

879522

INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

25

24



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIAGNOSTICO DE LA
ENFERMEDAD PARODONTAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUIS FERNANDO TORRES ESTRADA

TESIS CON
PALLA DE ORIGEN

CHIHUAHUA, CHIH.,

1992





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 está 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.

Í N D I C E

P Á G.

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN+++++ | 6 |
| CAPÍTULO I DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL+++++ | 9 |
| CAPÍTULO II CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL+++++ | 40 |
| CAPÍTULO III CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL+++++ | 50 |
| CAPÍTULO IV MEDIDAS QUE SE LLEVAN A CABO PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD- PARODONTAL+++++ | 63 |
| CONCLUSIONES+++++ | 86 |
| BIBLIOGRAFÍA+++++ | 90 |

I N T R O D U C C I Ó N

CON EL NOMBRE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SE CONOCEN DIVERSAS CONDICIONES PATOLÓGICAS POR LA PRODUCCIÓN DE INFLAMACIÓN O DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

PROBABLEMENTE EL 75-85% DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES QUE SE OBSERVAN, SE DEBEN EN PRIMER LUGAR A FACTORES IRRITATIVOS LOCALES QUE SE PUDIERON HABER EVITADO CON LA ADECUADA HIGIENE BUCAL (HIGIENE DEL PACIENTE, REMOCIÓN DE TODOS LOS FACTORES IRRITATIVOS POR PARTE DE NOSOTROS). LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL PUEDEN SER CURADOS Y MANTENIDOS EN BUEN ESTADO DE SALUD, SI SE LLEVAN A CABO TODAS LAS MEDIDAS DE HIGIENE RECOMENDABLES.

EL ELEVADO PREDOMINIO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES EXISTENTES, ES UNA DE LAS PARADOJAS DE LA ODONTOLOGÍA, YA QUE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DISPONIBLES PARA CONTROLAR ESTA AFECCIÓN SON MÁS SENCILLAS Y EFICACES QUE LAS QUE HAY PARA CUALQUIER OTRA

CRÓNICA.

SEGÚN LAS ESTADÍSTICAS, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES LA CAUSA PRINCIPAL DE LA PÉRDIDA DE DIENTES EN LA POBLACIÓN ADULTA. DESPUES DE LOS 35 AÑOS. APROXIMADAMENTE DEL 60 al 70% DE LOS DIENTES PERDIDOS EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA, DESPUÉS DE LOS 40 AÑOS ES POR CAUSA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. EN LA INDIA EL 80% DE LOS DIENTES EXTRAÍDOS ES DEBIDO A LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES. SE HA DEMOSTRADO QUE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES LA CAUSA DE APROXIMADAMENTE EL 50% DE LA PÉRDIDA DENTARIA TOTAL, DESPUÉS DE LOS 15 AÑOS; LA CARIES, EL 37%, Y EL RESTO SE PIERDE EN OTRAS CAUSAS COMO ACCIDENTES, RETENCIONES, RAZONES PROTÉSICAS Y ORTODÓNTICAS.

COMO SE PUEDE OBSERVAR, LA MAYOR PÉRDIDA DE DIENTES ES DEBIDO A LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, Y NO ES UNA ENFERMEDAD EXCLUSIVAMENTE DE ADULTOS.

LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, SE PUEDE LLEVAR A CABO MEDIANTE UN PROGRAMA DE COOPERACIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y EL PACIENTE PARA LA PRESER-

VACIÓN DE LA DENTADURA NATURAL, PREVIENIENDO EL COMIENZO, EL AVANCE Y LA REPETICIÓN DE LA ENFERMEDAD.

LA PERIODONCIA PREVENTIVA CONSISTE EN MUCHOS FACTORES O PROCEDIMIENTOS INTERRELACIONADOS. EL CONTROL DE PLACA BACTERIANA ES SIN DUDA EL ENFOQUE MÁS LÓGICO-PARA EL CONTROL O PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, Y PODRÍA LLEVAR PRACTICAMENTE LA DESAPARICIÓN TOTAL DE LA ENFERMEDAD.

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

EL DIAGNÓSTICO, COMO EN OTROS CAMPOS, DEPENDE DE LOS DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS. EL DIAGNÓSTICO DEMANDA UNA COMPRESIÓN DE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS SUBYACENTES Y SU ETIOLOGÍA. EL DIAGNÓSTICO NOS SIRVE PARA CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES.

EL DIAGNÓSTICO PERIODÓNTICO, LO DIVIDIMOS EN:

- 1.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO.
- 2.- DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO.

1.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

ES AQUEL QUE SE BASA EN EL EXAMEN CLÍNICO MINUCIOSO DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES Y DE LA CAVIDAD BUCAL EN GENERAL, ASÍ COMO UNA EVALUACIÓN SOMERA DEL EXAMEN SISTEMÁTICO Y DIRIGIDO A OBTENER UNA CANTIDAD MÁXIMA -

DE INFORMACIÓN SIN INCURRIR EN REPETICIONES NI HACER--
PREGUNTAS SIN OBJETO.

EL EXAMEN CLÍNICO CONSISTE EN: a.- INTERROGATORIO DEL PACIENTE; b.- BÚSQUEDA, DETECCIÓN Y ANOTACIÓN DE - LOS HALLAZGOS CLÍNICOS DE INTERÉS, PARA ELLO SON DE EX TREMA UTILIDAD LAS FICHAS CLÍNICAS BIEN PLANEADAS QUE- ORIENTAN LA BÚSQUEDA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS Y PERMITEN - UNA LABOR ORDENADA.

SE DEBERÁ REALIZAR PRIMERAMENTE EL INTERROGATORIO AL PACIENTE, DEL CUAL OBTENEMOS INFORMACIÓN DE GRAN VA LOR, MUCHAS DE LAS VECES ORIENTADO EN UNA DIRECCIÓN IG NORADA POR EL PACIENTE.

EN EL INTERROGATORIO SE BUSCARÁ:

1.- DATOS PERSONALES: NOMBRE, DIRECCIÓN, EDAD, SEXO, - ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN, TELÉFONO.

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: PUEDE TRATARSE DE UN CASO - DE EMERGENCIA CON DOLOR AGUDO, SE DEBERÁ DE ENFOCAR EL TRATAMIENTO INMEDIATO A ESTE PROBLEMA, DEJANDO EL EXA- MEN PARA OTRA CITA POSTERIOR, CUANDO NO SE TRATE DE UN CASO URGENTE, SE PROCEDERÁ A HACER EL ESTUDIO CLÍNICO- COMPLETO ANOTANDO LA DESCRIPCIÓN BREVE Y CON LAS PRO--

FIAS PALABRAS DEL PACIENTE DEL SÍNTOMA O SÍNTOMAS QUE LO HA TRAÍDO A LA CONSULTA.

3.- ANTECEDENTES DEL ESTADO ACTUAL:

- a).- FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA.
- b).- FRECUENCIA DE TRATAMIENTOS PROFILÁCTICOS.
- c).- NÚMERO DE EXTRACCIONES, FECHAS Y CAUSAS.
- d).- TRATAMIENTOS PERIODONTALES ANTERIORES.
- e).- SÍNTOMAS PERIODONTALES ANTERIORES.
- f).- TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS.
- g).- TRATAMIENTOS PROSTODÓNTICOS.
- h).- HIGIENE ORAL: NÚMERO DE CEPILLADOS POR DÍA, MÉTODO DE CEPILLADO, TIPO DE CEPILLO, FRECUENCIA DE SU CAMBIO.

SE PROCEDERÁ AL EXAMEN CLÍNICO GINGIVAL EN BUSCA DE ALTERACIONES DE:

FORMA, TAMAÑO, COLOR, CONSISTENCIA, ESPESOR Y -- PRESENCIA DE SECRECIONES QUE DENOTEN UNA DESVIACIÓN -- DE LA NORMALIDAD, SE DEBERÁ DE SONDEAR PARA DETECTAR-- O COMPROBAR LA PRESENCIA DE BOLSAS PERIODONTALES Y RE GISTRARLAS CON SU PROFUNDIDAD.

a).- COLOR DE LA ENCÍA:

POR LO GENERAL EL COLOR DE LA ENCÍA ES DE UN CO--
LOR ROSA CORAL, PRODUCIDO POR EL APORTE SANGUÍNEO, EL-
ESPESOR Y EL GRADO DE QUERATINIZACIÓN DEL EPITELIO Y -
LA PRESENCIA DE CÉLULAS QUE CONTIENEN PIGMENTACIONES,-
ES POR ESO QUE SE HACE MÁS ROJA CUANDO AUMENTA LA VAS-
CULARIZACIÓN Y DISMINUYE EL GROSOR O LA QUERATINIZA---
CIÓN DEL EPITELIO. EL COLOR DE LA ENCÍA SE HACE MÁS-
PÁLIDO CUANDO SE REDUCE LA VASCULARIZACIÓN Y AUMENTA -
LA QUERATINIZACIÓN DEL EPITELIO.

EL COLOR DE LA ENCÍA VARÍA SEGÚN LAS PERSONAS, Y-
SE ENCUENTRA RELACIONADO CON LA PIGMENTACIÓN CUTÁNEA.
ES MÁS CLARO EN INDIVIDUOS RUBIOS DE TEZ BLANCA QUE -
EN TRIGUEÑOS DE TEZ MORENA.

DENTRO DE LAS VARIACIONES NORMALES DE COLORACIÓN
DE LA ENCÍA SE ENCUENTRA: MARRÓN NEGRUZCA O AZULADA--
MÁS O MENOS INTENSA LOCALIZADA EN LA ENCÍA INSERTADA,-
PERO QUE EN ALGUNOS CASOS PUEDE LLEGAR AL MARGEN Y ES-
DEBIDO A LA PRESENCIA DE MELANINA. ESTA EXISTE EN TO
DOS LOS INDIVIDUOS, CON FRECUENCIA EN CANTIDADES INSU-

FICIENTES PARA SER DETECTADA CLÍNICAMENTE, ES MÁS ACENTUADA EN LOS NEGROS.

FRECUENTEMENTE, EL SIGNO CLÍNICO INICIAL DE LA INFLAMACIÓN ES UN CAMBIO DE COLORACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL.

LA INFLAMACIÓN CRÓNICA QUE ES LA CAUSA MÁS COMÚN-
COMIENZA CON UN RUBOR MUY LEVE PASANDO POR UNA GAMA DE
DIVERSOS COLORES DE ROJO, AZUL ROJIZO, AZUL OSCURO,--
LOS CAMBIOS APARECEN EN LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y -
SE EXTIENDEN HACIA LA ENCÍA INSERTADA.

EL RUBOR INICIAL ES PRODUCIDO POR LA DILATACIÓN -
DE CAPILARES Y AUMENTO DEL FLUJO SANGUÍNEO.

LA INTENSIFICACIÓN DEL COLOR ROJO ES CONSECUENCIA
DE LA PROLIFERACIÓN CAPILAR, LA FORMACIÓN DE NUMEROSAS
ASAS CAPILARES Y EL DESARROLLO DE ANASTOMOSIS ENTRE ART
TERIAS Y VÉNULAS.

CUANDO LA INFLAMACIÓN ES CRÓNICA, LOS VASOS SAN--
GUÍNEOS SE INGURGITAN Y CONGESTIONAN, EL RETORNO VENO-

SÓ ESTÁ DIFICULTADO Y EL FLUJO SANGUÍNEO SE ESPESA, --
PRODUCIENDO UNA ANOXEMIA DE LOS TEJIDOS QUE AÑADE UN -
TINTE AZULADO A LA ENCÍA ENROJECIDA.

LA INFLAMACIÓN AGUDA PRESENTA UNA ERITEMA ROJO --
BRILLANTE, SI EL ESTADO NO EMPEORA ESTE SERÁ EL ÚNICO-
CAMBIO DE COLOR, SI SUCEDE LO CONTRARIO EL COLOR ROJO-
SE TRANSFORMA EN GRIS PIZARRA BRILLANTE, QUE POCO A PO
CO SE TRANSFORMA EN GRIS BLANQUECINO OPACO POR LA CON-
GESTIÓN Y REDUCCIÓN DE QUERATINIZACIÓN CON ADELGAZA---
MIENTO DEL EPITELIO. LA COLORACIÓN GRISÁCEA ES PRODU
CIDA POR LA NECROSIS DEL TEJIDO.

LA ENCÍA PUEDE PRESENTAR CAMBIOS DE COLOR DEBIDO-
A FACTORES GENERALES O LOCALES ENTRE LOS QUE SE ENCUEN
TRAN, EN LA ENFERMEDAD DE ADDISON PRESENTA PARCHES AIS
LADOS DE COLOR PARDO O NEGRO. EN LA ANEMIA LA ENCÍA-
ADQUIERE UN TONO OPACO PÁLIDO Y DIFUSO. EN LA LEUCE-
MIA LA ENCÍA ES DE COLOR AZUL PÚRPERO CIANÓTICO OSCU-
RO. LAS DEFICIENCIAS EN EL COMPLEJO VITAMÍNICO "B" -
ORIGINAN UNA COLORACIÓN ROJO AZULADA DIFUSA O ROJA IN-
TENZA EN LA ENCÍA Y EL RESTO DE LA MUCOSA BUCAL. EN-

EL EMBARAZO SE PRODUCE UNA COLORACIÓN ROJO FRAMBUESA O DIFUSO. EN LA DIABETES SE PRESENTA UN TONO VIOLÁCEO.

b).- CONTORNO DE LA ENCÍA:

EL CONTORNO DE LA ENCÍA VARÍA CONSIDERABLEMENTE-- DEPENDIENDO DE LA FORMA Y ALINEACIÓN DE LOS DIENTES EN EL ARCO DENTARIO, DE LA LOCALIZACIÓN Y EL ÁREA DE CONTACTO, LA ENCÍA MARGINAL RODEA A LOS DIENTES EN FORMA DE COLLAR Y SIGUE LAS ONDULACIONES DE LAS SUPERFICIES-VESTIBULARES Y LINGUALES. LA ENCÍA INTERDENTARIA ESTÁ REGIDA POR EL CONTORNO DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES, LA LOCALIZACIÓN Y LA FORMA DE LAS ÁREAS DE CONTACTO. ÉSTA DEBE DE LLENAR EL ESPACIO INTERDENTARIO HASTA EL PUNTO DE CONTACTO. EL MARGEN DEBE TERMINAR SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE EN FORMA AFILADA.

ESTE CONTORNO ESTÁ ALTERADO POR LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA, INICIALMENTE ES LEVE ESTA INFLAMACIÓN Y SUELE SER LOCALIZADA EN LA PAPILA GINGIVAL Y LUEGO EN EL MARGEN TOMANDO UN ASPECTO REDONDEADO.

EL AUMENTO DE TAMAÑO, LLAMADO CLÍNICAMENTE AGRAN-

ÑAMIENTO GINGIVAL, PRODUCE LESIONES DE DISTINTO CARÁCTER QUE PUEDE LLEGAR A CUBRIR PARCIALMENTE O TOTALMENTE LA CORONA DE LOS DIENTES CREANDO BOLSAS FALSAS O -- REALES.

CUANDO EL TAMAÑO DE LA ENCÍA SE REDUCE SE PRODUCE UNA RESECCIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL, ESTO SE REDUCE COMO LA EXPOSICIÓN PROGRESIVA DE LA SUPERFICIE RADICULAR -- PRODUCIDA POR EL DESPLAZAMIENTO APICAL DE LA POSICIÓN DE LA ENCÍA, ESTE CAMBIO DE CONTORNO ESTÁ INFLUENCIADO POR LA POSICIÓN DE LOS DIENTES EN EL ARCO, LA ANGULA-- CIÓN DE LA RAÍZ EN EL HUESO Y LA CURVATURA MESIODISTAL DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS. LA CONSECUENCIA DE LA RESECCIÓN SON: LAS RAÍCES EXPUESTAS SON SUSCEPTIBLES A LA CARIES DENTAL, EL DESGASTE DEL CEMENTO EXPUESTO-- DEJA A LA SUPERFICIE DENTARIA SUBYACENTE, AL DESCUBIER TO, LA CUAL ES EN EXTREMO SENSIBLE AL TACTO, SE PUEDE PRODUCIR UNA HIPEREMIA PULPAR DEBIDO A LA EXPOSICIÓN-- DE LA SUPERFICIE RADICULAR.

c).- CONSISTENCIA DE LA ENCÍA:

LA CONSISTENCIA DE LA ENCÍA ES FIRME Y RESILENTE-

Y, CON EXCEPCIÓN DEL MARGEN LIBRE MOVIBLE, ESTÁ FUERTE MENTE UNIDA AL HUESO SUBYACENTE, LA NATURALEZA COLÁGENA DE LA LÁMINA PROPIA Y SU CONTIGÜIDAD AL MUCOPEROSTIO DEL HUESO ALVEOLAR DETERMINAN LA CONSISTENCIA FIRME DE LA ENCÍA INSERTADA, LAS FIBRAS GINGIVALES CONTRIBUYEN A LA FIRMEZA DEL MARGEN GINGIVAL. SU ASPECTO--SUPERFICIAL ES OPACO, PUNTEADO EN LA ENCÍA INSERTADA Y LISO EN LA ENCÍA MARGINAL. LA PRESENCIA DE CAMBIOS -INFLAMATORIOS PRINCIPALMENTE EL EDEMA, LA TORNA BLANDA Y DESPRENDIBLE Y HACE DESAPARECER EL PUNTEADO GINGIVAL LA DISMINUCIÓN DE QUERATINIZACIÓN LA TRANSFORMA DE OPA CA A BRILLANTE. ALGUNAS LESIONES QUE AUMENTAN LA FIBROSIS GINGIVAL, HACEN A LA ENCÍA MÁS DURA Y AUMENTA -EL PUNTEADO HACIENDO QUE ESTE SE TRANSFORME EN LÓBULOS

d).- SURCO GINGIVAL:

EL SURCO GINGIVAL ES UNA HENDIDURA O ESPACIO POCO PROFUNDO ALREDEDOR DEL DIENTE, CUYOS LÍMITES SON POR -UN LADO LA SUPERFICIE DEL DIENTE Y POR EL OTRO EL EPI-TELIO QUE TAPIZA AL MARGEN LIBRE DE LA ENCÍA. TIENE--FORMA DE V Y ESCASAMENTE PERMITE LA ENTRADA DE UNA SON DA PERIODONTAL. LA PROFUNDIDAD DEL SURCO ES DE 1-2mm

EN LAS CARAS LIBRES Y DE 2-3mm. EN LAS CARAS PROXIMALES. EL AUMENTO EN LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL, POR CAUSAS PATOLÓGICAS LO TRANSFORMA EN BOLSA,-- ÉSTAS PUEDEN SER:

BOLSAS GINGIVALES:

QUE ES LA QUE ESTÁ FORMADA POR EL AGRANDAMIENTO-GINGIVAL SIN DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES SUBYACENTES, EL SURCO GINGIVAL SE PROFUNDIZA DEBIDO - AL AUMENTO DE VOLUMEN DE LA ENCÍA.

