, la periodontitis juvenil localizada ataca a menos del 1% de adolescentes y adultos jóvenes.³³

3.2.4 ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las bacterias y la acumulación de placa son a menudo responsables de las enfermedades periodontales, al igual que de muchas otras patologías

³³ Robert J. Genco; Periodoncia; Ed. Interamericana Mc Graw-Hill 1990, USA.

bucodentales³⁴. De hecho, la acumulación de placa es la causa principal de las enfermedades gingivales. Otras posibles causas de enfermedades gingivales son las siguientes:

- Genética
- Higiene bucal deficiente (fig. 12)
- Restos de alimentos frecuentemente atascados en las encías (tal vez debido a la maloclusión)
- Respiración por la boca (puede provocar sequedad grave de las encías y los dientes de la parte frontal de la cavidad bucal)
- Dieta pobre en nutrientes deficiencia de vitamina C
- Fumar o mascar tabaco
- Enfermedades autoinmunes o sistémicas
- Diabetes
- Cambios hormonales en el organismo
- Bruxismo (apretar y hacer rechinar los dientes incesantemente)
- Ciertos medicamentos (algunos medicamentos provocan un crecimiento anormal de las encías que puede producir enfermedades periodontales).³⁵



FIGURA 12. Deficiencia de higiene bucal
(<http://www.deltadent.es/blog/wp-content/uploads/2009/08/adolescente.jpg>)

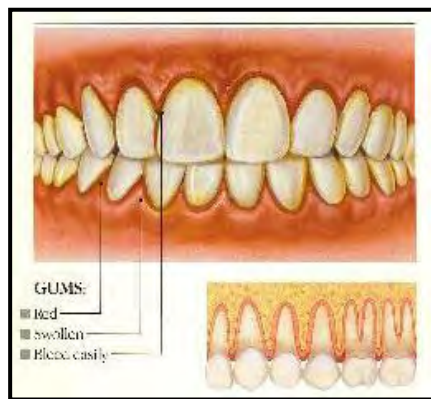
³⁴ <http://www.geosalud.com/saluddental/index.html>

La enfermedad periodontal afecta los tejidos de soporte dentario, la placa dentobacteriana adherida a la superficie dentaria genera toxinas que producen inflamación de los tejidos blandos (encía o gíngiva) que rodean al diente. De no mediar acciones terapéuticas adecuadas la enfermedad puede avanzar, en casos de un huésped susceptible, hasta la pérdida de las fibras de unión alvéolo dentarias y del hueso alveolar con la consecuente pérdida del diente que ha quedado sin soporte óseo.³⁵

3.2.5 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.2.5.1 GINGIVITIS

Es la forma menos severa de la enfermedad periodontal. La gingivitis se detecta cuando hay evidencia de inflamación gingival, como aumento de volumen, enrojecimiento y hemorragia al sondeo. Con frecuencia el sondeo de la profundidad de bolsa es más o menos de 4 mm, pero por definición no existe pérdida medible al sondeo de inserción relacionada con infección periodontal.³⁴ La si es tratada con un buen cuidado



Con frecuencia el enrojecimiento y aumento de volumen de la profundidad de bolsa es de 4 mm, pero por definición no existe pérdida medible al sondeo de inserción relacionada con infección periodontal. La gingivitis es reversible profesionalmente y oral en casa (fig. 13)³⁵.

FIGURA 13. Gingivitis
(<http://michaelisdentistry.com/sitebuilder/images/gingivitis-267x277.jpg>)

3.2.5.2 PERIODONTITIS

Etapa en donde se van perdiendo los tejidos de soporte del diente, se forman bolsas en las encías y estas se llenan de infección. A medida que la enfermedad avanza, los dientes se vuelven móviles y eventualmente, pueden caerse o requerir que sean extraídos.³⁶

³⁵ <http://michaelisdentistry.com/sitebuilder/images/gingivitis-267x277.jpg>

³⁶ www.coelaguna.com.mx/periodontal.php

Periodontitis ligera: Si la gingivitis no es tratada, puede progresar hacia una periodontitis. En esta etapa ligera del mal, la enfermedad periodontal empieza a destruir el hueso y el tejido que sostienen a los dientes (fig. 14).