BOLSAS PERIODONTALES:

ES CUANDO SE PRESENTA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE. LA COMPROBACIÓN DE LAS -- BOLSAS ES UN PASO IMPORTANTE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA- ENFERMEDAD PERIODONTAL. SE REALIZA CON UNA SONDA PE- RIODONTAL, SE HACE INTRODUCIENDO LA SONDA EN FORMA -- VERTICAL HASTA EL FONDO DE LA BOLSA MANTENIÉNDOLA CON- TRA EL DIENTE Y RECORRIÉNDOLA A "SALTITOS" POR TODA - LA CARA A EXPLORAR, SE DEBERÁ DE USAR TACTO SUAVE Y - DELICADO, YA QUE EL FONDO DE LA BOLSA ES DE TEJIDO -- BLANDO, DEBERÁ DE EXPLORAR LAS CUATRO CARAS DEL DIEN- TE Y ANOTAR LOS HALLAZGOS.

EL EXAMEN DE LA BOLSA SE DEBE DE HACER EN FORMA-SISTEMÁTICA Y ORDENADA DE MODO QUE:

- a.- COMPROBAR SU PRESENCIA Y DISTRIBUCIÓN EN CADA CARA DEL DIENTE.
- b.- DETERMINAR SU PROFUNDIDAD.
- c.- ESTABLECER EL NIVEL DE INSERCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES SOBRE LA RAÍZ DEL DIENTE.

LOS SIGNOS CLÍNICOS DE LAS BOLSAS PERIODONTALES--SON:

- 1.- ENCÍA MARGINAL ROJO-AZUL, AGRANDADA, CON UNBORDE ENROLLADO, SEPARADO DE LA SUPERFICIE--DENTARIA.
- 2.- UNA ZONA VERTICAL AZUL-ROJIZA, DESDE EL MARGEN GINGIVAL HASTA LA ENCÍA INSERTADA.
- 3.- UNA ROTURA DE LA CONTINUIDAD VESTÍBULO-LINGUAL DE LA ENCÍA INTERDENTARIA.
- 4.- ENCÍA BRILLANTE, HINCHADA Y CON CAMBIOS DE --COLOR, ASOCIADA A SUPERFICIES RADICULARES EX PUESTAS.

5.- SANGRADO GINGIVAL.

6.- EXUDADO PURULENTO EN EL MARGEN GINGIVAL, O SU APARICIÓN AL HACER PRESIÓN DIGITAL SOBRE LA SUPERFICIE LATERAL DEL MARGEN GINGIVAL.

7.- MOVILIDAD, EXTRUSIÓN Y MIGRACIÓN DE DIENTES.

8.- APARICIÓN DE DISTEMAS EN DONDE NO LOS HABÍA.

EL SURCO GINGIVAL NO DEBE DE PRESENTAR SECRECIÓN NI HEMORRAGIA ALGUNA AL SONDEO CUIDADOSO. LA INFLAMACIÓN GINGIVAL CON ADELGAZAMIENTO MARCADO DEL EPITELIO DE LA VERTIENDE INTERNA DE LA BOLSA, HACE QUE ESTA SANGRE CON FACILIDAD EN RESPUESTA AL SONDEO O A ESTÍMULOS NORMALES INOCUOS COMO EL CEPILLADO DE DIENTES O LA MASTICACIÓN DE COMIDAS DURAS, CUANDO EL EPITELIO INTERNO SE ENCUENTRA ULCERADO, LA HEMORRAGIA PUEDE SER ESPONTÁNEA.

SE DEBE DE INCLUIR EN LA HISTORIA CLÍNICA LA PRESENCIA DE CÁLCULOS, MATERIA ALBA Y PLACA BACTERIANA, - MEDIANTE EL USO DE SUSTANCIAS REVELADORAS, SE DEBE HACER UNA EVALUACIÓN DEL ESTADO HIGIÉNICO DE LA BOCA DEL PACIENTE. SE DETERMINA SI EXISTEN CÁLCULOS, MAL POSI

CIONES DENTARIAS, OBTURACIONES INCORRECTAS QUE ESTÁN--
FAVORECIENDO A LA RETENCIÓN DE LOS ALIMENTOS, VAMOS A--
VER SI EXISTE MOVILIDAD DENTARIA, TOMANDO AL DIENTE --
CON UNA PINZA PARA ALGODÓN, LO TRATAMOS DE MOVER HACIA
TODAS LAS DIRECCIONES POSIBLES.

e).- LIGAMENTO PERIODONTAL:

EL LIGAMENTO PERIODONTAL, ES LA ESTRUCTURA DEL TE
JIDO CONECTIVO QUE RODEA Y UNE A LA RAÍZ DEL DIENTE --
CON EL HUESO, ES UNA CONTINUACIÓN DE TEJIDO CONECTIVO--
DE LA ENCÍA Y SE COMUNICA CON LOS ESPACIOS MEDULARES A
TRAVÉS DE CONDUCTOS VASCULARES DEL HUESO. LOS ELEMEN
TOS MÁS IMPORTANTES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON LAS--
FIBRAS PRINCIPALES QUE SON COLÁGENAS, DISPUESTAS EN HA
CES Y SIGUEN UN RECORRIDO ONDULADO CUANDO SE LES VE EN
CORTES LONGITUDINALES. LA MICROSCOPIA HA REVELADO, --
QUE HAY UNA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE LAS FIBRAS COLÁGE--
NAS Y LOS FIBROBLASTOS. LOS EXTREMOS DE LAS FIBRAS --
PRINCIPALES QUE SE INSERTAN EN EL CEMENTO Y HUESO SE --
DENOMINAN FIBRAS DE SHARPEY.

GRUPO DE FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIO--
DONTAL:

a.- GRUPO DE LA CRESTA ALVEOLAR:

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN OBLICUAMENTE DESDE EL--
CEMENTO INMEDIATAMENTE DEBAJO DEL EPITELIO DE UNIÓN --
HASTA LA CRESTA ALVEOLAR. SU FUNCIÓN ES EQUILIBRAR --
EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS MÁS APICALES, AYUDAM
DO A MANTENER EL DIENTE DENTRO DEL ALVÉOLO Y RESISTIR--
LOS MOVIMIENTOS LATERALES DEL DIENTE.

b.- FIBRAS OBLICUAS:

ES EL GRUPO MÁS GRANDE DEL LIGAMENTO PERIODONTAL,
SE EXTIENDE DESDE EL CEMENTO, EN DIRECCIÓN CORONARIA,-
EN SENTIDO OBLICUO RESPECTO AL HUESO. SOPORTAN EL --
GRUESO DE LAS FUERZAS MASTICATORIAS Y LA TRANSFORMAN -
EN TENSIÓN SOBRE EL HUESO ALVEOLAR.

c.- FIBRAS HORIZONTALES:

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN PERPENDICULARMENTE AL -
EJE MAYOR DEL DIENTE, DESDE EL CEMENTO AL HUESO ALVEO-
LAR. SU FUNCIÓN ES LA DE IMPEDIR LOS MOVIMIENTOS LA-
TERALES.

d.- FIBRAS TANSEPTALES:

SE EXTIENDEN INTERPROXIMALMENTE SOBRE LA CRESTA--
ALVEOLAR Y SE INCLUYEN EN EL CEMENTO DE DIENTES VECI--
NOS, LAS FIBRAS TANSEPTALES CONSTITUYEN UN HALLAZGO--
NOTABLEMENTE CONSTANTE. SE RECONSTRUYEN INCLUSO UNA--
VEZ PRODUCIDA LA DESTRUCCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR EN LA--
ENFERMEDAD PERIODONTAL.

e.- FIBRAS APICALES:

EL GRUPO APICAL DE FIBRAS SE IRRADIAN DESDE EL CE--
MENTO HACIA EL HUESO, EN EL FONDO DEL ALVÉOLO. NO LO
HAY EN RAÍCES INCOMPLETAS.

f.- OTRAS FIBRAS:

OTRAS HACES DE FIBRAS BIEN FORMADAS SE INTERDIGI--
TAN EN ÁNGULOS RECTOS O SE EXTIENDEN SIN MAYOR REGULA--
RIDAD ALREDEDOR DE LOS HACES DE FIBRAS DE DISTRIBUCIÓN
ORDENADA Y ENTRE ELLOS MISMOS.

EN EL TEJIDO CONECTIVO INTERSTICIAL, ENTRE LOS --
GRUPOS DE FIBRAS PRINCIPALES, SE HALLAN FIBRAS COLÁGE--
NAS DISTRIBUIDAS CON MAYOR REGULARIDAD, QUE CONTIENEN--
VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOS. OTRAS FIBRAS

DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON LAS FIBRAS ELÁSTICAS, ---
QUE SON RELATIVAMENTE POCAS Y FIBRAS OXITALÁNICA (ÁCI-
DO RESISTENTE), QUE SE DISPONEN PRINCIPALMENTE ALREDE-
DOR DE LOS VASOS Y SE INSERTAN EN EL CEMENTO DEL TER--
CIO CERVICAL DE LA RAÍZ.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL:

FÍSICAS:

TRANSMISIÓN DE FUERZAS OCLUSALES AL HUESO; INSE-
CIÓN DEL DIENTE AL HUESO; MANTENIMIENTO DE LOS TEJIDOS
GINGIVALES EN SUS RELACIONES ADECUADAS CON LOS DIENTES
RESISTENCIA AL IMPACTO DE LAS FUERZAS OCLUSALES (ABSOR-
CIÓN DEL CHOQUE) Y PROVISIÓN DE UNA "ENVOLTURA DE TEJ_I
DO BLANDO" PARA PROTEGER LOS VASOS Y LOS NERVIOS DE LE
SIONES PRODUCIDAS POR FUERZAS MECÁNICAS.

FORMATIVA:

EL LIGAMENTO CUMPLE LAS FUNCIONES DEL PERIOSTIO -
PARA EL CEMENTO Y EL HUESO. LAS CÉLULAS DEL LIGAMEN-
TO PERIODONTAL, PARTICIPAN EN LA FORMACIÓN Y RESORCIÓN
DE ESTOS TEJIDOS, FORMACIÓN Y RESORCIÓN QUE SE PRODUCE
DURANTE LOS MOVIMIENTOS FISIOLÓGICOS DEL DIENTE. EN-
LA ADAPTACIÓN DEL PERIODONCIO A LAS FUERZAS OCLUSALES-

Y EN LA REPARACIÓN DE LAS LESIONES.

AL IGUAL QUE TODAS LAS ESTRUCTURAS DEL PERIODON--
CIO, EL LIGAMENTO PERIODONTAL SE REMODELA CONSTANTEMEN--
TE, LAS CÉLULAS Y FIBRAS VIEJAS SON DESTRUIDAS Y REEM--
PLAZADAS POR OTRAS NUEVAS Y ES POSIBLE OBSERVAR ACTIVI
DAD MITÓTICA EN LOS FIBROBLASTOS Y CÉLULAS ENDOTELIA--
LES.

FUNCIONES NUTRICIONALES Y SENSORIALES:

EL LIGAMENTO PERIODONTAL, PROVEE DE ELEMENTOS NU--
TRITIVOS AL CEMENTO, HUESO Y ENCÍA MEDIANTE VASOS SAN--
GUÍNEOS Y PROPORCIONA DRENAJE LINFÁTICO. LA INERVA--
CIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, CONFIERE SENSIBILIDAD--
PROPIOCEPTIVA Y TÁCTIL, QUE DETECTA Y LOCALIZA FUERZAS
EXTRAÑAS QUE ACTÚAN SOBRE LOS DIENTES Y DESEMPEÑA UN -
PAPEL IMPORTANTE EN EL MECANISMO NEUROMUSCULAR QUE CON
TROLA LA MUSCULATURA MASTICATORIA.

EL LIGAMENTO PERMANECE SANO MIENTRAS EXISTA UNA -
BUENA RELACIÓN DE OCLUSIÓN Y UNA FUNCIÓN MASTICATORIA--
NORMAL, CUANDO LA FUNCIÓN SE INTERRUMPE O DISMINUYE SE
PRODUCEN MANIFESTACIONES EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y
EN EL HUESO DE SOPORTE.

EL ESFUERZO GENERADO POR LOS HÁBITOS DE APRETA---
MIENTO DENTARIO, Y EL BRUXISMO SON AGENTES DE PRODUC--
CIÓN DE FUERZAS TRAUMÁTICAS OCASIONANDO MODIFICACIONES
EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL.

f.- CEMENTO:

ES EL TEJIDO MESENQUIMATOSO CALCIFICADO, QUE CU--
BRE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES Y PROVEE INSERCIÓN O AN--
CLAJE A LAS FIBRAS PERIODONTALES.

HISTOLÓGICAMENTE HAY DOS TIPOS DE CEMENTO EN EL -
DIENTE:

CEMENTO ACELULAR (PRIMARIO).

LAS FIBRAS DE SHARPEY OCUPAN LA MAYOR PARTE DE SU
ESTRUCTURA, QUE DESEMPEÑA UN PAPEL PRINCIPAL EN EL SOS
TEN DEL DIENTE. CUBRE LA MITAD CORONARIA DE LA RAÍZ.

CEMENTO CELULAR (SECUNDARIO).

ESTÁ MENOS CALCIFICADO QUE EL ACELULAR. CUBRE -
LA MITAD APICAL DEL DIENTE.

EL CEMENTO ACELULAR Y CELULAR SON COMPUESTOS POR--
UNA MATRIZ INTERFIBRILAR, CALCIFICADA DE FIBRAS COLÁGE
NAS.

EL ESPESOR DEL CEMENTO, ES MÍNIMO EN LA ZONA CERVICAL, Y VA AUMENTANDO HACIA EL ÁPICE, LOS ESPESORES-- MÁXIMOS SE ENCUENTRAN EN LAS ZONAS APICALES Y EN LAS FURCACIONES.

LAS MODIFICACIONES DEL CEMENTO DENTAN EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, ES UN DESPRENDIMIENTO PARCIAL O COMPLETO DE PORCIONES PEQUEÑAS DE CEMENTO, DEBIDO A LA GRAN FUERZA OCLUSAL EJERCIDA SOBRE EL DIENTE, ESTE TIPO DE LESIONES SE REPARAN Y LA SUPERFICIE DENTAL SE RECUBRE DE NUEVAS CAPAS DE CEMENTO.

LESIÓN CEMENTARIA:

PUEDE SER POR CAUSAS LOCALES O GENERALES; COMO MOVIMIENTOS ORTODÓNTICOS, QUISTES, TUMORES, DIENTES INCLUIDOS, LESIONES PERIAPICALES, O INFECCIOSAS COMO TUBERCULOSIS, NEUMONÍAS, DISMINUCIÓN DE CALCIO, DE VITAMINA "D", VITAMINA "A", HIPOTIROIDISMO, ENFERMEDAD DE PAGET.

SE PUEDE PRESENTAR HIPERCEMENTOSIS, QUE ES EL ENGROSAMIENTO GENERALIZADO DEL CEMENTO LOCALIZADO A UNO O TODOS LOS DIENTES CON CRECIMIENTO NODULAR DEL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ.

CEMENTOMAS:

QUE SON UNAS MASAS DE CEMENTO QUE SE SITUAN EN --
LOS ÁPICES DEL DIENTE, SE VE CON MAYOR FRECUENCIA EN -
LA MUJER QUE EN EL HOMBRE Y EN EL MAXILAR INFERIOR QUE
EN EL SUPERIOR.

8.- PROCESO ALVEOLAR:

ES EL HUESO QUE FORMA Y SOSTIENE A LOS ALVÉOLOS -
DENTARIOS, ESTÁ FORMADO POR LA PARED INTERNA DEL ALVÉO
LO, HUESO ALVEOLAR, HUESO DE SOSTÉN, QUE CONSISTEN EN-
TRABÉCULAS RETICULARES (HUESO ESPONJOSO) Y LAS TABLAS-
VESTIBULARES Y PALATINAS DEL HUESO COMPACTO. EL TABI
QUE INTERDENTARIO ESTÁ FORMADO POR HUESO DE SOSTÉN, EN
CERRADO CON UN BORDE DE HUESO COMPACTO.

LOS NIVELES DE HUESO ALVEOLAR SE APRECIAN MEDIAN-
TE EL EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO.

LAS ALTERACIONES DEL HUESO ALVEOLAR SE PUEDEN PRO
DUCIR EN LA CRESTA ALVEOLAR O EN EL APARATO DE INSER--
CIÓN.

LA INFLAMACIÓN CRÓNICA EN LA ENFERMEDAD PERIODON-

TAL ES LA CAUSA MÁS COMÚN DE LA PÉRDIDA ÓSEA, YA QUE TRASTORNA LOS MECANISMOS NORMALES DE LA FORMACIÓN Y REABSORCIÓN INHIBIENDO O AUMENTÁNDOLAS. LA INFLAMACIÓN LLEGA AL HUESO OCUPANDO ESPACIOS MEDULARES O LA SUPERFICIE DEL MISMO Y PROVOCANDO ASÍ LA DESTRUCCIÓN ÓSEA.

LA PÉRDIDA ÓSEA PUEDE DAR FORMAS DIFERENTES AL HUESO REMANENTE. SI LA PÉRDIDA ÓSEA SE PRODUCE REDUCIENDO LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR, SIN ALTERAR MAYORMENTE SU MORFOLOGÍA Y SOBRE TODO SIN PROVOCAR UNA PÉRDIDA ACENTUADA DE LA CARA PERIODONTAL DE LA CRESTA ALVEOLAR, TENDREMOS UNA PÉRDIDA ÓSEA HORIZONTAL.

CUANDO LA PÉRDIDA ÓSEA SE PRODUCE A PARTIR DE LA CARA INTERNA DE LA CRESTA ÓSEA ALVEOLAR TENDREMOS UNA PÉRDIDA ÓSEA VERTICAL. ESTE TIPO DE PÉRDIDA ÓSEA PUEDE SER DEBIDO A FACTORES IRRITATIVOS QUE ACTÚAN MÁS CONTRA UN DIENTE QUE CONTRA OTRO.

TAMBIÉN SE PUEDEN PRESENTAR CRÁTERES ÓSEOS, QUE SON DEPRESIONES, MÁS O MENOS MARCADAS DE LA CRESTA INTERDENTAL, MÁRGENES IRREGULARES, QUE SON DESTRUCCIO-

NES MAYORES EN UNOS SEGMENTOS QUE EN OTROS.

EL EXAMEN CLÍNICO DEBERÁ DE INCLUIR UNA MINUCIOSA EXPLORACIÓN DEL RESTO DE LA BOCA, (LABIOS, LENGUA, CARRILLOS, PISO DE LA BOCA, PALADAR, SIGNOS DE HÁBITOS BUCALES, ETC.), ESTUDIO DE LA OCLUSIÓN. DENTRO DEL ESTUDIO CLÍNICO DEL ENFERMO PERIODONTAL DEBE INCLUIRSE UNA CONSIDERACIÓN CONCRETA Y REALISTA DE LA POSIBLE INCIDENCIA DE FACTORES SISTÉMICOS EN LA ETIOLOGÍA DE LAS LESIONES BUCALES DEL PACIENTE.

h.- HISTORIA CLÍNICA:

EN LA HISTORIA CLÍNICA, SE HA DE PROCEDER CON UN ESPECIAL CUIDADO PARA DESCUBRIR CUALQUIER ENFERMEDAD QUE PUEDA AFECTAR AL TRATAMIENTO O A LA EVOLUCIÓN DE LA PERIODONTOPATÍA O PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE. EL EXAMINADOR HA DE ACLARAR SI EL PACIENTE ES ALÉRGICO O HIPERSENSIBLE A LOS AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES Y A OTROS MEDICAMENTOS QUE SE PUEDAN UTILIZAR DURANTE EL TRATAMIENTO. SE TOMA NOTA DE LA HISTORIA ODONTOLÓGICA; SE HA DE INCLUIR EN LA MISMA LAS CONDICIONES ORALES ANTERIORES Y EL ORIGEN Y DESARROLLO DE-

LOS SÍNTOMAS ACTUALES, GRAN PARTE DE ESTOS DATOS PUEDEN RECOGERSE DURANTE LOS COMENTARIOS SOBRE SU ENFERMEDAD ORAL ACTUAL.

LOS SÍNTOMAS SUBJETIVOS SON LAS ANOMALÍAS OBSERVADAS POR EL PACIENTE, LOS TRASTORNOS ORGÁNICOS SUELEN ORIGINAR SÍNTOMAS PRECISOS PERO LOS TRASTORNOS -- NERVIOSOS O EMOCIONALES ACOSTUMBRAN SER EXPUESTOS POR LOS ENFERMOS COMO MUESTRAS IMPRECISAS Y SIN RELACIONES CLARAS CON LOS OTROS DATOS. LOS SÍNTOMAS OBJETIVOS O SIGNOS SON MODIFICACIONES O ANOMALÍAS EVIDENTES PARA EL EXAMINADOR. LA HISTORIA PUEDE CONDUCIR AL DESCUBRIMIENTO DE PROBLEMAS INUCITADOS EN CASOS AL PARECER CORRIENTES.

A CONTINUACIÓN SE ILUSTRAN EL TIPO DE IMPRESOS -- UTILIZADOS PARA ANOTAR LA HISTORIA DEL PACIENTE, SE EVITAN LAS PREGUNTAS INECESARIAS, PUES SOLAMENTE SE BUSCA LA INFORMACIÓN ÚTIL. AUNQUE AL REGISTRO MECÁNICO DE LAS PREGUNTAS CORRIENTES NO DA LUGAR A UNA BUENA HISTORIA. EL USO DE PREGUNTAS TIPO, EVITA LA OMISIÓN DE DATOS IMPORTANTES Y LA DISCUSIÓN PUEDE CONDUCIR A OTROS HECHOS SIGNIFICATIVOS QUE ENTONCES ES POSIBLE REGISTRAR. LAS HISTORIAS CLÍNICAS BIEN REDACTADAS SON MUY VALIOSAS PARA EL DIAGNÓSTICO.

H I S T O R I A P E R I O D O N T A L

NOMBRE _____ REMITIDO POR _____

RESIDENCIA _____

EDAD _____ FECHA _____ TELÉFONO _____

MÉDICO GENERAL DEL PACIENTE _____

DOMICILIO _____

E.A. (ENFERMEDAD ACTUAL Y DURACIÓN) _____

¿SIGUE UD. ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? _____ ¿POR QUÉ? _____

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? _____ ¿QUE CLASE DE MEDICACIÓN? _____

¿HA PADECIDO ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?

FIEBRE REUMÁTICA AGUDA _____ DIABETES _____ ATAQUES CARDÍACOS _____

ASMA _____ HEPATITIS INFECCIOSA _____ TUBERCULOSIS _____

ÚLCERA PÉPTICA _____ HIPERTENSIÓN _____ OTRA ¿CUAL? _____

¿HA PRESENTADO EN ALGUNA OCASIÓN UNA HEMORRAGIA ANORMAL O EXCESIVA A CONSECUENCIA DE ALGUNA HERIDA? _____

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE U OPERADA DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS? _____ ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ PRE

PARADOS DE TIPO CORTISÓNICO? _____ . EN CASO AFIRMATIVO

¿POR QUÉ? Y DURANTE CUANTO TIEMPO _____ . ES ALÉRGICO A -

ALGUNOS DE LOS PREPARADOS SIGUIENTES? _____

HISTORIA CLÍNICA

2.- DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO:

EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO ES UN CODYUVANTE DE INES
TIMABLE VALOR PARA EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN-
DE TRATAMIENTO. EN NINGUNO LA RADIOGRAFÍA REPLAZA-
RÁ EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, SINO QUE LO COMPLEMENTARÁ.

PARA PODER CONFIAR EN LA IMAGEN RADIOGRÁFICA Y -
HACERLA RENDIR ASÍ LA VERDADERA UTILIDAD, LA RADIOGRA-
FÍA DEBE RENDIR CIERTAS CONDICIONES MÍNIMAS DESDE EL-
PUNTO DE VISTA MÉDICO; ELLAS INCLUYEN: NITIDEZ Y CON-
TRASTE ADECUADO Y PAREJO EN TODAS LAS SERIES, ENFO---
QUES HORIZONTALES Y VERTICALES CORRECTOS E INCLUSIÓN-
EN CADA PLACA DE TODO EL DIENTE Y DE SUS ESTRUCTURAS-
VECINAS.

LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS, NO SON ACEPTADAS--
PARA EL DIAGNÓSTICO PERIODÓNTICO, PUES DAN MAYOR DIS-
TORCIÓN Y MENOS DETALLES QUE LAS RADIOGRAFÍAS PERIAPI-
CALES CORRIENTES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PERIODÓNTICO, EN UNA RA-
DIOGRAFÍA SE DEBE ESTUDIAR: EL HUESO ALVEOLAR, EL ES
PACIO PERIODONTAL, Y EL DIENTE.

EN EL HUESO ALVEOLAR SE DEBE ESTUDIAR:

- a).- LA CORTICAL ALVEOLAR, LA CUAL APARECE COMO--
UNA LÍNEA RADIO-OPACA CONTINUA DE UN ESPE--
SOR UNIFORME MENOR A 1mm.

- b).- EL HUESO ESPONJOSO, PRESENTA UNA SERIE DE --
TRABÉCULAS Y ESPACIOS QUE DAN UNA IMAGEN RA
DIOGRÁFICA DE DIFERENTE DENSIDAD. EL AU--
MENTO DE LA DENSIDAD DEL HUESO ESPONJOSO, --
RECIBE EL NOMBRE DE OSTEOSCLEROSIS Y SU --
DISMINUCIÓN EL DE OSTEOPOROSIS. LA ALTURA
NORMAL DEL HUESO ALVEOLAR ES DE (UN) 1mm.--
POR DEBAJO DEL LÍMITE AMELOCENTARIO.

- c).- LA CRESTA ALVEOLAR, QUE VARÍA SEGÚN LA PRO--
XIMIDAD DE LOS DIENTES ADYACENTES Y LA ALTU
RA REALATIVA DE LOS LÍMITES AMELOCENTA---
RIOS.

LA CRESTA ALVEOLAR INTERDENTARIA PUEDE SER AFILA
DA CUANDO LOS DIENTES CONTIGUOS SON MUY PRÓXIMOS Y --
SUS CARAS PROXIMALES SON MUY PLANAS. CUANDO LAS CA--
RAS PROXIMALES DE LOS DIENTES CONTIGUOS SON MÁS CON--
VEXAS, LAS CRESTAS ÓSEAS TERMINAN EN FORMA DE MESETAS

CON UNA CARA OCLUSAL PLANA, CONVEXA O CON UNA LIGERA-
CONCAVIDAD.

d).- EL ESPACIO PERIODÓNTICO ES LA ZONA RADIOLÚ-
CIDA QUE RODEA A LA RAÍZ DEL DIENTE, NORMAL-
MENTE EL ESPESOR DE ESTE ES DE UN TERCIO DE
mm., PUDIENDO SER MÁS GRUESO EN LA ZONA CER-
VICAL Y APICAL, SUS LÍMITES ÓSEOS Y CEMENTA-
RIOS DEBEN SER LISOS. EL ESPACIO PERIODON-
TAL ESTÁ BIEN ORGANIZADO.

e).- EL DIENTE SE DEBE ANALIZAR DESDE EL PUNTO -
DE VISTA PERIODÓNTICO, EL TAMAÑO, FORMA Y -
NÚMERO DE RAÍCES, LA PRESENCIA DE OBTURACIO-
NES DESBORDANTES CARIES, EL CEMENTO ES MÁS-
DELGADO EN EL DIENTE EN FUNCIÓN.

f).- LA PÉRDIDA ÓSEA SE PUEDE DETERMINAR POR ME-
DIO DE LA RADIOGRAFÍA, PARA ESTO SE DEBE DE
TERMINAR:

a.- LA EDAD DEL PACIENTE;

b.- ESTIMAR EL NIVEL FISIOLÓGICO DEL HUESO-
A ESA EDAD;

c.- DETERMINAR LA DIFERENCIA ENTRE EL NIVEL
FISIOLÓGICO DEL HUESO Y EL NIVEL DE LA-

CRESTA INDICADA EN LA RADIOGRAFÍA. YA QUE LA RADIOGRAFÍA, NO INDICA LA CANTIDAD DEL HUESO REMANENTE.

LA RADIOGRAFÍA PERMITE ESTABLECER LA DISTRIBUCIÓN DE LA LESIÓN, ASÍ COMO TAMBIÉN DETERMINA EL TIPO DE PÉRDIDA ÓSEA.

EN LA PÉRDIDA ÓSEA SE PUEDE OBSERVAR:

PÉRDIDA DE LA NITIDEZ DE LA CORTICAL DE LA CRESTA.

PÉRDIDA DE LA CORTICAL DE LA CRESTA.

ZONA RADIOLÚCIDA EN LA PARTE CENTRAL CERVICAL DE LA CRESTA.

REDUCCIÓN DE ALTURA DE LA CRESTA.

EN EL TRAUMA OCLUSAL SE ENCUENTRA:

ENSANCHAMIENTO PERIODONTAL LOCALIZADO (CUELLO, ÁPICE, FURCACIONES), ENSANCHAMIENTO DE LA CORTICAL.

PÉRDIDA DE LA CORTICAL EN EL ÁPICE.

EN EL TRAUMA OCLUSAL AVANZADO SE OBSERVA UN MARCADO ENSANCHAMIENTO PERIODONTAL GENERALIZADO, Y PÉRDIDA DE LA CORTICAL DE LAS CARAS LATERALES.

ALGUNAS ENFERMEDADES SISTEMÁTICAS PUEDEN TENER MANIFESTACIONES RADIOGRÁFICAS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES, QUE PUEDEN TENER ALGÚN INTERÉS PARA EL -- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

ESCLERODERMA, QUE ES UNA ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR FIBROSIS, ENGROSAMIENTO DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTÁNEOS. RADIOGRÁFICAMENTE PRESENTA UN ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO PERIODONTAL, -- QUE PUEDE AUMENTAR HASTA CUATRO VECES LO NORMAL.

ESTE CAMBIO PUEDE AFECTAR A POCOS O A TODOS -- LOS DIENTES.

ENFERMEDAD DE PAGET, QUE ES UN TRASTORNO ÓSEOCRÓNICO. EL HUESO ESPONJOSO PIERDE SU TRABECULADO NORMAL Y PUEDE HABER PÉRDIDA DE LA CORTICAL.

GRANULOMA EOSINÓFILO, QUE ES UNA LESIÓN LÍTICA SOLITARIA QUE SE PRESENTA EN PERSONAS JÓVENES, APARECEN ZONAS RADIOLÚCIDAS PERIAPICALES EN UNA O VARIAS PIEZAS DENTARIAS. PUDIENDO PROVOCAR MOVILIDAD DENTARIA.

LESIONES TUMORALES, DIVERSOS TUMORES DE LOCALI-
ZACIÓN PRIMARIA O METASTÁSICAS EN EL MAXILAR, PUE--
DEN INVADIR EL TEJIDO ÓSEO PERIALVEOLAR, PRODUCIEN-
DO ZONAS OSTEOPORÓTICAS QUE PUEDEN INVADIR A LA COR-
TICAL.

CAPÍTULO II

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

LA CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL-
PROPORCIONA UNA CLAVE PARA DIFERENCIAR DIVERSOS PRO-
CESOS PATOLÓGICOS QUE AFECTAN AL PERIODONTO, PARA -
PROPORCIONAR UN MÁXIMO DE AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

UNA CLASIFICACIÓN NO ES ALGO PERMANENTE, DEBE-
DE ADAPTARSE A LOS CAMBIOS Y DESCUBRIMIENTOS.

SU FUNCIÓN ES LA SEPARACIÓN LÓGICA Y SISTEMÁTICA,
ASÍ COMO LA ORGANIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS -
SOBRE LAS ENFERMEDADES.

GLICKMAN CLASIFICA A LA ENFERMEDAD SOBRE TRES-
CRITERIOS:

- a.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.
- b.- CAMBIOS PATOLÓGICOS.
- c.- ETIOLOGÍA.

CLASIFICA A LAS ENFERMEDADES DEL PERIODONTO EN DOS --
GRUPOS:

- 1.- ENFERMEDADES GINGIVALES, SON AQUELLAS QUE DESDE -
EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO SE LIMITAN A LA ENCÍA.
- 2.- ENFERMEDADES PERIODONTALES, ES UNA LESIÓN QUE DES
TRUYE A LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

1.- ENFERMEDADES GINGIVALES.

I.- GINGIVITIS NO COMPLICADA:

- 1.- GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA.
- 2.- GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.
- 3.- GINGOVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA Y OTRAS INFECC--
CIONES VIRALES.
- 4.- GINGIVITIS ALÉRGICA.
- 5.- GINGIVITIS INESPECÍFICA.
- 6.- TUBERCULOSIS Y SÍFILIS.
- 7.- MONILIASIS Y OTRAS INFECCIONES FÚNGICAS.
- 8.- PIOESTOMATITIS VEGETANTE.