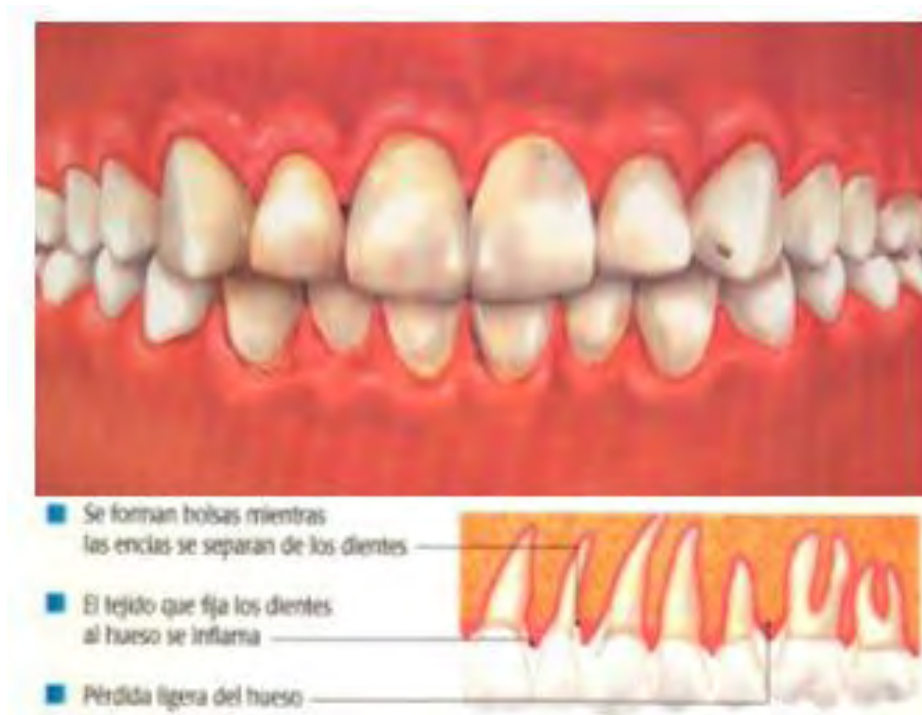


FIGURA 14. Periodontitis ligera
(www.coelaguna.com.mx/periodontal.php)

Periodontitis moderada a avanzada: La periodontitis moderada a avanzada se desarrolla si las primeras etapas de la enfermedad pasan desatendidas. Esta es la forma más avanzada de la enfermedad en donde ocurre una extensa pérdida de hueso y tejido (fig. 15).³⁷



FIGURA 15. Periodontitis avanzada
www.coelaguna.com.mx/periodontal.php

Periodontitis juvenil: La periodontitis juvenil localizada (PJL) ocurre en adolescentes y se caracteriza por la rápida pérdida del hueso alrededor de los dientes permanentes. De manera irónica, los jóvenes con PJL forman muy poca placa dental o sarro. La periodontitis juvenil generalizada es considerada, por lo general, una enfermedad de adultos jóvenes, aunque puede iniciarse cerca de la pubertad. Se caracteriza por inflamación marcada y fuerte acumulación de placa y sarro. Las bolsas se pueden formar alrededor de los dientes afectados, llenándose de infección. Si no es tratada oportunamente, la infección puede conducir a la pérdida de hueso, lo que hace que los dientes se aflojen³⁷ (fig. 16).