II.- GINGIVITIS COMBINADA:

- 1.- DERMATOSIS QUE AFECTAN A LA ENCÍA.
 - a.- LIQUEN PLANG.
 - b.- PÉNFIGO.
 - c.- ERITEMA --
MULTIFORME
 - d.- LUPUS ERITEMATOSO.

- 2.- GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA.
- 3.- GINGIVOSTOMATITIS MENOPAUSICA CRÓNICA.
- 4.- PÉNFIGOIDE BENIGNO DE MEMBRANA MUCOSA.

III.- GINGIVITIS CONDICIONADA:

- 1.- GINGIVITIS EN EL EMBARAZO Y LA PUBERTAD.
- 2.- GINGIVITIS EN LA DEFICIENCIA DE VITAMINA "C".
- 3.- GINGIVITIS EN LA LEUCEMIA.

IV.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL:

- 1.- INFLAMATORIO.
- 2.- HIPERPLÁSICO NO INFLAMATORIO.
- 3.- COMBINADO.
- 4.- CONDICIONADO.
- 5.- NEOPLÁSICO.
- 6.- DEL DESARROLLO.

V.- RECESIÓN:

- 1.- ATROFIA GINGIVAL.

2.- ENFERMEDADES PERIODONTALES.

1.- PERIODONTITIS.

- 1.- PERIODONTITIS SIMPLE.
- 2.- PERIODONTITIS COMPUESTA.

II.- PERIODONTOSIS:

- 1.- PERIODONTOSIS TEMPRANA.
- 2.- PERIODONTOSIS AVANZADA.

III.- TRAUMA DE LA OCLUSIÓN:

IV.- ATROFIA PERIODONTAL:

- 1.- ATROFIA PRESENL.
- 2.- ATROFIA POR DESUSO.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

| CLASE DE ENFERMEDAD GINGIVAL | HISTOPATOLOGÍA | ETIOLOGÍA |
|---|--|---|
| GINGIVITIS NO COMPLICADA | | |
| GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA. | INFLAMACIÓN CRÓNICA. | IRRITACIÓN LOCAL QUÍMICA, BACTERIANA. |
| GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA. | INFLAMACIÓN NECROTIZANTE CON FORMACIÓN DE UNA SEU DOMEMBRANA. | DESCONOCIDA. |
| GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA Y OTRAS INFECCIONES VI RALES. | INFLAMACIÓN AGUDA CON FOR MACION DE VESICULAS. | HERPES SIMPLES Y OTROS VI RUS. |
| GINGIVITIS INESPECÍFICA | INFLAMACIÓN CON ÚLCERA- CIÓN O SIN ELLA. | IRRITACIÓN LOCAL. (QUÍMI- CA, MECÁNICA, TÉRMICA). |
| TUBERCULOSIS Y SÍFILIS. | INFLAMACIÓN GRANULOMATOSA ESPECÍFICA. | BACTERIANA; M.TUBERCULO-- SIS, T.PALLIDUM. |
| MONILIASIS Y OTRAS ENFERMEDADES FÚNGICAS. | INFLAMACIÓN Y ULCERACIÓN CON CAPA SUPERFICIAL GRUE SA DE HONGOS. | MICÓTICA: MONILIA, ALBI-- CANS Y OTROS HONGOS. |
| PIOESTOMATITIS VEGETANTE. | HIPERQUERATOSIS Y ACANTOSIS DEL EPITELIO. INFLAMAGRANU- LOMATOSA CON ABSCESOS MILIA RES ENTEROS. | DESCONOCIDA. |
| GINGIVITIS COMBINADA. DERMATOSIS QUE AFECTAN A LA | INFLAMACIÓN CRÓNICA CON CUA DROS CARACTERÍSTICOS DE LAS DIFERENTES DERMATOSIS. | GENERAL (DESCONOCIDA), MAS IRRITACION LOCAL. |

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES.

| CLASE DE ENFERMEDAD GINGIVAL | HISTOPATOLOGÍA | ETIOLOGÍA |
|--|--|---|
| GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA (GINGIVOSIS). | ATROFIA EPITELIAL CON DESCAMACIÓN DE LA MEMBRANA BASAL Y SUBSTANCIA FUNDAMENTAL CONECTIVA E INFLAMACION. | GENERAL (DESCONOCIDA MÁS IRRITACIÓN LOCAL |
| GINGIVOSTOMATITIS MENOPÁUSICA - CRÓNICA (GINGIVITIS ATRÓFICA SENIL). | ATROFIA EPITALIAL, DEGENERACIÓN DE LA MEMBRANA BASAL Y SUBSTANCIA FUNDAMENTAL CONECTIVA E INFLAMACION. | HORMONAL MÁS IRRITACIÓN LOCAL. |
| PENFIGOIDE BENIGNO DE MEMBRANA MUCOSA. | INFLAMACIÓN CRÓNICA, DEGENERACIÓN EPITALIAL, CON VESÍCULAS-SUBEPITELIALES; LA HISTOPATOLOGÍA VARÍA. | GENERAL (DESCONOCIDA MÁS IRRITACIÓN LOCAL |
| GINGIVITIS CONDICIONADA. | | |
| GINGIVITIS EN EL EMBARAZO Y LA PUBERTAD. | INFLAMACIÓN MÁS VASCULARIZACIÓN EXAGERADA Y EDEMA. | GENERAL E IRRITACIÓN LOCAL. |
| GINGIVITIS EN LA DEFICIENCIA DE LA VITAMINA C. | INFLAMACIÓN MÁS DEGENERACIÓN COLÁGENA Y HEMORRAGIA INTERSTICIAL | GENERAL E IRRITACIÓN LOCAL. |
| GINGIVITIS EN LA LEUCEMIA. | INFLAMACIÓN MÁS INFILTRACIÓN DIFUSA DE LEUCOCITOS PROLIFERANTES. | GENERAL E IRRITACIÓN LOCAL. |

1
2
1

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES.

| CLASE DE ENFERMEDAD GINGIVAL | HISTOPATOLOGÍA | ETIOLOGÍA |
|-------------------------------|---|--|
| AGRANDAMIENTO GINGIVAL | | |
| INFLAMATORIO | INFLAMACIÓN AGUDA Y CRÓNICA. | IRRITACIÓN LOCAL (QUÍMICA, MICROBIANA TÉRMICA, MECÁNICA). |
| HIPERPLÁSTICO NO INFLAMATORIO | HIPERPLASIA NO INFLAMATORIA DEL EPITELIO Y TEJIDO CONECTIVO. | DILATINA HEREDITARIA. IDIOPÁTICA. |
| COMBINADO. | HIPERPLASIA DEL EPITELIO Y TEJIDO CONECTIVO MÁS INFLAMACIÓN SOBREGREGADA. | IRRITACIÓN LOCAL SOBREGREGADA AL AGRANDAMIENTO GINGIVAL NO INFLAMATORIO. |
| CONDICIONADO. | INFLAMACIÓN MODIFICADA POR AFECCIONES GENERALES. | IRRITACIÓN LOCAL MÁS CONDICIONAMIENTO GENERAL HORMONAL (EMBARAZO, PUBERTAD) LEUCEMIA, DEFICIENCIA DE VITAMINA C. |
| NEOPLÁSICO | FORMACIÓN DE TUMORES. | DESCONOCIDA. |
| DEL DESARROLLO | INFLAMACIÓN CRÓNICA. | LOCALIZACIÓN DE LA ENCIÓN - SOBRE ESMALTE, DURANTE LA ERUPCIÓN, MAS IRRITACIÓN LOCAL. |

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

| CLASE DE ENFERMEDAD | HISTOPATOLOGÍA | ETIOLOGÍA |
|---------------------|------------------------------|--|
| RECESIÓN. | | |
| ATROFIA GINGIVAL. | DENUDACIÓN DE CEMENTO CON MI | FISIOLÓGICA (ENVEJECI-- MIENTO) PATOLÓGICA, --- TRAUMATISMO MECÁNICO -- (CEPILLO, RETENEDORES), POSICIÓN ANORMAL DE --- DIENTES COMBINADA CON-- TRAUMATISMO MECÁNICO, - INFLAMACIÓN (ASOCIADA-- CON IRRITACIÓN LOCAL),- POR DESUSO, IDIOPÁTICA. |

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

| TIPO | HISTOPATOLOGÍA | ETIOLOGÍA |
|------------------------------|--|---|
| PERIODONTITIS | | |
| PERIODONTITIS SIMPLE (PERIO) | INFLAMACIÓN CRÓNICA DE LA ENCÍA BOLSAS PERIODONTALES; RESORCIÓN ÓSEA; DESTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y EXFOLIACIÓN DEL - DIENTE. | IRRITACIÓN LOCAL |
| PERIODONTITIS COMPUESTA | INFLAMACIÓN CRÓNICA; RESORCIÓN- DE HUESO ALVEOLAR Y CEMENTO; - DESTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO PE-- RIODONTAL COMBINADA COM CAM--- BIOS VASCULARES, DEGENERATIVOS Y NECRÓTICOS EN EL LIGAMENTO-- PERIODONTAL; AUMENTO DE LA FRE CUENCIA DE BOLSAS INFRAÓSEAS Y DESTRUCCIÓN ÓSEA ANGULAR (VER- TICAL). | IRRITACIÓN LOCAL MÁS DESARMONIA --- OCCLUSAL. |
| PERIODONTOSIS | | |
| PERIODONTOSIS TEMPRANA | DEGENERACIÓN NO INFLAMATORIA DE LIGAMENTO PERIODONTAL, OSTEOLI- SIS (EL HUESO SE DESINTEGRA EN | IRRITACIÓN LOCAL -- MÁS DESARMONÍA OCLU SAL. |

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

| TIPO | HISTOPATOLOGÍA | ETIOLOGÍA |
|--|---|---|
| | SUS COMPONENTES SEPARADOS SIN LA ACCIÓN DE LOS OSTE- CLASTOS). DISMINUCIÓN EN- LA FORMACIÓN DE CEMENTO. | GENERAL DESCONOCIDA |
| PERIODONTOSIS AVANZADA (SÍNDROME PERIODONTAL) | DEGENERACIÓN NO INFLAMATORIA DE TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPOR- TE, COMPLICADA POR INFLAMACION- O TRAUMA DE LA OCLUSIÓN O AMBOS. | GENERAL (DESCONOCIDA) MÁS IRRITACIÓN LOCAL O DESAR- MONIAS OCLUSALES O UNA Y- OTRAS. |
| TRAUMA DE LA OCLUSIÓN | CAMBIOS DEGENERATIVOS Y NECRÓTI- COS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE CON TENDENCIA AL EN-- SANCHAMIENTO DEL <u>LIGAMENTO PERIO-</u> <u>DONTAL</u> Y RESORCIÓN OSEA ANGULAR- (VERTICAL). | DESARMONÍA OCLUSAL. |
| ATROFIA PERIODONTAL | | |
| ATROFIA PRESENL. | REDUCCIÓN DE LA ALTURA DEL PERIO- | DESCONOCIDA. |
| ATROFIA POR DESUSO. | ADELGAZAMIENTO DEL <u>LIGAMENTO PE--</u> <u>RIODONTAL</u> Y DISMINUCIÓN DE LA <u>CAÑ</u> <u>TIDAD</u> DE FIBRAS PERIODONTALES, <u>AL</u> <u>TERACIÓN</u> DE LA DISPOSICIÓN DE LOS HACES FIBROSOS, ESPESAMIENTO DEL- CEMENTO, REDUCCION DE LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR. | DISMINUCIÓN DE LAS FUER-- ZAS OCLUSALES O AUSENCIA- DE ELLAS. |

CAPÍTULO III

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

1.- GINGIVITIS. LA GINGIVITIS ES UNA ENFERMEDAD DE LA ENCÍA-
EN LA CUAL SE PRESENTA LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL COMO
SIGNO CLÍNICO.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE GINGIVITIS SE-
GÚN SU DISTRIBUCIÓN:

a).- LOCALIZADA: SE LIMITA A LA ENCÍA DE UN SOLO DIENTE O
UN GRUPO DE DIENTES.

b).- MARGINAL: AFECTA EL MARGEN GINGIVAL, PERO PUEDE IN-
CLUIR UNA PARTE DE LA ENCÍA INSERTADA CONTIGUA.

c).- PAPILAR: ABARCA LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y CON -
FRECUENCIA SE EXTIENDE HACIA LA ZONA ADYACENTE DEL MARGEN GIN-
GIVAL.

d).- DIFUSA: ABARCA LA ENCÍA MARGINAL, ENCÍA INSERTADA Y
PAPILA INTERDENTARIA.

e).- GENERALIZADA: ABARCA A TODA LA CAVIDAD BUCAL.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE GINGIVITIS SE-
GÚN SU EVOLUCIÓN Y DURACIÓN.

a).- GINGIVITIS AGUDA: ES DOLOROSA, SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES DE CORTA DURACIÓN.

b).- GINGIVITIS SUBAGUDA: ES UNA FASE MENOS GRAVE QUE LA AFECCIÓN AGUDA.

c).- GINGIVITIS RECURRENTE: ENFERMEDAD QUE REAPARECE DESPUÉS DE HABER SIDO ELIMINADA MEDIANTE TRATAMIENTO, DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE Y REAPARECE.

d).- GINGIVITIS CRÓNICA: SE INSTALA CON LENTITUD, ES DE LARGA DURACIÓN E INDOLORA, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON EXACERBACIONES AGUDAS O SUBAGUDAS.

SON MUCHOS LOS FACTORES ETIOLÓGICOS QUE PUEDEN PRODUCIR UNA INFLAMACIÓN GINGIVAL, PUEDEN SER LOCALES O GENERALES PERO TODA LESIÓN LOCAL QUE CONSTITUYA UNA CAUSA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL SERÁ COMBATIDA POR EL POTENCIAL DE RESISTENCIA Y REPARACIÓN DEL PACIENTE, Y SI BIEN, LA LESIÓN LOCAL INICIA LA GINGIVITIS MODIFICADA POR LA INTENSIDAD DEL FACTOR CAUSANTE Y TAMBIÉN POR LA REPETICIÓN DEL TRAUMATISMO, LA SEVERIDAD DE LA AFECCIÓN Y EL ASPECTO CLÍNICO ESTARÁN REGIDOS Y MODIFICADOS POR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA RESISTIR Y REPARAR LA LESIÓN OCASIONADA. DE MODO QUE LA GRAVEDAD DE LA AFECCIÓN DEPENDE DEL MOMENTO, DE LA EDAD Y DE LOS POTENCIALES DE RESIS

TENCIA Y REPARACIÓN DEL PACIENTE.

LA GINGIVITIS, ESTÁ CONDICIONADA A:

1.- FACTORES EXTRÍNSECOS QUE PUEDEN SER: a.- USO-
INCORRECTO DEL CEPILLO DENTAL. b.-FALTA DE HIGIENE. --
c.-USO INCORRECTO DE LOS MONDADIENTES. d.-USO INCORREC
TO DE LA SEDA DENTAL. e.-RESPIRACIÓN BUCAL. f.-FALTA
DE ESTIMULACIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL POR CULPA DE DIETAS-
BLANDAS. g.-MALPOSICIÓN DENTARIA. h.-ANOMALÍAS DE --
FORMA DE LOS DIENTES.

2.- FACTORES INTRÍNSECOS.- QUE SON LOS QUE AGRAVAN
O MODIFICAN LA REACCIÓN INFLAMATORIA EXISTENTE, ÉSTOS --
PUEDEN SER: a.-DEFICIENCIAS NUTRITIVAS (CARENCIA DE VI
TAMINA "C"). b.-FACTORES HORMONALES (EMBARAZO, MENOPAU
SIA, ETC.). c.-TRASTORNOS ENDÓCRINOS. d.-DISCRASIAS-
SANGUÍNEAS.

LA GINGIVITIS CRÓNICA ES LA MÁS COMÚN, CAUSADA POR-
UN AGENTE IRRITANTE LOCAL.

LA LESIÓN MARGINAL EXISTE EN LA ENCÍA, PERO CON EL-
TIEMPO LA REACCIÓN INFLAMATORIA AUMENTA Y SE PROFUNDIZA-
EN EL TEJIDO GINGIVAL A TRAVÉS DE LA ENCÍA INSERTADA DES
DE TODA LA PAPILA INTERDENTARIA HASTA EL HUESO ALVEOLAR.

LA LESIÓN AVANZA POR LOS VASOS LINFÁTICOS HASTA EL TEJIDO GINGIVAL Y LA MÉDULA ÓSEA. EL HUESO ALVEOLAR SE REABSORBE Y SE PRODUCE UNA PÉRDIDA GRADUAL DEL ALVÉOLO.

LA FUNCIÓN DE LA INFLAMACIÓN ES LOCALIZAR E INTENTAR ELIMINAR EL IRRITANTE Y SUS PRODUCTOS. SIN EMBARGO, YA-- QUE POR REGLA GENERAL EL IRRITANTE ES PERMANENTE (CÁLCULO) LA INFLAMACIÓN PERSISTE COMO UN PROCESO CRÓNICO DE POCA INTENSIDAD.

LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA PUEDE SER AGUDA O CRÓNICA, FRECUENTEMENTE SE DEBE A TRAUMATISMOS CAUSADOS POR ALIMENTOS IMPACTADOS, O ABRASIÓN CAUSADA POR EL CEPILLO DENTAL, ETC.

EL TEJIDO GINGIVAL SANA RÁPIDAMENTE, PERO SI EL IRRITANTE OBRA REPETIDAMENTE Y CAUSA UNA LESIÓN AGUDA, SE PRODUCIRÁ UNA DESINTEGRACIÓN DEL TEJIDO.

LA GINGIVITIS, GENERALMENTE SE CONOCE POR LAS ALTERACIONES EN LA ENCÍA MARGINAL Y LAS PAPILAS INTERDENTARIAS. LOS CAMBIOS DE COLOR, TEXTURA Y DE CONSISTENCIA, SON SIGNOS TEMPRANOS IMPORTANTES; MÁS TARDE APARECE LA INFLAMACIÓN Y LA HIPERPLASIA GINGIVAL.

LA ENCÍA PIERDE SU COLOR CAMBIANDO DESDE EL ROSADO -- HASTA VARIOS TONOS DE ROJO MAGENTA.

EXISTE CAMBIO EN LA TEXTURA, HAY PÉRDIDA DEL PUNTEADO PRESENTA UN ASPECTO BRILLANTE LISO, PRESENTA EDEMA, HAY -- ULCERACIÓN DEL EPITELIO; SANGRADO Y EXUDADO.

RETRACCIÓN DEL MARGEN GINGIVAL, PÉRDIDA DEL TEJIDO IN TERDENTAL, HENDIDURA Y FESTONES.

COMO REGLA GENERAL, EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD ES -- LENTO PERO, TARDE O TEMPRANO LA ENCÍA REVELA CAMBIOS, EN -- OCASIONES, LA INFLAMACIÓN QUEDA CIRCUNSCRITA A LA REGIÓN -- MARGINAL SIN ATACAR AL RESTO DE LA ENCÍA INSERTADA, Y PUEDE VERSE UN FESTONEADO NETO. ESTA LESIÓN PUEDE PERMANE-- CER INACCESIBLE POR GRANDES PERÍODOS DE TIEMPO SIN EMPEORAMIENTO CLÍNICO. SIN EMBARGO, TAMBIÉN SE OBSERVAN CASOS -- DE AGRAVACIÓN RÁPIDA. LA LESIÓN GINGIVAL, PUEDE ESTAR LI MITADA A LA REGIÓN MARGINAL POR CORTO TIEMPO, EXTENDIÉNDO-- SE HASTA LA ENCÍA INSERTADA; ENTONCES NO SE PRESENTAN ZO-- NAS DE DEMARCACIÓN ENTRE LA ENCÍA INSERTADA Y LA MUCOSA AL VEOLAR.

EL SANGRADO ES UN SIGNO IMPORTANTE A LA GINGIVITIS, -- POR ELLO EL PACIENTE PUEDE QUEJARSE DE SANGRADO DURANTE EL CEPILLADO Y LAS COMIDAS, EN OCASIONES, LA SOLA PRESIÓN DE-- LOS LABIOS, DE LA ALMOHADA DURANTE EL SUEÑO CAUSAN HEMORRA GIA.

CON FRECUENCIA PUEDE EXPULSARSE UN EXUDADO DE LA BOLSA A LA SOLA PRESIÓN DEL DEDO, ESTO INDICA QUE EL EXUDADO-PURULENTO PASÓ A TRAVÉS DEL INTERSTICIO DEL EPITELIO, HASTA EL ESPACIO DE LA BOLSA, Y SE DEBE PRINCIPALMENTE A LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO CONJUNTIVO DEL CORIÓN GINGIVAL.

2.- AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.- EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL ES UNA CONSECUENCIA DE INFLAMACIONES CRÓNICAS O AGUDAS. SE CLASIFICAN SEGÚN SU PATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA:

a.-AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRÓNICO LOCALIZADO O GENERALIZADO: COMIENZA CON UN ABULTAMIENTO LEVE DE LA PAPILA INTERDENTARIA, LA ENCÍA MARGINAL O AMBAS, EN LOS PRIMEROS ESTADÍOS SE PRODUCE UN ABULTAMIENTO EN FORMA DE SALVAVIDAS ALREDEDOR DEL DIENTE AFECTADO. ESTE ABULTAMIENTO AUMENTA DE TAMAÑO HASTA QUE CUBRE PARTE DE LAS CORONAS, SU CRECIMIENTO ES LENTO E INDOLORO, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON TRAUMA O CON UNA INFECCIÓN AGUDA, POR LO GENERAL ES PIPILAR O MARGINAL.

b.-AGRANDAMIENTO CIRCUNSCRITO: EN OCASIONES, EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EVOLUCIONA COMO UNA MASA CIRCUNSCRITA, SÉSIL O PEDICULADA QUE SE ASEMEJA A UN TUMOR, PUEDE LOCALIZARSE EN EL MARGEN GINGIVAL O INTERPROXIMAL O EN LA ENCÍA INSERTADA, ES DE CRECIMIENTO LENTO, POR LO GENERAL INDOLORO, EN OCASIONES SE PRODUCE LA ULCERACIÓN DOLOROSA DEL

PLIEGUE ENTRE LA MASA Y LA ENCÍA ADYACENTE.

c.-AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO AGUDO: ABSCESO GINGIVAL, ES UNA LESIÓN LOCALIZADA DOLOROSA, DE EXPANSIÓN RÁPIDA, QUE POR LO GENERAL SE INSTALA RÁPIDAMENTE. SE LIMITA AL MARGEN GINGIVAL O A LA PAPILA INTERDENTARIA. EN LOS PRIMEROS ESTADÍOS SE PRESENTA COMO UNA HINCHAZÓN ROJA, CUYA SUPERFICIE ES LISA Y BRILLANTE, ENTRE LAS 24 y 48 HORAS LA LESIÓN ES FLUCTUANTE Y PUNTIAGUDA, CON UN ORIFICIO EN LA SUPERFICIE DEL CUAL PUEDE SER EXPULSADO UN EXUDADO PURULENTO. LOS DIENTES VECINOS, SON SENSIBLES A LA PERCUSIÓN.

II.- AGRANDAMIENTOS HIPERPLÁSTICO NO INFLAMATORIO.

a.-ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON DILANTINA. LA LESIÓN PRIMARIA COMIENZA CON UN AGRANDAMIENTO INDOLORO, PERIFÉRICO EN EL MARGEN GINGIVAL VESTIBULAR, LINGUAL Y EN LAS PAPILAS INTERDENTARIAS, A MEDIDA QUE LA LESIÓN AVANZA, LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES Y PAPILARES SE UNEN Y SE TRANSFORMAN EN UN REPLIEGUE MACIZO DE TEJIDO QUE CUBRE UNA PARTE DE LA CORONA E INTERPONIÉNDOSE A LA OCLUSIÓN. LA LESIÓN PRESENTA UNA FORMA DE MORA, ES FIRME DE COLOR ROSA PÁLIDO Y RESILENTE, CON UNA SUPERFICIE FINAMENTE LOBULADA QUE NO TIENDE A SANGRAR, POR LO GENERAL ES GENERALIZADA PERO MÁS INTENSA EN LAS REGIONES ANTERIORES SUPERIORES E IN-

FERIORES, SE PRODUCE EN ZONAS DENTADAS, ES CRONICO Y AUMENTA DE TAMAÑO CON LENTITUD.

b.-IDEOPÁTICO, FAMILIAR: ES UNA LESIÓN RARA DE --- ETIOLOGÍA INDETERMINADA, AFECTA LA ENCÍA INSERTADA, ABARCA LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y LINGUALES DE LOS DOS - MAXILARES, LA ENCÍA ES ROSADA, FIRME, PRESENTA UNA SUPERFICIE FINAMENTE GUIJARROSA. EN CASOS AVANZADOS, LOS -- DIENTES ESTÁN CASI CUBIERTOS Y EL AGRANDAMIENTO SE PRO-- YECTA HACIA LA CAVIDAD BUCAL, LAS ALTERACIONES INFLAMATO RIAS SECUNDARIAS SON COMUNES EN EL MARGEN GINGIVAL.

III.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO.

SE PRESENTA CUANDO LA HIPERPLASIA SE COMPLICA CON - ALTERACIONES GINGIVALES. LA HIPERPLASIA GINGIVAL, CREA CONDICIONES FAVORABLES PARA LA ACUMULACIÓN DE PLACA AL-- ACENTUAR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL, AL ENTORPE-- CER LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS, LAS ALTERACIONES DE TAMAÑO - DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL PRE-EXISTENTE.

IV.- AGRANDAMIENTOS CONDICIONALES.

ESTA LESIÓN OCURRE CUANDO EL ESTADO GENERAL DEL PA-- CIENTE ES TAL QUE EXAGERA O DEFORMA LA RESPUESTA COMÚN - DE LA ENCÍA A LOS IRRITANTES Y PRODUCE MODIFICACIONES CO

RESPONDIENTES A LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS CRÓNICA.

a.-AGRANDAMIENTO HORMONAL: AGRANDAMIENTO DEL EMBRAZO, ES GENERALIZADO, Y TIENDE A SER MÁS PROMINENTE EN ZONAS INTERPROXIMALES, QUE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES, Y LINGUALES, LA ENCÍA ES ROJA BRILLANTE O MAGENTA, BLANDA DE SUPERFICIE LISA BRILLANTE. ES UNA LESIÓN SUPERFICIAL Y NO INVADE AL HUESO SUBYACENTE, INDOLORA, SALVO QUE SU TAMAÑO Y FORMA SEAN TAL QUE INTERFIERA EN LA OCLUSIÓN.

b.-AGRANDAMIENTO DE LA PUBERTAD: EL AGRANDAMIENTO ES MARGINAL, LOCALIZADO O GENERALIZADO. APARECE COMO UN AGRANDAMIENTO DIFUSO DE LA MUCOSA GINGIVAL, UNA SOBRE EXTENSIÓN EXAGERADA DE LA ENCÍA MARGINAL, LA ENCÍA ES ROJA AZULADA, Y DE SUPERFICIE BRILLANTE. LA CONSISTENCIA ES MODERADAMENTE FIRME, HAY TENDENCIA A LA HEMORRAGIA ESPONTÁNEA O A IRRITACIÓN LEVE.

PERIODONTITIS: ES UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA CAUSADA PRINCIPALMENTE POR FACTORES IRRITATIVOS LOCALES, -- QUE DAN POR RESULTADO LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE, SE ESTIMA QUE ES UNA SECUELA DE LA GINGIVITIS QUE HA AVANZADO Y QUE NO HA SIDO TRATADA. EL

PROCESO INFLAMATORIO AVANZA APICALMENTE Y AFECTA A LA --
APÓFISIS ALVEOLAR, HAY MIGRACIÓN APICAL DE LA INSERCIÓN--
EPITELIAL, CON FORMACIÓN DE BOLSAS PERIODONTALES SUPRA--
ÓSEAS E INFRAÓSEAS, LO CUAL SE PUEDE VER TRASLUCIDEZ MAR--
GINAL EN LAS CRESTAS ALVEOLARES Y CON LA DESTRUCCIÓN DEL
PERIODONTO APARECE MOVILIDAD DEL DIENTE O DIENTES AFECTA--
DOS. LOS CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA ENCÍA DEPENDE DE--
LA CRONICIDAD DE LA LESIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS.

POR LO GENERAL ESTA LESIÓN AFCTA A TODA LA DENTI---
CIÓN EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS SE PUEDE LOCALIZAR EN UNA
O DOS ZONAS DENTARIAS, DEPENDIENDO DE LOS FACTORES CAU--
SANTES. LAS BOLSAS SON SUPERFICIALES O MODERADAMENTE--
PROFUNDAS, PUEDE CIRCUNDAR AL DIENTE O ESTÁ LIMITADO A -
UNA SOLA SUPERFICIE, SE OBSERVA GRAN CANTIDAD DE TÁRTARO
DENTARIO SUPRA O SUBGINGIVAL Y PUEDE PRESENTAR EXUDADO -
PURULENTO, LAS ENCÍAS SON BLANDAS Y SANGRAN CON FACILI--
DAD.

EN CASOS AVANZADOS LAS PAPILAS INTERDENTARIAS AD---
QUIEREN UN ASPECTO BULBOSO Y TOMAN COLOR ROJO PÚRPURA, -
EL TÁRTARO Y LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS PUEDEN OCUPAR LOS
ESPACIOS INTERDENTARIOS.

LA PERIODONTITIS SIMPLE PUEDE SER INDOLORA, PERO SE
PUEDEN ENCONTRAR SÍNTOMAS COMO:

a.-SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS TÉRMICOS, A LOS ALI--
MENTOS Y A LA PERCUSIÓN, COMO CONSECUENCIA DE LA DENU--
DACIÓN DE LAS RAÍCES.

b.-COLOR IRRADIADO, PROFUNDO Y SORDO DURANTE LA MAS--
TICACIÓN Y DESPUÉS DE ELLA, CUANDO POR EL ACUÑAMIENTO --
FORZADO DE LOS ALIMENTOS DENTRO DE LAS BOLSAS PERIODONTA--
LES.

c.-SÍNTOMAS AGUDOS Y DOLOR FUNZANTE Y SENSIBILIDAD--
A LA PERCUSIÓN, PROVENIENTE DE ABSCESOS PERIODONTALES O--
DE GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA O SUBAGUDA.

d.-SÍNTOMAS PULPARES, COMO SENSIBILIDAD A LOS DUL--
CES, CAMBIOS TÉRMICOS O DOLORES PUNZANTES, COMO CONSE--
CUENCIA DE PULPITIS QUE SE ORIGINAN EN LA DESTRUCCIÓN DE
LA SUPERFICIE RADICULAR POR ACCIÓN DE LA CARIES.

LA PERIODONTITIS COMPUESTA, TIENE LAS MISMAS CARAC--
TERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA SIMPLE, UNICAMENTE QUE ÉSTA --
TIENE MÁS FRECUENCIA DE BOLSAS INFRAÓSEAS Y PÉRDIDA ÓSEA
ANGULAR, MÁS QUE HORIZONTAL, LA MOVILIDAD DENTARIA TIEN--
DE A SER MÁS INTENSA.

IV._PERIODONTOSIS. CLÍNICAMENTE LA PERIODONTOSIS,-
ES UNA ENFERMEDAD DEL APARATO DE INSERCIÓN Y ALOJAMIENTO

ALVEOLAR, ÉSTA ES UNA ENFERMEDAD RARA, SE OBSERVA PRINCIPALMENTE EN PERSONAS JÓVENES, YA QUE LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA ES LA DE LOS 20 AÑOS.

ES UNA LESIÓN INDOLORA, A VECES PUEDE PRESENTAR -- SÍNTOMAS SIMILARES A LOS DE LA PERIODONTITIS. SE CARACTERIZA POR AFLOJAMIENTO Y MIGRACIÓN DENTARIA SIN FACTORES RESPONSABLES APARENTES EN EL MEDIO BUCAL. EN LA FASE INICIAL PUEDE O NO EXISTIR MODIFICACIÓN GINGIVAL, PERO SON DE TAL NATURALEZA QUE NO ES POSIBLE ATRIBUIRLE EL AFLOJAMIENTO DE LOS DIENTES.

ESTA LESIÓN ES ASINTOMÁTICA EN SU ETAPA INICIAL, POR LO CUAL NO ES POSIBLE DETECTARLA A TEMPRANA ETAPA, OCASIONALMENTE SE ENCUENTRA LA LESIÓN INCIPIENTE. NO SE OBSERVA TÁRTARO Y LA DISPOSICIÓN DE LA ENCÍA ES NORMAL, LOS DIENTES MUESTRAN CAMBIOS DE ACOMODAMIENTO COMO SI ESTUVIERAN DESPLAZANDO DE SU POSICIÓN, ESTO ES MÁS NOTABLE EN LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA ARCADA DENTAL, DONDE LOS DIENTES TIENEN MAYOR LIBERTAD DE MOVIMIENTO. HAY UNA TENDENCIA MARCADA A LA PROTUSIÓN Y EXTRUSIÓN CON -- CIERTA ROTACIÓN.

EN LA REGIÓN POSTERIOR, LOS DIENTES PIERDEN CONTACTO ENTRE SÍ, SE PUEDE ENCONTRAR UN ESPACIO ENTRE EL SE-

GUNDO PREMOLAR Y EL PRIMER MOLAR, O ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR. LOS DIENTES QUE MAYOR MOVIMIENTO-TIENEN SON LOS INCISIVOS Y MOLARES.

A SIMPLE VISTA EL TEJIDO GINGIVAL PARECE BIEN - ADHERIDO A LA SUPERFICIE DENTAL, MUCHAS VECES ES POSIBLE HALLAR BOLSAS PROFUNDAS Y ESTRECHAS DEL LADO - DE LA REABSORCIÓN ÓSEA. EL TEJIDO QUE CIRCUNDA LAS BOLSAS PUEDE NO MOSTRAR SIGNOS DE INFLAMACIÓN, PERO-CUANDO SE SONDEA EL TEJIDO SE LO SEPARA CON FACILI-- DAD DE LA SUPERFICIE DENTAL. LA HEMORRAGIA NO ES-- SIGNO CARACTERÍSTICO DE LA PERIODONTOSIS.

YA AVANZADO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD PUEDE - MOSTRAR MODIFICACIONES MARGINALES NOTORIAS COMO: IN- FLAMACIÓN GINGIVAL PROGRESIVA, TRAUMA DE LA OCLUSIÓN PROFUNDIZACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y MAYOR - PÉRDIDA ÓSEA. ÉSTA ES LA ETAPA QUE GENERALMENTE SE LE OBSERVA; SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE PERIODONT_U SIS AVANZADA O SÍNDROME PERIODONTAL.