³⁷ www.perio.org/consumer/mbc.sp.baby.htm



Figura 16. Enfermedad periodontal Juvenil
(www.perio.org/consumer/mbc.sp.baby.htm)

La periodontitis se diagnóstica por definición cuando existe pérdida de inserción medible (p. ej., menor a 2 mm); pérdida de inserción al sondeo es generalizada o localizada y con frecuencia está vinculada con bolsas profundas de menor o igual a 4mm. Con frecuencia están presentes placa y cálculos en más de 90% de los casos sin tratamiento se encuentran una o más de las bacterias periodontales predominantes como son *B. gingivalis*, *B. intermedius* y *A. actinomycetemcomitans* en las bolsas periodontales más profundas.³⁴

3.2.6 SIGNOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

En ocasiones la enfermedad periodontal puede progresar sin ningún síntoma ni dolor. Durante una revisión dental regular, el dentista busca señales de la enfermedad periodontal, por lo que la enfermedad aún no detectada puede ser tratada antes de que avance.

SIGNOS:

- Encías blandas, inflamadas o rojizas
- Sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental
- Encías que se desprenden de los dientes
- Dientes flojos o separados
- Pus entre la encía y el diente
- Mal aliento continuo
- Cambio en la forma en la que los dientes se encajan al morder

Los cambios hormonales, la dieta y hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y externo del individuo convierten a los adolescentes en un grupo de riesgo para la salud bucal.³⁸

3.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal puede aumentar durante la adolescencia debido a la carencia de motivación a la práctica de la higiene oral. Niños que mantienen buenos hábitos de salud oral hasta los 10 años, tienen mayor probabilidad de

continuar con los hábitos de cepillado y de pasaje de hilo dental que aquellos niños que no fueron enseñados acerca del cuidado oral apropiado³⁸.

Los cambios hormonales relacionados con la pubertad pueden aumentar en los adolescentes el riesgo de desarrollar la enfermedad periodontal.³⁵ Durante la pubertad, el aumento en el nivel de las hormonas sexuales, como la progesterona y posiblemente el estrógeno, causan un aumento en la circulación sanguínea en las encías. Ésto puede causar un aumento en la sensibilidad de las encías y una reacción más fuerte a cualquier irritación, incluyendo las partículas de comida y la placa. Durante esta época, las encías pueden inflamarse, enrojecerse y sentirse doloridas.

Cuando los jóvenes van pasando la pubertad, la tendencia de las encías a inflamarse como respuesta a los irritantes disminuye. Sin embargo, es muy importante que durante la pubertad se siga un buen régimen de higiene oral en el hogar que incluya el cepillado y el uso habitual del hilo dental. En algunos casos, un profesional dental puede recomendar terapia periodontal para ayudar a prevenir el daño a los tejidos y al hueso que rodean los dientes.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Proceso que cambio o refuerza un pensamiento, actitud, valor o comportamiento para proporcionar y mantener un estado de salud en el individuo, grupo o comunidad.³⁹

Con la educación se trata de que las personas obtengan un sentido de responsabilidad de su propia salud y adquieran destrezas para analizar y solucionar sus problemas.

La educación para la salud, cuya función definida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial Salud es la de promover, organizar y orientar los procesos tendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos, grupos y colectividades, adquiere una importancia capital y contribuye al desarrollo de la conciencia sanitaria de la población⁴⁰.

Actualmente, el objetivo primordial de la odontología debe ser la prevención, por lo que la educación sanitaria deviene un elemento esencial en ese sentido y ha de ir dirigida fundamentalmente hacia los individuos que no necesitan tratamiento curativo, con el fin de que tomen conciencia sobre su autorresponsabilidad en el mantenimiento de su estado de salud.

PREVENCIÓN

³⁸ <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=40441>

³⁹ Morgado Marrero Delsa E.; El ABC de un buen promotor de la salud; Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba y Canadian Urban Institute, 2004.

⁴⁰ Restrepo HE. Promoción de salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en salud pública. Educ Méd Salud 1995;29 (1):76-91

Se define como la colocación de barreras para impedir una enfermedad o limitar el daño cuando ésta ya se ha producido.