CAPÍTULO IV

MEDIDAS QUE SE LLEVAN A CABO PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD PARO DONTAL

PARA LOGRAR UNA PERIODONCIA PREVENTIVA, ES PRECISO PROGRAMAR LA PREVENCIÓN SEGÚN LA ETAPA A LA QUE NOS ENFRENTAMOS. ÉSTAS ETAPAS PUEDEN SER:

- 1.- EVITAR LA INICIACIÓN DE LA ENFERMEDAD.
- 2.- INTERVENCIÓN ACTIVA DEL ODONTÓLOGO.
- 3.- PREVENCIÓN DE RECIDIVAS DE LA ENFERMEDAD.

1.- EVITAR LA INICIACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

ESTA PUEDE SER PREVENTIVA MEDIANTE LA INTERVENCIÓN PASIVA DEL ODONTÓLOGO, QUE CONSISTE EN EDUCAR AL PACIENTE..

ES PRECISO QUE EL PACIENTE COMPRENDA QUE ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, CUALES SON SUS EFECTOS, MEN-

CIONARLE QUE TODAS LAS PERSONAS SOMOS PROPENSAS A PADECER LA, "DECIRLE QUÉ PUEDE HACER PARA PROTEGERSE. DEBE SER - MOTIVADO PARA QUE DESEE MANTENER LIMPIA SU BOCA, PARA SU BENEFICIO PROPIO.

HAY QUE EXPLICARLE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, DECIRLE QUE EL CEPILLADO ES EL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PREVENTIVO - AUXILIAR MÁS IMPORTANTE ADMINISTRADO POR EL PACIENTE. EN NINGÚN OTRO CAMPO DE LA MEDICINA PUEDE AYUDAR EL PACIENTE TAN EFICAZMENTE EN LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD, COMO EN LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, MEDIANTE EL CEPILLADO Y COMPLEMENTANDO CON LA LIMPIEZA INTERDENTARIA CON: HILO DENTAL, ESTIMULADORES INTERDENTARIOS E IRRIGACIÓN DE AGUA BAJO PRESIÓN.

EL PACIENTE DEBERÁ COMPRENDER QUE EL RASPADO Y LIMPIEZA PERIÓDICA DE LOS DIENTES EN EL CONSULTORIO DENTAL, SON MEDIDAS PREVENTIVAS ÚTILES, PERO PARA QUE SEAN MÁS EFICACES HAY QUE COMBINARLAS CON LA HIGIENE BUCAL DIARIA QUE REALIZA EN SU CASA. DEMOSTRARLE CÓMO SE DEBE DE CEPILLAR SUS DIENTES MEDIANTE INSTRUCCIÓN Y SUPERVISIÓN, ES POSIBLE QUE LOS PACIENTES REDUZCAN LA FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL MUCHO MÁS EFICAZMENTE QUE CON SUS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL. LA ENSEÑANZA EN EL CONSULTORIO DE CÓMO DEBE CEPILLARSE LOS DIENTES CONSISTE EN UNA DEMOS

TRACIÓN DEL USO DEL CEPILLO DE DIENTES Y ACCESORIOS DE HI
GIENE BUCAL. ESTE ES UN PROCESO LABORIOSO QUE DEBE SER-
CONTROLADO UNA Y OTRA VEZ HASTA QUE EL PACIENTE DEMUESTRE
QUE HA DESARROLLADO LA HABILIDAD NECESARIA.

2.- INTERVENCIÓN ACTIVA DEL ODONTÓLOGO, LA CUAL CON-
SISTE EN UNA ACCIÓN PROFILÁCTICA QUE SE BASA EN LA ELIMI-
NACIÓN DEL TÁRTARO DENTARIO, DE PLACA BACTERIANA Y PIGMEN-
TACIONES, PULIDO DE LAS PIEZAS, REVISIÓN DE LAS PRÓTESIS,
DE LA OCLUSIÓN, OBTURACIONES.

a.- ELIMINACIÓN DEL TÁRTARO. LA ELIMINACIÓN DEL --
TÁRTARO SE REALIZA POR MEDIO DE INSTRUMENTACIÓN MANUAL O-
MECÁNICO. PARA LA ELIMINACIÓN MANUAL EXISTEN CINCELES,-
HOCES, AZADAS, CURETAS, ETC., SE OBTIENEN EN EL MERCADO -
EN DIVERSOS TAMAÑOS FINOS O GRUESOS. PARA LA INSTRUMEN-
TACIÓN MECÁNICA SE UTILIZA EL ULTRASONIDO.

EN SU MAYOR PARTE, LOS DEPÓSITOS A ELIMINAR SUPRAGIN-
GIVALES SON BASTANTE BIEN VISUALIZADOS. LAS ZONAS DONDE
SE LOCALIZAN MAYORES DEPÓSITOS CALCÁREOS SON: CARAS LIN--
GUALES DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES, Y LAS CARAS-
VESTIBULARES DE LOS MOLARES SUPERIORES.

EL ACCESO PARA ELIMINAR LOS DEPÓSITOS SUPRAGINGIVA--
LES ES FÁCIL. HAY QUE APRECIAR LA EXTENSIÓN DE LOS ----
CÁLCULOS SUBGINGIVALES ANTES DE TRATAR DE RETIRARLOS.

ELLO SUPONE EL DESLIZAMIENTO DE UN INSTRUMENTO A LO LARGO DE LOS CÁLCULOS, EN DIRECCIÓN DEL ÁPICE HASTA QUE SE SIEN TA LA TERMINACIÓN DE LOS CÁLCULOS, SOBRE LA RAÍZ. EL -- ODONTÓLOGO DEBERÁ TRATAR DE VER TODA LA MASA DE CÁLCULO - INSULFANDO AIRE TIBIO ENTRE EL DIENTE Y EL MARGEN GINGI-- VAL, O SEPARANDO LA ENCÍA CON UNA SONDA O UNA TORUNDA DE- ALGODÓN PEQUEÑA.

POR LO GENERAL EL CÁLCULO SUBGINGIVAL ES PARDO O DE- COLOR CHOCOLATE, O PUEDE SER MÁS CLARO, CASI DE COLOR DEL DIENTE, Y ASÍ ESCAPAR A LA DETECCIÓN. MUCHAS VECES RE-- SULTA DIFÍCIL VER LOS CÁLCULOS EN BOLSAS PROFUNDAS A CAU- SA DEL VOLUMEN DE LA PARED BLANDA.

LA REMOCIÓN DEL CÁLCULO SUBGINGIVAL COMPLETA, RESUL- TA UN POCO PROBLEMÁTICO, YA QUE REQUIERE DEL DESARROLLO - DE UN SENTIDO DEL TACTO MUY DELICADO, DURANTE EL PROCE- DIMIENTO DE RASPAJE, HAY QUE CONTROLAR Y VOLVER A CONTRO- LAR LA LISURA DE LA RAÍZ, CON UN RASPADOR FINO O UN EXPLO RADOR AGUDO.

EL PULIDO DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS SE REALIZA -- POR MEDIO DE UNA TACITA DE GOMA ROTATORIA CON UNA PASTA-- COMPUESTA CON PIEDRA PÓMEZ EN POLVO Y AGUA, LA FLEXIBILI- DAD DE LA TACITA DE GOMA PERMITE QUE LLEGUE A LA ZONA SUB GINGIVAL SIN TRAUMATIZAR A LOS TEJIDOS. UNA VEZ PULIDAS

LAS SUPERFICIES SE LIMPIA EL CAMPO CON AGUA TIBIA Y SE --
USA PRESIÓN SUAVE PARA ADAPTAR LA ENCÍA AL DIENTE. ALGU
NOS PERIODONCISTAS DESPUÉS DEL PULIDO USAN PASTA FLUORURO
DE SODIO O UNA SOLUCIÓN SATURADA DE SILICOFUORURO CON --
UNA TAZA DE PULIR DE GOMA BLANDA COMO DESENSIBILIZANTE PA
RA ZONAS CERVICALES EXPUESTAS.

ANTES Y DESPUÉS DE PULIR DEBEMOS USAR LAS SOLUCIONES
REVELADORAS, LAS CUALES TIENEN LA PROPIEDAD DE DETECTAR -
LA PLACA DENTAL BACTERIANA, LAS PRESENTACIONES QUE SE EN-
CUENTRAN SON: SOLUCIONES CONCENTRADAS, ÉSTAS SE USAN EN -
COMBINACIÓN DEL AGUA, SE DILUYEN UNAS CUANTAS GOTAS EN UN
PEQUEÑO VASO DE AGUA Y SE LE INDICA AL PACIENTE QUE HAGA-
ENJUAGATORIOS.

PUEDE USARSE TAMBIÉN LA FÓRMULA COMPUESTA DE 6gms. -
DE FUCINA BÁSICA EN 100c^m. DEL ALCOHOL ETÍLICO AL 95%.

FINALMENTE EN LA PRESENTACIÓN DE PASTILLAS CON COLOR
ROJO OSCURO Y LEVE TONALIDAD DE MORADO.

SE LE INDICA AL PACIENTE QUE MUERDA LA PASTILLA PARA
QUE SEA TRITURADA, Y A LA VEZ SE VAYA DESBARATANDO EN EL-
MEDIO SALIVAL. SE LE DEBE RECORDAR NO PASARSE LA SALIVA
SEA CUAL FUERA LA SUSTANCIA REVELADORA QUE SE USE, SE LE-
INDICA QUE REALICE MOVIMIENTOS BUCALES (LENGUA, LABIOS, --

CARRILLOS) Y QUE EJERZA PRESIONES LINGUALES CON LA FINALIDAD DE QUE LA SUSTANCIA PENETRE EN LAS CARAS PROXIMALES, - DE ESTA FORMA SE LOGRARÁ PIGMENTAR TODAS LAS SUPERFICIES-DENTARIAS QUE PRESENTEN PLACA DENTAL Y EL PACIENTE LA RECORDARÁ CADA VEZ QUE CEPILLE SUS DIENTES.

b.- REVISIÓN DE LA PRÓTESIS. LA REVISIÓN DE LA PRÓTESIS FIJA EN ESTE PUNTO NOS VAMOS AFIJAR QUE ESTÉN BIEN-AJUSTADAS SUS CORONAS O ANCLAJES, YA QUE DE OTRA MANERA - NOS VAN A PROVOCAR EMPAQUETAMIENTO DE LOS ALIMENTOS.

LAS OBTURACIONES QUE CONTENGAN MÁRGENES DESBORDANTES SON TAMBIÉN FACTORES TRAUMÁTICOS EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PERMITIENDO EL EMPAQUETAMIENTO DE LOS ALIMENTOS, - VAMOS A CONTORNEAR A LOS MÁRGENES O A MODIFICAR LAS OBTURACIONES.

TENEMOS QUE ELIMINAR LAS INCRUSTACIONES MAL AJUSTADAS Y FABRICAR NUEVAS Y BIEN AJUSTADAS PARA ASÍ ELIMINAR LA CAUSA DE EMPAQUETAMIENTO DE ALIMENTOS.

VAMOS A REVISAR LAS PRÓTESIS REMOVIBLES, AJUSTANDO - SUS GANCHOS PARA EVITAR QUE ACTÚEN ELEMENTOS TRAUMÁTICOS. ES DE ADVERTIR QUE LAS PRÓTESIS REMOVIBLES CARENTES DE ANCLAJE INTERDENTAL OFRECEN RIESGOS IRRITATIVOS PARA LA ESTRECHA RELACIÓN DE SUS GANCHOS CON LA ENCÍA. EL APOYO -

DE UNA SILLA NUNCA DEBERÁ PRESIONAR DEMASIADO EL PROCESO, ASÍ SE EVITARA LA EXTENSIÓN INFLAMATORIA A LOS ELEMENTOS PERIODONTALES MÁS PRÓXIMOS.

c.- REVISIÓN DE LA OCLUSIÓN. VAMOS A REVISAR LA -- OCLUSIÓN PARA CERCIORARNOS DE QUE EXISTA BUENA RELACIÓN - CÉNTRICA, SI EXISTEN DIENTES EN MAL POSICIÓN, O ALGÚN --- OTRO FACTOR QUE NOS PONGA EN PELIGRO LA INTEGRIDAD DEL PE RIODONTO.

3.- PREVENCIÓN DE RECIDIVAS: PARA PODER PREVENIR - LAS RECIDIVAS, ES NECESARIA UNA LABOR CONJUNTA DEL ODONTÓ LOGO CON EL PACIENTE, EN ESTE PUNTO SE RECOMIENDA LA FI-- SIOTERAPIA ORAL.

LOS OBJETIVOS DE LA FISIOTERAPIA ORAL, CONSISTEN EN- LA REMOCIÓN DE TODA LA MATERIA ALBA Y DE LOS RESIDUOS ALI MENTICIOS ADHERIDOS A LAS SUPERFICIES DENTARIAS, PARA IM- PEDIR LA FORMACIÓN DEL TÁRTARO Y MANTENER EN BUEN ESTADO- DE SALUD A LOS TEJIDOS PERIODONTALES. DE ESTE MODO EL - PROCEDIMIENTO DE CEPILLADO DEBE SER LLEVADO A CABO CON EL FIN DE ASEGURARSE LOS MÁXIMOS BENEFICIOS DE LA LIMPIEZA - DE LOS DIENTES, Y DE LA ESTIMULACIÓN DE LA ENCÍA CON UN - MÍNIMO GRADO DE TRAUMATISMO .

a.- TIPOS DE CEPILLADO. LOS TIPOS DE CEPILLOS DENTALES SON DE DIVERSOS TAMAÑOS, DISEÑOS, DUREZA, LOGITUD Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CERDAS. LA FINALIDAD DEL CEPILLO ES LA DE LIMPIAR EFICAZMENTE Y PROPORCIONAR ACCESIBILIDAD A TODAS LAS ÁREAS DE LA BOCA, ES POR ESO QUE EL TAMAÑO DEL MANGO DEBE SER DE TAL FORMA QUE SE PUEDA AGARRAR FIRMEMENTE PARA QUE SE DOBLE FÁCILMENTE CON EL USO. LA CABEZA DEBERÁ SER LO BASTANTE PEQUEÑA PARA QUE SE PUEDA INTRODUCIR FÁCILMENTE A LA BOCA. Y LO BASTANTE GRANDE PARA QUE CUBRA VARIAS SUPERFICIES DE VARIOS DIENTES A LA VEZ.

LA ELECCIÓN DE CEPILLO ES CUESTIÓN DE PREFERENCIA -- PERSONAL, LA MANIPULACIÓN FÁCIL POR PARTE DEL PACIENTE ES UN FACTOR IMPORTANTE EN LA ELECCIÓN DEL CEPILLO.

LA CABEZA IDEAL DEL CEPILLO DEBE TENER 2.5 a 3 cm. - DE LARGO POR 0.75 a 1.0 cm. DE ANCHO DE 3 a 5 HILERAS DE CERDAS Y DE 5 a 10 PENACHOS POR HILERA.

LOS PENACHOS BIEN ACOPLADOS PERMITEN UNA FÁCIL LIMPIEZA DEL MISMO Y SU RÁPIDO SECADO DESPUÉS DE USARLO.

LAS CERDAS PUEDEN SER NATURALES O SINTÉTICAS, LAS -- VENTAJAS QUE TIENEN LAS CERDAS SINTÉTICAS SOBRE LAS NATURALES ES QUE LAS SINTÉTICAS CONSERVAN SU FIRMEZA DURANTE MÁS TIEMPO QUE LAS NATURALES Y SU TIEMPO DE DURACIÓN.

LA DISPOSICIÓN DE LAS CERDAS. ÉSTAS DEBEN ESTAR SE PARADAS PARA PERMITIR UNA MEJOR ACCIÓN DE LAS FIBRAS, --- PUESTO QUE SE PUEDE ARQUEAR Y LLEGAR A ZONAS QUE NO ALCANZARÍAN CON UN CEPILLO TOTALMENTE CUBIERTO POR LAS CERDAS.

ESTAS CERDAS DEBERÁN SER BLANDAS Y LOS EXTREMOS RE--DONDEADOS CON EL FIN DE NO LASTIMAR LA ENCÍA. DEBERÁN -DE SER TODAS DE LA MISMA LONGITUD Y PLANOS EN TODOS LOS -SENTIDOS, PUES ASÍ SE ADAPTAN MEJOR A TODAS LAS ZONAS.

PARA LA ELECCIÓN DE LAS CERDAS ACTÚAN VARIOS FACTO--RES, COMO EL ESTADO MORFOLÓGICO DE LA ENCÍA ADHERIDA, LA-RELACIÓN MUTUA DE LOS DIENTES Y LA ENCÍA.

OTRO TIPO DE CEPILLOS QUE EXISTEN EN EL MERCADO SON-LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS. AL IGUAL QUE LOS MANUALES SON-DE DIVERSOS TIPOS, ALGUNOS CON MOVIMIENTOS DE ARCO O UNA-ACCIÓN RECÍPROCA DE ATRÁS HACIA ADELANTE, MOVIMIENTOS HE-LÍPTICOS, O UNA COMBINACIÓN DE LOS PRIMEROS. ESTE TIPO-DE CEPILLOS SE RECOMIENDA A LAS PERSONAS QUE ESTÁN FÍSICA O MENTALMENTE IMPEDIDAS Y PARA LA LIMPIEZA ALREDEDOR DE--LOS APARATOS DE ORTODONCIA.