La diferencia entre las dos definiciones sutiles: la prevención fomenta la ausencia de la enfermedad; mientras que educación es capaz de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas de salud del individuo y la comunidad.⁴⁰

PREVENCIÓN PERIODONTAL

Adoptando este concepto tan amplio, la prevención en periodoncia abarca todos los aspectos de tratamiento, desde los esfuerzos para controlar la placa bacteriana hasta la cirugía periodontal regenerativa, continuando con la terapia de soporte. El término prevención periodontal es empleado con este significado, entonces, la promoción de la salud, el tratamiento y la terapia de soporte como una protección específica.

En los seres humanos no existe un límite estático entre salud y enfermedad y arbitrariamente se colocan barreras específicas para oponerse a este proceso. La historia natural de la enfermedad periodontal es la progresión desde el estado de la salud a gingivitis, periodontitis y la exfoliación del diente.

Una vez que la enfermedad tiene cambios clínicos detectables, los objetivos de prevención cambian de prevención del inicio de la enfermedad o prevención primaria a detener el progreso de la misma. La segunda etapa de prevención es llamada prevención secundaria y comienza los primeros estadios de la patología. Comprende la promoción de la salud y un adecuado tratamiento; se basa en tempranos y correctos métodos de diagnósticos así como en medidas terapéuticas efectivas. Con el progreso de la enfermedad, ocurren defectos que requieren una corrección para mantener al paciente en salud. Las medidas preventivas durante la fase reconstructiva abarcan la prevención terciaria que incluye metas tanto de limitación del daño como de rehabilitación.⁴¹

FASES PARA EL TRATAMIENTO DEL CUIDADO DE LA CAVIDAD BUCAL

- Fase higiénica: donde se elimina el sarro grueso y se le instruye al paciente en las **técnicas correctas de cepillado** y de los métodos auxiliares (cepillos interproximales, hilo dental, etc.)
- Fase desinflamatoria: que consiste en hacer unos raspajes y alisados de las raíces con unos instrumentos llamados curetas para eliminar el sarro y placa subgingival. Esta fase se suele realizar con anestesia y por cuadrantes (se divide la boca en cuatro partes). Si la enfermedad es moderada puede ser suficiente con esta fase y los mantenimientos periódicos (**limpiezas periódicas profesionales**).

⁴¹ Everett B. Hancock; Prevención periodontal; Department of odontology. School of dentistry. Indianápolis, Indiana.

- Fase quirúrgica: una vez desinflamada la encía hay que eliminar esos fondos de saco (bolsas periodontales) donde se acumulan los gérmenes. Esta fase se realiza cuando las bolsas son muy profundas para poder erradicar todo el tejido inflamatorio y alisar correctamente el hueso que rodea a las raíces.⁴²

CUIDADO BUCAL EN LOS ADOLESCENTES

Es una etapa donde los padres encuentran dificultades para el cumplimiento por parte del adolescente de las medidas de higiene dental para el adolescente, ya que, no son capaces de realizarlas.⁴³(fig. 17).



FIGURA 17. Dificultad en la higiene bucal
(<http://www.deltadent.es/blog/wpcontent/uploads/2009/08/adolescente.jpg>.)

En esta etapa de la adolescencia existen riesgos y problemas dentales, en la cual los adolescentes no son lo suficiente conscientes ni maduros para tener la constancia necesaria del cuidado dental. El profesional de la salud bucal, padres y profesores deben de vigilar al adolescente haciendo revisiones o controles constantes del cuidado bucal.

Cada grupo de edad tiene sus motivaciones, los adolescentes, en general, son muy sensibles a su apariencia personal (fig. 18).⁴⁴

⁴² <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/2/1.htm>

⁴³ <http://www.deltadent.es/blog/2009/08/27/como-convencer-adolescentes-cuiden-dientes/>

⁴⁴ http://www.morapavic.cl/userfiles/dientes_oso.jpg



FIGURA 18. Motivaciones para la salud bucal
(http://www.morapavic.cl/userfiles/dientes_oso.jpg)

La mayoría de los adolescentes que se lavan los dientes, lo hacen para que no se pongan sucios y no tener mal aliento, pocos se cuidan la boca para evitar caries o problemas de encías.⁴⁴

Hay que ganarnos su atención enganchando el cuidado dental con la estética, ya que esos son los temas que les preocupan. Invitándoles a tener unos dientes sanos para tener una bonita sonrisa, estar más atractivos así como tener mayor confianza y autoestima.

COMO COMBATIR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ADOLESCENTES

Es muy importante saber cómo limpiarse los dientes con la máxima eficacia. El verdadero peligro lo representa la invisible acumulación de bacterias que crecen sobre y alrededor de los dientes, o sea, la placa. Afortunadamente la placa bacteriana se puede ver aplicando unas pastillas colorantes en la boca. Dichas pastillas tiñen la placa, no dejando ninguna duda sobre su presencia y posición (fig. 19)⁴⁵.



FIGURA 19. Placa bacteriana
(<http://www.iqb.es/gingiva/clientes/perio/prevenir.htm>)

⁴⁵ <http://www.iqb.es/gingiva/clientes/perio/prevenir.htm>

El dentista y la higienista dental deben establecer un programa de higiene bucal para cada individuo. Tal programa debe incluir instrucción sobre cómo cepillarse de un modo apropiado para no perjudicar ni a los dientes ni a las encías. El uso de la seda o cinta dental es la forma más adecuada para eliminar la placa bacteriana de entre los dientes que es un lugar difícil de alcanzar. Son en estos lugares donde se forman más comúnmente las bolsas periodontales. Por tal motivo, y para evitar su formación, merece la pena dominar la técnica de usar la seda dental aunque sea necesario emplear más tiempo en la higiene bucal.⁴⁶

El uso del cepillo interdental y los aparatos que irrigan agua a presión pueden suplementar las técnicas de higiene en áreas que son difíciles de alcanzar con otros métodos. Aunque estos irrigadores no remueven la placa, pueden, sin embargo, remover los restos de comida que pueden favorecer la formación de placa.

La higiene bucal diaria puede reducir a un mínimo la formación de la placa bacteriana y cálculo. Por medio de la higiene bucal no se puede eliminar el cálculo ya formado y adherido al diente que aparece en los bordes o por debajo de la encía. Sólo un dentista o una higienista pueden remover el cálculo. Dicha técnica se llama raspaje y se realiza con instrumentos especiales.⁴⁶

COMO AYUDAR AL ADOLESCENTE A MANTENER UNA SONRISA SALUDABLE

- La forma para que un adolescente mantenga una sonrisa saludable es mantener buenos hábitos bucales adquiridos durante la primera infancia. Cuando se utilice aparatos dentales u otro tratamiento ortodóncico, es importante:
- Cepillarse por lo menos dos veces al día con una crema dental con flúor para eliminar la placa, ya que esta es la causa principal de las caries dentales y de la enfermedad de las encías.
- Utilizar hilo dental para eliminar la placa depositada entre los dientes y debajo de la encía. Si la placa no se elimina diariamente es posible que se endurezca y se convierta en sarro (una acumulación amarillenta, dura y antiestética).
- Limitar el consumo de almidones y azúcares, especialmente, los alimentos pegajosos.
- Visitar al dentista regularmente para que le realice revisiones y limpiezas profesionales.⁴⁶

⁴⁶ http://www.colgate.es/oralcare/life_stages/art_bright_smile.shtml

PAPEL DEL EDUCADOR BUCAL

- Promover acciones para la prevención y control de enfermedades
- Sensibilizar a los integrantes de la comunidad en la necesidad de cambio de actitudes y prácticas a favor de la salud
- Incorporar a los vecinos que quieren ejecutar diferentes acciones en la comunidad, capacitarlos y orientar su trabajo
- Elaborar planes de acción que permitan desarrollar exitosamente las tareas
- Supervisar y asesorar el trabajo que se ejecuta
- Evaluar el resultado del trabajo, expresado en los cambios operados en los conocimientos, actitudes y prácticas
- Movilizar los recursos de la comunidad en apoyo a las labores que se realizan ⁴⁰

El educador debe de ser un buen comunicador pues en el trabajo de educar en salud a la población la comunicación desempeña un rol fundamental.