ALGUNOS AUTORES SEÑALAN QUE LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS-SON SUPERIORES A LOS MANUALES EN TÉRMINOS DE REMOCIÓN DE-LA PLACA Y ACUMULACIÓN DE TÁRTARO Y MEJORAMIENTO DE LA SA-LUD PERIODONTAL, OTROS AFIRMAN QUE PUEDEN CAUSAR DAÑOS A-

LOS TEJIDOS TANTO BLANDOS COMO DUROS.

EL TIPO DE CEPILLO QUE SE USE NOS DARÁ LOS MISMOS RESULTADOS SI SE INSTRUYE ADECUADAMENTE AL PACIENTE.

BASS, RECOMIENDA EL CEPILLO DE CERDAS BLANDAS Y DE -- MANGO RECTO, DE CERDAS SINTÉTICAS DE 0.75mm. DE DIÁMETRO Y 10 mm. DE LARGAS CON EXTREMOS REDONDEADOS, DISPUESTO EN 3 HILERAS DE 6 PENACHOS REGULARMENTE ESPACIADOS, PARA NIÑOS-- ESTÁ EL CEPILLO MÁS CORTO DE 0.12mm. (MÁS BLANDO) Y MÁS -- CORTO DE 7mm.

b.- DENTRÍFICOS. LOS DENTRÍFICOS SON EL COMPLEMENTO PARA LA LIMPIEZA Y PULIDO DE LOS DIENTES, ÉSTOS SE PUEDEN- USAR EN FORMA DE POLVO, PASTA, O LÍQUIDOS. LA FUNCIÓN DE LIMPIEZA DE LOS DENTRÍFICOS ES UNA CONSECUENCIA DIRECTA DE SU ACCIÓN ABRASIVA, Y SE RELACIONA ÍNTIMAMENTE CON LA DUREZA Y EL TAMAÑO DE LAS PARTÍCULAS DEL AGENTE LIMPIADOR CONTENIDO EN EL DENTRÍFICO.

LA FUNCIÓN DE UN DENTRÍFICO ES:

- 1.- LIMPIEZA Y PULIDO DE LAS SUPERFICIES DENTALES.
- 2.- DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA CARIES.
- 3.- PROMOCIÓN DE LA SALUD GINGIVAL.
- 4.- CONTROL DE OLORES BUCALES Y SUMINISTRO DE UNA --- SENSACIÓN DE LIMPIEZA BUCA.

UN BUEN DENTRÍFICO DEBE FACILITAR LA REMOCIÓN POR PARTE DEL CEPILLO DE LOS DEPÓSITOS NO CALCIFICADOS, QUE SE ACUMULAN SOBRE LAS SUPERFICIES DENTARIAS. ES NECESARIO QUE LOS DENTRÍFICOS SEAN SUFICIENTEMENTE ABRASIVOS PARA LIMPIAR Y PULIR SATISFACTORIAMENTE, PERO DEBEN DE PROPORCIONAR UN MARGEN DE SEGURIDAD PARA PROTEGER EL CEPILLADO ENÉRGICO CONTRA EL DESGASTE DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS.

LOS COMPONENTES DE LOS DENTRÍFICOS VARÍAN ACENTUADAMENTE DE LOS DIFERENTES COMPUESTOS QUE EXISTEN EN EL MERCADO, SIN EMBARGO, SE PUEDEN AGRUPAR EN 7 CATEGPRÍAS:

- 1.- ABRASIVOS.
- 2.- AGUA.
- 3.- HUMECTANTES.
- 4.- LIGADORES.
- 5.- AGENTES TERAPÉUTICOS.
- 6.- DETERGENTES.
- 7.- INGREDIENTES VARIOS (COLORANTES, ESENCIAS, ETC.).

LOS ABRASIVOS MÁS COMUNES SON: PIROFOSFATOS DE CALCIO CARBONATO DE CALCIO, FOSFATO DE CALCIO BIHIDRATADO, DIOXIDO DE LILICIO HIDRATADO, MATAFOSFATO DE SODIO. LOS DENTRÍFICOS CONVENCIONALES CONTIENEN ENTRE 35 y 50% DE ABRASIVOS, LOS POLVOS CONTIENEN ENTRE UN 85 y 95%, LOS DENTRÍFICOS LÍQUIDOS NO CONTIENEN.

EL AGUA SE USA PARA DARLE LA CONSISTENCIA NECESARIA, SIRVE COMO SOLVENTE PARA LOS OTROS COMPONENTES; EL AGUA ES POR LO GENERAL DESIONIZADA EN UNA CANTIDAD DE 20 a 30% EN PASTA Y DEL 50 a 65% EN DENTRÍFICOS LÍQUIDOS, LA PRESENTACIÓN EN POLVO NO CONTIENE.

LOS HUMECTANTES SE UTILIZAN PARA EVITAR QUE LOS DENTRÍFICOS SE SEQUEN, SI SE LES EXPONE AL AIRE (CUANDO NOS OLVIDAMOS DE CERRAR EL TUBO), COMO ASIMISMO, PARA DARLE APARIENCIA CREMOSA DE BUENA PASTA. LAS PASTAS CONTIENEN ENTRE UN 20 y 30%, ENTRE LOS MÁS COMUNES SON EL SORBITOL, GLICRINA Y EL PROPILENGLICOL.

LOS LIGADORES SIRVEN PARA PREVENIR LA SEPARACIÓN DE LOS COMPONENTES SÓLIDOS Y LÍQUIDOS, DURANTE EL ALMACENAMIENTO. ESTOS COLOIDES HIDRÓFILOS QUE ABSORBEN AGUA Y FORMAN MASA VISCOZA DE CONSISTENCIA SEMILÍQUIDA, LOS DENTRÍFICOS EN PASTA CONTIENEN ENTRE UN 2% Y LOS LÍQUIDOS UN 1%.

LOS DETERGENTES MÁS USADOS EN LA FABRICACIÓN DE LOS DENTRÍFICOS SON: N-LAUROIL SARCOFINATO DE SODIO, LAUROIL-SULFATO DE SODIO MONGLICERIDO, SULFONATO DE SODIO (DERIVADO DEL COCO). ESTOS SON LOS ENCARGADOS DE HACER ESPUMA EN EL DENTRÍFICO, ADEMÁS SIRVE EN CIERTA MEDIDA PARA FACILITAR LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES. LA CONCENTRACIÓN DE --

LOS DETERGENTES EN PASTA ES DE 3 a 6% EN POLVO ES DE 0.5%--
Y EN LOS LÍQUIDOS ES DE 1%.

LOS AGENTES TERAPÉUTICOS QUE SE HAN TRATADO DE INTRO-
DUCIR EN LOS DENTRÍFICOS, HAN SIDO MUCHOS, SOLO LOS FLUORU-
ROS HAN TENIDO ÉXITO, LA AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, HA -
RECOMENDADO A DOS DENTRÍFICOS LA CAPACIDAD DE PREVENIR LA
CARIES PARCIALMENTE, ESTOS SON: CREST A BASE FLUORURO ESTÁ-
NOSO Y COLGATE MFP A BASE MONOFLUORFOSFATO DE SODIO, EN --
UNA CANTIDAD DE ION FLUORURO DE 0.1%.

LOS INGREDIENTES VARIOS SIRVEN PARA DISTINGUIR UN DEN-
TRÍFICO DE OTRO DÁNDOLE SABOR, COLOR, ETC., LAS COMPOSICIO-
NES SON GUARDADAS CELOSAMENTE POR LOS FABRICANTES.

PARA PODER DISTINGUIR Y RECOMENDAR UN DENTRÍFICO EN -
ESPECIAL, ES ACONSEJABLE HACER UNA EVALUACIÓN DEL PACIENTE
DE SU CONDICIÓN CLÍNICA Y DE SUS NECESIDADES PERSONALES DE
HIGIENE BUCAL, LAS CONDICIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLAN-
DOS DE LA BOCA, EDAD DEL PACIENTE.

c.-TÉCNICAS DE CEPILLADO. LA TÉCNICA DE CEPILLADO --
SE LE ENSEÑA AL PACIENTE DEBERÁ DE TENER LOS MISMOS OBJE-
TIVOS: REMOCIÓN DE LAS PARTÍCULAS DE ALIMENTO, INTRODUCI--
DAS EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS; REMOCIÓN DE MATERIA AL-
BA; DARLE MASAJES A LA ENCÍA Y ASÍ LOGRAR PRESERVAR LA SA-
LUD BUCAL.

NUMEROSAS TÉCNICAS DE CEPILLADO SE HAN DESCRITO ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN: MÉTODO DE BASS, MÉTODO DE STILLMAN-MODIFICADO, MÉTODO DE FONES, MÉTODO FISIOLÓGICO DE SMITH Y BELL.

HAY QUE RECORDAR QUE ES LA MINUCIOSIDAD Y NO LA TÉCNICA, EL FACTOR MÁS IMPORTANTE QUE DETERMINA LA EFICACIA DEL CEPILLADO DENTARIO.

PARA CUALQUIER TÉCNICA QUE SE ESCOJA, LA UTILIZACIÓN DEL CEPILLO DEBERÁ SER SISTEMÁTICA, PARA ESTE EFECTO LA CAVIDAD BUCAL LA DIVIDIMOS EN DOS SECCIONES, EMPEZANDO POR LA ZONA VESTIBULAR SUPERIOR DERECHA, SIGUIENDO A PREMOLARES, CANINOS E INCISIVOS CENTRALES, DEL LADO IZQUIERDO CANINOS E INCISIVOS PREMOLARES, CONTINUANDO POR LA PARTE LINGUAL IZQUIERDA Y TERMINANDO EN LA ZONA DE LOS MOLARES DERECHOS; PARA LA MANDÍBULA ES EN LA MISMA FORMA. PARA MOSTRAR LA TÉCNICA AL PACIENTE, SE LE DICE QUE NOS MUESTRE SU TÉCNICA QUE HA VENIDO USANDO, SE LE DA UN ESPEJO, SE MOJAE EL CEPILLO Y EL PACIENTE NOS MUESTRA SU TÉCNICA; SE LE MENCIONAN SUS ERRORES, DESPUÉS EL ODONTÓLOGO DEMUESTRA LA TÉCNICA QUE MÁS LE AGRADE, HACIÉNDOLO PRIMERAMENTE EN MODELOS DESPUÉS SE HACE EN LA BOCA MIENTRAS EL PACIENTE SE VE EN EL ESPEJO, LUEGO EL PACIENTE USA EL CEPILLO MIENTRAS EL ODONTÓLOGO LO GUÍA Y LO CORRIGE.

ES NECESARIO RECORDARLE AL PACIENTE LA PRESENCIA DE LA PLACA DENTAL MEDIANTE LAS PASTILLAS REVELADORAS.

A CONTINUACIÓN EXPONDRE LOS MÉTODOS DE CEPILLADO, CADA UNO DE LOS CUALES REALIZÁNDOLO CON PROPIEDAD, NOS PUEDE DAR EL RESULTADO DESEADO.

1.- MÉTODO DE BASS. SE COMIENZA A LIMPIAR LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y PROXIMALES DE LA ZONA MOLAR DERECHA, COLOCANDO LA CABEZA DEL CEPILLO PARALELA AL PLANO OCLUSAL, CON LAS CERDAS HACIA ARRIBA, POR ATRÁS DE LA SUPERFICIE -- DISTAL DEL ÚLTIMO MOLAR SE COLOCAN LAS CERDAS A 45° RESPECTO AL EJE MAYOR Y FUÉRCENSE LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS DENTRO DEL SURCO GINGIVAL, Y SOBRE EL MARGEN GINGIVAL, ASEGURÁNDOSE QUE LAS CERDAS PENETREN EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL. SE EJERCE UNA PRESIÓN SUAVE EN EL SENTIDO DEL EJE -- MAYOR DE LAS CERDAS Y SE ACTIVA EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO VIBRATORIO HACIA ADELANTE Y ATRÁS, CONTANDO HASTA 10. ESTO LIMPIA DETRÁS DEL ÚLTIMO MOLAR, LA ENCÍA MARGINAL, -- DENTRO DE LOS SURCOS GINGIVALES Y A LO LARGO LAS SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES. SE DESCENDE EL CEPILLO Y SE MUEVE HACIA ADELANTE Y SE REPITE EL PROCESO EN LA ZONA DE LOS PREMOLARES. AL LLEGAR AL CANINO SUPERIOR DERECHO, SE COLOCA EL CEPILLO DE MODO QUE LA ÚLTIMA HILERA DE LAS CERDAS QUEDE DISTAL A LA PROMINENCIA CANINA, Y NO SOBRE DE -- ELLA, SE ACTIVA EL CEPILLO ELEVÁNDOLO Y MOVIÉNDOLO HACIA --

MESIAL A LA PROMINENCIA CANINA, ENCIMA DE LOS INCISIVOS SUPERIORES, SE ACTIVA EL CEPILLO ZONA POR ZONA EN TODO EL MAXILAR SUPERIOR, HACIA LA ZONA MOLAR IZQUIERDA.

EN LAS SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES IZQUIERDAS, SE COLOCA EL CEPILLO HORIZONTALMENTE EN LA ZONA DE LOS MOLARES Y PREMOLARES. PARA ALCANZAR LAS SUPERFICIES PALATINAS DE LOS DIENTES ANTERIORES, EL CEPILLO SE COLOCA VERTICALMENTE PRESIONÁNDOSE LAS CERDAS DENTRO DEL EXTREMO, DENTRO DEL SURCO GINGIVAL E INTERPROXIMALMENTE ALREDEDOR DE 45° RESPECTO AL EJE MAYOR DEL DIENTE Y SE ACTIVA CON GOLPES CORTOS, SI EL ARCO LO PERMITE EL CEPILLO SE COLOCA HORIZONTALMENTE, ENTRE LOS CANINOS, CON LAS ARCADAS ANGULADAS DENTRO DE LOS SURCOS DE LOS DIENTES ANTERIORES.

UNA VEZ CONCLUIDO EL MAXILAR SUPERIOR, SE SIGUE CON EL MAXILAR INFERIOR POR LAS SUPERFICIES VESTIBULARES, SECTOR POR SECTOR DESDE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR DERECHO, -- HASTA DISTAL DEL MOLAR IZQUIERDO, DESPUÉS SE LIMPIAN LAS SUPERFICIES LINGUALES SECTOR POR SECTOR, DESDE LA ZONA MOLAR IZQUIERDA HASTA LA ZONA MOLAR DERECHA, EN LA REGIÓN ANTERIOR INFERIOR, EL CEPILLO SE COLOCA VERTICALMENTE, -- CON LAS CERDAS ANGULADAS HACIA EL SURCO GINGIVAL.

PARA LIMPIAR LAS SUPERFICIES OCLUSALES, SE PRESIONEN FIRMEMENTE E INTRODUCIENDO LOS EXTREMOS ENTRE LOS SURCOS-

Y FISURAS, SE ACTIVA EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRAS Y ADELANTE Y AVANZANDO SECTOR POR SECTOR, HASTA COMPLETAR TODA LA ARCADA.

2.- METODO DE CARTERS. EL CEPILLO SE SOSTIENE POR-VESTIBULAR CON EL MANGO EN POSICIÓN HORIZONTAL, CON LAS -CERDAS CONTRA LOS DIENTES Y LA ENCÍA, APUNTANDO HACIA LA-CORONA CON UN ANGULO DE 45° , APOYADAS UNA MITAD SOBRE LOS DIENTES Y OTRA MITAD SOBRE LA ENCÍA MARGINAL, SE EJERCE -PRESIÓN HACIA ADENTRO Y LEGERAMENTE APICAL, DE MODO QUE -LOS LADOS DE LAS CERDAS PRESIONEN EL MARGEN GINGIVAL. SE ACTIVA EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO VIBRATORIO MUY CORTO, DE NODO QUE LA CABEZA DEL CEPILLO SE MUEVA EN SENTIDO CIRCULAR, PERO QUE LAS CERDAS PERMANEZCAN ESTACIONARIAS SIN-HACER MOVIMIENTO EN SENTIDO APICAL Y OCLUSAL. LA VIBRA-CIÓN SIRVE PARA AFLOJAR LOS RESIDUOS, PARA LLEVAR LAS CERDAS EN CUALQUIER ESPACIO INTERDENTARIO, PARA EJERCER PRE-SIÓN SOBRE EL TEJIDO MARGINAL INTERDENTAL Y PARA DAR MASA JE A LA ENCÍA. DE LA MISMA MANERA SE CEPILLAN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DESPLAZANDO LA CABEZA DEL CEPILLO EN-TODA LA ARCADA.

LAS SUPERFICIES OCLUSALES SE CEPILLAN CON EL MISMO -MOVIMIENTO CIRCULAR UTILIZANDO SOLO LAS PUNTAS DE LAS CERDAS, EN UNA APLICACION DIRECTA PENETRANDO ASÍ EN LOS SUR-COS Y FISURAS AFLOJANDO LOS RESIDUOS.

EN LAS CARAS PALATINAS Y LINGUALES SE USA SOLAMENTE LA PUNTA DEL CEPILLO, POR LA FORMA DE LA ARCADA Y NO PERMITIR LA COLOCACIÓN EN FORMA HORIZONTAL. ELLO SIGNIFICA QUE EL BRAZO SOSTIENE EL CEPILLO DEBE ESTAR INCLINADO EN UN ÁNGULO BASTANTE INCÓMODO PARA APLICARLO CORRECTAMENTE. EN EL MAXILAR INFERIOR, EL BRAZO DEBE SER LEVANTADO CASI SOBRE LA CABEZA.