Los elementos fundamentales que componen el proceso de comunicación son:

- Fuente de información (emisor)
- Mensaje
- Receptor

La fuente de información puede ser una o más personas hablando, escribiendo, pintando, gesticulando; o un medio informativo como el periódico, la televisión, el radio, el cine, una tribuna, etc.

El mensaje puede ser verbal o extraverbal, siempre y cuando sea una señal capaz de ser interpretada correctamente por el perceptor.

El receptor de la información puede ser un individuo o grupo que recibe el mensaje por medio de los sentidos de la vista o el oído.⁴⁰

COMO PROMOVER LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Se ha recomendado aplicar programas de tipo preventivo que enfoquen las intervenciones hacia los grupos que potencialmente pudieran incurrir en conductas inadecuadas o problemas que afecten de alguna manera su salud; por ejemplo, aquellos que puedan llevarse a cabo en centros estudiantiles y áreas donde residan estos pobladores con riesgo.

En su labor educativa, el educador para la salud utiliza diferentes vías para lograr la comunicación, entre ellas: la entrevista, la discusión en grupo, la charla, la audiencia sanitaria y el círculo de interés.⁴⁷

Otras técnicas se han abierto paso por la importancia y los resultados obtenidos en cuanto a facilitar el aprendizaje, tales como: las técnicas afectivo-participativas, la creatividad y los juegos didácticos como herramientas fundamentales en esta tarea, en función de un tema específico, con un objetivo concreto y en dependencia de los participantes con los cuales se está trabajando.⁴⁸

⁴⁷ Salas MR, Sosa M. Programa educacional de salud bucodental para adolescentes "Una buena compañía. Mi salud." La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1997:5-10.

⁴⁸ Vinent M, Perrando Z, Bermejo C. Sanos para sonrisas felices. Buenos Aires: Municipal del Quilmas, 1997:2-15.

4 CONCLUSIONES

Si bien es cierto que la adolescencia se caracteriza por cambios conductuales, físicos, psicológicos y hormonales, también en la cavidad bucal se presentan cambios importantes que finalmente son el resultado del desarrollo físico y hormonal que caracteriza esta etapa de la vida y por otro lado, la presencia de alteraciones o enfermedades a nivel sistémico y bucal, que son el resultado de diversos factores de riesgo de carácter social, económico y cultural entre otros.

En esta etapa de la vida, termina el recambio dental ya que se integra la dentición permanente y durante el recambio se pueden presentar enfermedades periodontales.

A pesar de que la imagen física es un concepto de gran representatividad e importancia social, para el adolescente el cuidado bucal y dental sólo presenta una mínima participación dentro de este concepto. Para muchos adolescentes la higiene bucodental es vista generalmente como una acción de poca importancia, además de carecer de los conocimientos acerca del cuidado y los factores de riesgo para presentar enfermedades periodontales.

La participación de los padres es de gran importancia desde la niñez, haciendo énfasis en la adolescencia, motivando a sus hijos en una participación activa del cuidado de su salud.

Es importante destacar la importancia del cuidado bucodental que los adolescentes deben de tener en relación a un comportamiento, el cual estará determinado por la causa y efecto, si en esta etapa el adolescente está consciente de los riesgos que puede presentar en su salud bucodental, es probable que tenga una conducta positiva en relación a su propia higiene.

Finalmente el responsable directo de su propia salud bucal es el propio adolescente, pero asesorado por el educador para la salud, el cual tiene que diseñar estrategias asertivas para lograr tener éxito en los programas de salud dirigidos a grupos etáricos de adolescentes.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rusell AL Epidemiology of Periodontal disease. Int Dent J 17:282, 1967.
2. <http://definicion.de/adolescencia/12/02/10>
3. Engelmayer Otto. Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia. 1970. Buenos Aires. Editorial Kapelusz. Pág. 187-191
4. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex 2003; 45 supl 1:S132-S139.
5. http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html. 28/03/10
6. <http://bmedica.udea.edu.co/adolescencia/Documentos/LA%20ADOLESCENCIA%20EN%20LA%20HISTORIA.html>. 12/02/10
7. J. Stone y J. Church. Niñez y Adolescencia. 1973. Buenos Aires. Ediciones Hormé. Pág. 255-288
8. Christie, Deborah. "examen clínico: ABC de la adolescencia el desarrollo de los adolescentes".
9. Papalia, Diane. *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición. Pág. 608-613
10. Zavallovi, Roberto. *Biblioteca de la psicología*. Editorial Heder, Pág. 65-71
11. <http://www2.texaschildrenshospital.org/internetarticles/uploadedfiles/54.pdf>. 06/03/10
12. Riojas, María Teresa; Anatomía Dental; ed. Manual Moderno; 2006
13. http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia#Maduraci.C3.B3n_sexual. 04/03/10
14. <http://www.educasexo.com/adolescentes/cambios-fisicos-en-la-adolescencia.html>. 04/03/10
15. <http://psicologia.laguia2000.com/wp-content/uploads/2009/02/gstanley-hall-y-la-adolescencia.j>. 06/03/10
16. Engelmayer Otto. Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia. 1970. Buenos Aires. Editorial Kapelusz. Pág. 187-191

17. M Rodríguez Rigual. [Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia \(en español\)](#). An Pediatr 2003; 58: 104 - 106. Último acceso 19 de abril de 2008.
18. http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13048412. 13/03/10
19. Ruffer MA. Studies in the Paleopathology of Egypt. Chicago, University of Chicago Press, 1921.
20. Fermin A. Carranza, Periodontología Clínica; Ed. McGraw-Hill Interamericana Octava Edición.
21. Dabry P. La Medicine chez les Chinois. Paris, Plon, 1863.
22. Guerini V. History of Dentistry. Philadelphia. Lea & Febiger, 1909.
23. Castiglione A. History of Medicine. 2nd ed. New York. AA knopf. 1941.
24. Hippocrates. Works. Edited and translated by WHS Jones and ET Withington
25. Celsus A. De Medicina. Translated by WG Spencer, London, Heinemann, 1935-1938.
26. Shklar G. Stomatology and Dentistry in the golden age of Arabian medicine. Bull Hist Dent 17:17. 1969.
27. Vesalius S. De Humanis Corporis Fabrica. Basle. 1542. Reproduced in Facsimile, Brussels. Culture et Civilization. 1966.
28. Eustachius B. Libellus de Denibus. Venice, 1563. Reprinted in Facsimile. Vienna, Urban and Schwarzenberg, 1951.
29. Fauchard P. Le Chirurgien Dentiste ou Traite des Dents. París, J Maruette, 1728. Reprinted in Facsimile, Paris, Prélat, 1961. (An English translation by Lillian Lindsay appeared in 1946, published by Butterworth and Company, London.)
30. Koecker A. An essay on the devastation of the gums and the alveolar processes, Philadelphia J Med Phys Sci 2:282, 1821.
31. Gottlieb B. Der Epitelansatz am Zahn 39:142, 1921.
32. Fleischmann L. Gottlieb B. Beitrage zur Histologie und Pathogenese der Alveolarpyorrhoe. Z Stomatol 2:44, 1920.
33. Jan Lindhe; Periodontología Clínica e Implantología Odontológica Tercera Edición; Ed. Medica Panamericana; Madrid 2000.