3.- MÉTODO DE STILLMAN. EL CEPILLO SE COLOCA DE MODO QUE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS QUEDEN EN PARTE SOBRE LA ENCÍA Y EN PARTE SOBRE LA PORCIÓN CERVICAL DE LOS DIENTES LAS CERDAS DEBEN DE SER OBLICUAS AL EJE MAYOR DEL DIENTE Y ORIENTADAS EN SENTIDO APICAL, SE EJERCE PRESIÓN LATERAL MENTE CONTRA EL MARGEN GINGIVAL HASTA PRODUCIR UN EMPALDECIMIENTO PERCEPTIBLE, SE SEPARA EL CEPILLO PARA PERMITIR QUE LA SANGRE VUELVA A LA ENCÍA, SE APLICA PRESIÓN VARIAS VECES Y SE IMPRIME AL CEPILLO UN MOVIMIENTO VIBRATORIO SUAVE, CON LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS EN POSICIÓN.

SE REPITE EL PROCESO EN TODA LA SUPERFICIE DENTARIA, COMENZANDO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR, PROCEDIENDO SISTEMÁTICAMENTE EN TODA LA BOCA.

LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LAS ZONAS ANTERIORES SUPERIOR E INFERIOR, EL MANGO DEL CEPILLO ESTARÁ PARALELO AL PLANO OCLUSAL Y 2 ó 3 PENACHOS DE CERDAS TRABAJAN SO--

BRE LOS DIENTES Y LA ENCÍA.

LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS MOLARES Y PREMOLARES SE LIMPIAN COLOCANDO LAS CERDAS PERPENDICULARMENTE AL PLANO OCLUSAL, Y PENETRANDO EN PROFUNDIDAD EN LOS SURCOS- Y ESPACIOS INTERPROXIMALES.

4.- MÉTODO DE STILLMAN MODIFICADO. ESTE MÉTODO CONSISTE EN UNA ACCIÓN VIBRATORIA CON MOVIMIENTO DEL CEPILLO EN SENTIDO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE. EL CEPILLO SE COLOCA DE TAL FORMA QUE LAS CERDAS QUEDEN UNA PARTE SOBRE LA ENCÍA Y OTRA SOBRE LA PORCIÓN CERVICAL DE LOS DIENTES, -- LAS CERDAS DEBEN SER OBLICUALAL EJE MAYOR DEL DIENTE Y -- ORIENTADAS EN SENTIDO APICAL, SE ACTIVA EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS DE FROTAMIENTO EN LA ENCÍA INSERTADA EN EL MARGEN GINGIVAL Y EN LA SUPERFICIE DENTARIA. SE GIRA EL -- MANGO HACIA LA CORONA Y SE VIBRA MIENTRAS SE MUEVE EL CEPILLO.

5.- MÉTODO DE FONES. SE INSERTA EL CEPILLO EN LA BOCA Y SE OCLUYE DE MODO QUE EL MANGO DEL CEPILLO QUEDE -- PARALELO A LA LINEA DE OCLUSIÓN Y LAS CERDAS PERPENDICULARES A LAS SUPERFICIES VESTIBULARES, SE DESCRIBEN AMPLIOS CÍRCULOS DE BARRIDO Y FROTADO. COMO LOS DIENTES -- SUPERIORES ESTÁN EN CONTACTO, AMBAS HILERAS DENTALES SERÁN CEPILLADAS EN ESTA FORMA. LUEGO SE SEPARAN LAS ARCADAS Y SE PROCEDE POR IGUAL EN CADA MAXILAR POR LINGUAL Y-

PALATINO, PERO CON CIRCULOS DE LIMPIEZA MENORES. LAS CARAS OCLUSALES SERÁN BARRIDAS EN UNA DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR.

6.- MÉTODO FISIOLÓGICO DE SMITH Y BELL. EL MANGO DEL CEPILLO SERÁ SOSTENIDO EN POSICIÓN HORIZONTAL, CON LAS CERDAS EN ÁNGULO RECTO CON LOS DIENTES Y EN UN MOVIMIENTO SUAVE PERO FIRME, SE LES DIRIGE SOBRE LAS SUPERFICIES VESTIBULARES O LINGUALES DE LOS DIENTES HACIA LAS ENCÍAS. ES UNA MANERA COMPARADA A LA TRAYECTORIA DE LOS ALIMENTOS.

d.- OTROS ACCESORIOS. COMO YA SE DIJO ANTERIORMENTE, LA MEJOR FORMA DE PREVENIR LA ENFERMEDAD PERIODONTALES EL CONTROL DE LA PLACA POR MEDIO DEL CEPILLADO CORRECTO, PERO ESTE NO PUEDE HACERLO POR SÍ SOLO, ES NECESARIO DE OTROS ACCESORIOS, PORQUE LAS CERDAS NO ALCANZAN LA TOTALIDAD DE LAS CARAS INTERPROXIMALES. ESTOS ACCESORIOS PUEDEN SER: HILO DENTAL, LIMPIADORES INTERDENTARIOS, APARATOS DE IRRIGACIÓN BUCAL Y ENJUAGATORIOS.

1.- EL HILO DENTAL SE PRESENTA EN VARIOS TIPOS: PLANO, REDONDEADO, ENGERADO Y SIN ENGERAR.

SE CORTA UN TROZO DE HILO DE APROXIMADAMENTE 60cms.- SE ENVUELVEN LOS EXTREMOS ALREDEDOR DE CADA DEDO MEDIO DE CADA MANO, SE PASA EL HILO EN LOS DEDOS ÍNDICE DE CADA MA

NO, PARA PODER CONTROLAR MEJOR LA SEDA DENTAL Y EVITAR LESIONAR LOS TEJIDOS GINGIVALES, LA LONGITUD DE SEDA LIBRE-ENTRE LOS DEDOS NO DEBERÁ DE SER MAYOR DE 8 a 10 cms. SE INTRODUCE EL HILO DE SEDA DENTAL ENTRE LAS CARAS PROXIMALES DE LOS DIENTES, EMPEZANDO POR LOS INCISIVOS, LA SEDA-DENTAL, SE APLICA CONTRA UNA DE LAS CARAS PROXIMALES Y NO CONTRA LA PAPILA GINGIVAL, EL HILO DEBERÁ INTRODUCIRSE -- HASTA QUE EL PACIENTE SIENTA UNA SENSACIÓN DE DOLOR, LO CUAL INDICA QUE SE HA LLEGADO A LA ADHERENCIA EPITELIAL,-- LOS MOVIMIENTOS QUE SE APLICAN AL HILO ES DE ARRIBA HACIA ABAJO, EL HILO SE CONTORNEA ALREDEDOR DEL DIENTE PARA LIMPIAR LA MAYOR SUPERFICIE POSIBLE, LOS EXTREMOS DE LA SEDA SE TRACCIONAN PARALELAMENTE AL MARGEN GINGIVAL CON EL FIN DE EVITAR LESIONAR A LA ENCÍA. PARA LIMPIAR LOS DIENTES SUPERIORES EL HILO DENTAL SE GUÍA CON LOS DEDOS PULGARES.

HAY QUE RECORDAR QUE LA FINALIDAD DE LA SEDA DENTAL-ES ELIMINAR LA PLACA DENTAL Y NO DESPRENDER RESTOS FIBROSOS DE ALIMENTOS ACUÑADOS ENTRE LOS DIENTES Y RETENIDOS - EN LA ENCÍA.

2.- LOS ESTIMULADORES INTERDENTARIOS SE RECOMIENDAN-PARA REMOVER LA PLACA INTERDENTARIA EN AQUELLOS CASOS EN-QUE DEBIDO A DIVERSAS CIRCUNSTANCIAS, EXISTE UN ESPACIO - ENTRE LOS DIENTES O CUANDO HAY UN MAL ALINEAMIENTO DE ---

DIENTES CUYAS CARACTERÍSTICAS NO PERMITAN LA LIMPIEZA CON EL CEPILLO O LA SEDA DENTAL.

DICHOS ESTIMULADORES SE PRESENTAN EN LOS EXTREMOS DE LOS CEPILLOS, EN MANGOS INDIVIDUALES DE PLÁSTICO, DE DIVERSAS FORMAS Y GRADUACIONES, SON HECHOS DE GOMO O DE PLÁSTICO RESILIENTE; SU FORMA VA DESDE UNA PUNTA GRUESA Y EN CUÑA, HASTA LA LARGA Y SUAVE REDONDEADA.

DEBEMOS DE TENER MUY EN CUENTA RECORDARLE AL PACIENTE QUE NO DEBE FORZAR LA PUNTA DE GOMAS ENTRE LAS PAPILAS INTERDENTARIAS INTACTAS Y LOS DIENTES, PUES ELLO NOS TRAE RA COMO CONSECUENCIA LA CREACIÓN DE UN ESPACIO EN DONDE NO LO HABÍA.

3.- LOS IRRIGADORES BUCALES ESTÁN CONSIDERADOS COMO ELEMENTOS AUXILIARES PARA LA HIGIENE BUCAL, CAPACES DE REMOVER LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS Y OTROS DEPÓSITOS ADHERIDOS TENUEMENTE A LA SUPERFICIE DENTARIA. SON RECOMENDADOS PRINCIPALMENTE EN LOS PACIENTES CON PUENTES FIJOS, TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS, RESTAURACIONES INACCESIBLES Y EN AQUELLOS CASOS QUE EXISTA DIFICULTAD PARA EL USO ADECUADO DEL CEPILLO O LA SEDA DENTAL.

4.- LOS ENJUAGATORIOS PRESTAN BENEFICIOS REALES A LA LIMPIEZA FÍSICA Y DE DESALOJO EJERCIDO POR UN ENJUAGUE, -

LA ACCIÓN DE LAVADO MECÁNICO Y DE BOMBEO DE UN LÍQUIDO EN
TRE LOS DIENTES, EJERCE UNA INFLUENCIA ESTIMULANTE Y LIM-
PIADORA QUE NO TIENE PRÁCTICAMENTE POSIBILIDAD DE TRAUMA-
TIZAR A LOS TEJIDOS.

ES UN VALIOSO AUXILIAR DE LA HIGIENE BUCAL, DESPUÉS-
DEL USO DEL CEPILLO O LA SEDA DENTAL PARA LAVAR LOS RESI-
DUOS DESPRENDIDOS. HAY QUE ENSEÑAR AL PACIENTE A QUE PA-
SE EL LÍQUIDO CON GRAN VIGOR ENTRE LOS DIENTES DURANTE UN
PERIODO DE 30 SEGUNDOS ANTES DE TOMAR OTRO. ESTOS SE --
PUEDEN HACER CON AGUA COMÚN O EMPLEAR LOS QUE SE ENCUEN--
TRAN EN EL MERCADO.

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

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ES UNA DE LAS CUESTIONES -
MAS IMPORTANTES DE LA ODONTOLOGÍA MODERNA, ALGUNOS ESTU--
DIOS SEÑALAN A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL COMO UNA ENFERMEU
DAD QUE SE PRESENTABA EN LA ÉPOCA PALEONTOLÓGICA; DESDE -
ESE TIEMPO A LA FECHA, ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL AL --
IGUAL QUE LA CARIES DENTAL LA CAUSA MÁS IMPORTANTE DE LA-
PÉRDIDA DE LOS DIENTES CON SUS CONSECUENCIAS QUE LAS MIS-
MAS ACARREAN.

ES POR ESO LA PREOCUPACIÓN DE TODOS LOS ODONTÓLOGOS-
Y CIENTÍFICOS, POR DESCUBRIR NUEVAS FORMAS DE MEDICAMEN--
TOS Y TÉCNICAS PARA LA PREVENCIÓN DE DICHAS ENFERMEDADES.

LA GRAN PARTE DE LAS ENFERMEDADESPERIODONTALES SON -
PRODUCIDAS POR FACTORES IRRITATIVOS, LOS CUALES TIENEN --
SUS INICIOS EN LA FORMACIÓN DE LA PLACA DENTAL, ES POR --
ESO QUE TODA MEDIDA PREVENTIVA DE LA ENFERMEDAD DEBERÁ DE
IR ENCAMINADA AL CONTROL DE LA PLACA, LOS CUALES SE REALIU
ZAN POR MEDIO DE LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE Y EL ODONTÓ-
LOGO.

DEBEMOS ESTABLECER UN PROGRAMA SOBRE EL CONTROL DE -
PLACA DENTO-BACTERIANA, EL CUAL VA A ESTAR ENCAMINADO A -

MOTIVAR AL PACIENTE PARA QUE ADQUIERA EL HABITO DE LA HIGIENE BUCAL Y A CONSERVARLO Y MEJORARLO EN CASO DE QUE YA LO TENGA. EL PROGRAMA DEBERÁ DE ESTAR DIRIGIDO POR ODONTÓLOGO EN AYUDA DE LA ASISTENTE DENTAL.

ESTE PROGRAMA DEBERÁ SER CONDUCTIDO PASO A PASO, SIGUIENDO EL RITMO QUE LA CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN QUE EL PACIENTE PERMITA.

DEBEMOS DE TENER PRESENTE EL NO LASTIMAR PSICOLÓGICA MENTE AL PACIENTE, HACIÉNDOLE COMPRENDER QUE EL PROBLEMA DE LA PLACA AFECTA A TODO EL MUNDO, INCLUSO A NOSOTROS -- MISMOS.

LA EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL SENTIDO QUE HAN VISITAS AL DENTISTA, CONSTITUYE UNA MEDIDA PREVENTIVA IMPORTANTE. CADA VISITA QUE HAGA HA DE SER UNA ATENCIÓN PREVENTIVA CONCIENZUDA Y NO UNA SÍMPLI "REVISIÓN".

TODO PROCEDIMIENTO DENTAL, DEBERÁ DE ESTAR REALIZADO TENIENDO EN CUENTA SUS EFECTOS SOBRE EL PERIODONTO, LAS MEDIDAS APLICADAS EN EL CONSULTORIO PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD, SON PARTE DEL CUIDADO DENTAL TOTAL DE TODOS LOS PACIENTES.

SE DEBERÁ APLICAR PROGRAMAS EDUCACIONALES CON EL FIN DE DAR A CONOCER LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Y MOTIVARLO PARA QUE APROVECHE LAS VENTAJAS DE LOS MÉTODOS ACTUALES DISPONIBLES.

PARA QUE SEA EFECTIVO UN PROGRAMA DE PERIODONCIA PREVENTIVA, ES PRECISO QUE SE EXTIENDA MÁS ALLÁ DEL CONSULTORIO DENTAL HACIÁ LA POBLACIÓN EN GENERAL, USANDO PARA ELLO LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA COMO LA PRENSA, LA RADIO, LA TELEVISIÓN. EL PUEBLO DEBERÁ SER EDUCADO SOBRE LOS EFECTOS Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD.

LE DEBEMOS ACLARAR AL PACIENTE QUE SE DISPONE DE TRATAMIENTOS EFICACES Y QUE EN CUANTO MÁS RÁPIDO SE HAGA EL TRATAMIENTO, MAYORES SON LAS POSIBILIDADES DEL ÉXITO. PERO QUE LA PREVENCIÓN ES EL CAMINO MÁS SIMPLE, MÁS BREVE PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PERIODONTAL.

SE DEBERÁ SUBRAYAR EL VALOR PREVENTIVO DE UNA BUENA-HIGIENE BUCAL; ASÍ COMO EL DE LA ATENCIÓN PERIÓDICA.

EXPLICAR QUE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DEBERÁ SER EL NÚCLEO DE TODOS LOS PLANES DE SALUD MENTAL.

POR TAL MOTIVO, CADA PACIENTE DE CADA PRÁCTICA DENTAL DEBERÁ ENCONTRARSE SOMETIDO A UN PROGRAMA DE CONTROL-DE PLACA. PARA UN PACIENTE CON PERIODONTO SANO, EL CONTROL DE PLACA SIGNIFICA LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD BUCAL

PARA UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL SIGNIFICA UNA CICATRIZACIÓN POSTOPERATORIA ÓPTIMA.

Y PARA EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL TRATADA, EL CONTROL DE LA PLACA DENTAL SIGNIFICA LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD.

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

- 1.- ASH RAMFORD
PERIODONTOLOGÍA Y PERIODONCIA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
2a. EDICIÓN
ARGENTINA 1982
629 PÁGINAS.

- 2.- CARRANZA FERNÍN A.
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLICKMAN.
5a. EDICIÓN
MÉXICO, 1982
1073 PÁGINAS

- 3.- FORREST JOHN O.
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.
EDITORIAL MANUAL MODERNA
1a. EDICIÓN
MÉXICO 1979
130 PÁGINAS

- 4.- GLICKMAN IRVING
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA IRVING GLICKMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. EDICIÓN
MÉXICO, 1980
999 PÁGINAS

- 5.- KANTS SIMÓN
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
4a. EDICIÓN
451 PÁGINAS

- 6.- LYNCH MALCOLM A.
MEDICINA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA
7a. EDICIÓN
MÉXICO 1981
688 PÁGINAS
- 7.- PRICHAR JHON F.
ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA.
EDITORIAL LABOR
3a. EDICIÓN
ESPAÑA 1977
1016 PÁGINAS
- 8.- SCHLUGER SAÚL
ENFERMEDAD PERIODONTAL.
EDITORIAL CONTINENTAL
1a. EDICIÓN
MÉXICO, 1981
789 PÁGINAS