34. Robert J. Genco; Periodoncia; Ed. Interamericana Mc Graw-Hill 1990, USA.
35. <http://www.geosalud.com/saluddental/index.html>. 12/02/10
36. <http://michaelisdentistry.com/sitebuilder/images/gingivitis-267x277.jpg>). 17/03/10
37. www.coelaguna.com.mx/peridontal.php 14/03/10
38. www.perio.org/consumer/mbc.sp.baby.htm 17/03/10
39. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=40441>. 13/03/10
40. Morgado Marrero Delsa E.; El ABC de un buen promotor de la salud; Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba y Canadian Urban Institute, 2004.
41. Restrepo HE. Promoción de salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en salud pública. Educ Méd Salud 1995;29 (1):76-91
42. Everett B. Hancock; Prevención periodontal; Departament of odontology. School of dentistry. Indianápolis, Indiana.
43. <http://www.uv.es/medicina-oral/Docencia/atlas/2/1.htm>. 05/04/10
44. <http://www.deltadent.es/blog/2009/08/27/como-convencer-adolescentes-cuiden-dientes/>. 16/03/10
45. http://www.morapavic.cl/userfiles/dientes_oso.jpg. 16/03/10
46. <http://www.iqb.es/gingiva/clientes/perio/prevenir.htm>. 16/03/10
47. http://www.colgate.es/oralcare/life_stages/art_bright_smile.shtml. 05/04/10
48. Salas MR, Sosa M. Programa educacional de salud bucodental para adolescentes "Una buena compañía. Mi salud." La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1997:5-10.
49. Vinent M. Perrando Z, Bermejo C. Sanos para sonrisas felices. Buenos Aires: Municipal del Quilmas, 1997:2-15.

6 ANEXO

¿ENFERMEDAD PERIODONTAL?



¿SABES QUE ENFERMEDADES PUEDEN APARECER EN TUS ENCÍAS?

La gingivitis:

- Inflamación de las encías con presencia de sangrado

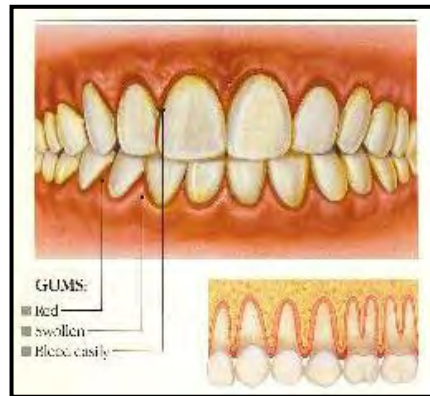
Periodontitis:

- Inflamación de las encías
- Presencia de sangrado

- Presencia de pus
- Pérdida de hueso
- Movilidad dental
- Mal aliento

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL?

Es una enfermedad bucal que afecta los tejidos de soporte del diente.



¿QUÉ PROVOCA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL?

La enfermedad periodontal es provocada por los siguientes factores:

- La acumulación de alimentos en la superficie dental
- Mala técnica de cepillado
- Cambios hormonales
- Fumar



¿QUIÉNES SON MÁS PROPENSOS A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL?

La enfermedad periodontal se presenta en todas las etapas de la vida humana, pero principalmente en adolescentes y personas de la tercera edad.



¿COMO IDENTIFICAS SI PADECES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL?

- Encías blandas, inflamadas o rojizas.
- Sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental.
- Encías que se desprenden de los dientes
- Dientes flojos o separados
- Pus entre la encía y el diente
- Mal aliento continuo.

¿CÓMO EVITAR ESTA ENFERMEDAD?

- Llevando a cabo una buena técnica de cepillado.
- Acudir al dentista cada 6 meses.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFERMEDAD PERIODONTAL

ALUMNO: MENDOZA PINEDA ALFREDO
MTRA. LEONOR OCHOA GARCÍA
C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

MAYO 2010