



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARACTERISTICAS DEL
PARODONTO INFANTIL

T E S I S

Que para obtener el Título de :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

ARMANDO NICOLAS NAVARRO BARRON

JOSE ALFREDO SEGURA MORA



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.

**CARACTERISTICAS DEL
PARODONTO INFANTIL**

I N D I C E

INTRODUCCION

1. - CAPITULO I
PERIODONTO NORMAL
2. - CAPITULO II
ALTERACIONES ESTOMATOLOGICAS EN LA NIÑEZ
3. - CAPITULO III
EL SIGNIFICADO DE LA PELICULA ADHERIDA EN
LA PRACTICA ODONTOLOGICA.
4. - CAPITULO IV
PREVENCIONES PARODONTALES
5. - CAPITULO V
SINDROME PAPILLON LEFEVRE REPORTE DE UN
CASO.
6. - CAPITULO VI
EL CEPILLO DENTAL EN LA ELIMINACION DE
PLACA.
7. - CAPITULO VII
EVALUACION ESTADISTICA DE UN GRUPO DE
CIEN NIÑOS MEXICANOS.
8. - CONCLUSIONES
9. - BIBLIOGRAFIA

I N T R U D U C C I O N

En nuestro país, la población infantil predomina sobre la adulta, debido a ésto todos los estudios que se lleven a cabo con el fin de prevenir los problemas en los niños, se estará colocando un grano de arena para lograr tener una población sana, por lo tanto formando un México mejor.

El prevenir la enfermedad parodontal por medio del control de placa dento-bacteriana, técnica de cepillado, ceda dental, y otros, estaremos evitando la presencia de enfermedad parodontal y se podrá dar como consecuencia una mejor cobertura de salud dental en las escuelas, facultades del país y centros asistenciales institucionales.

Al elaborar éste pequeño trabajo y someterlo a nuestro jurado lo hacemos con el mejor espíritu y con el fin de lograr que se le dé la importancia que tiene la prevención en las enfermedades parodontales y las consecuencias de éstas en el niño mexicano.

C A P I T U L O 1

PERIODONTO NORMAL

El periodonto durante la infancia y la pubertad pasa por una serie de cambios debido a la exfoliación y la erupción de to dos los dientes, por lo cuál se torna difícil la descripción del - periodonto normal que varía con la edad del paciente .

La encía de los niños con dentadura totalmente tempo- ral suele ser firme y rosada con una zona bien definida de en- cía insertada, no se presenta ni rojiza ni blanda .

El ancho de la encía insertada, varía de uno a seis - mm. , para la dentición primaria y entre uno y nueve para la dentición adulta. La zona más estrecha de encía insertada se halla en la región de los primeros premolares superiores e in feriores .

La zona más ancha se encuentra en la región de los - incisivos superiores e inferiores .

Después de la madurez se producen varios cambios - con respecto a la estrechez y anchura de la encía .

Zappler basandose en el periodonto normal del niño - nos da una descripción general enumerando sus característi- cas de la siguiente manera:

EN C I A

1. - Más rojiza debido al epitelio más delgado y menos cornificado y a la mayor vascularización.
2. - Ausencia de punteado debido a que las papilas conectivas de la lámina propia son más cortas y planas.
3. - Más blanda debido a la densidad menor del tejido conectivo de la lámina propia.
4. - Margenes redondeados y agrandados, estos son originados por la hiperemia y el edema que acompaña a la erupción.
5. - Mayor profundidad del surco, con esto se obtiene una relativa facilidad de retracción gingival.

C E M E N T O

1. - Más ancho.
2. - Menos denso.
3. - Tendencia de hiperplasia de cementoide por apical a la adherencia epitelial.

L I G A M E N T O P E R I O D O N T A L

1. - Más ancho.
2. - Haces de fibras menos densos, con menor cantidad de fibras por unidad de superficie.

3. - Mayor hidratación, mayor aporte sanguíneo, y linfático.

HUESO ALVEOLAR

1. - Cortical alveolar más delgada (radiográficamente).

2. - Menor cantidad de travéculas.

3. - Espacios medulares más amplios.

4. - Reducción del grado de descalcificación.

5. - Mayor aporte sanguíneo y linfático.

6. - Crestas alveolares más planas, asociadas con dientes primarios.

Se afirma que los descubrimientos de Zappleer con respecto a que la encía es rojiza y blanda en la dentición mixta, son válidos en razón de las modificaciones de la erupción.

Esta clasificación es la más acertada ya que la mayoría de los autores concuerdan con éstas descripciones .

ZONA INTERDENTARIA DEL "COL"

Esta zona es muy importante sobre todo en la zona de incisivos y caninos, ya que se presentan diastemas y los tejidos interdentarios son comparables, desde el punto de vista estructural y a sillas de montar.

Estas sillas de montar no se presentan en zona de molares temporales o del primer molar permanente, por lo cual son reemplazados por la forma de "Col", producida --

por los contactos proximales de los dientes posteriores.

Por lo contrario, las zonas gingivales posteriores, donde hay contactos dentarios, tienen una depresión central irregular limitada por vestibular y lingual, por la papila interdientaria a esto se le conoce como "Col".

CARACTERISTICAS BIOQUIMICAS E HISTOLOGICAS.

La zona del "Col" está cubierta por epitelio reducido del esmalte, que es de naturaleza delgada y atrófica y por lo tanto muy vulnerable.

Kohl y Zander, comprobaron que el "Col" se haya cubierto por el epitelio escamoso estratificado no queratinizado de solo cuatro capas de células.

Stallard dice que el "Col" presenta la continuación de la banda epitelial en la zona proximal, sobre base histológica, no debe ser considerada como una zona de menor resistencia.

La encía de los niños, en período de dentición primaria y durante la erupción permanente de los dientes se suele caracterizar por la erupción pasiva incompleta. Se observa una adherencia epitelial larga sobre la superficie

del esmalte y la pared gingival, desde la base de la adherencia epitelial hasta la cresta gingival es relativamente flácida.

Melcher y Eastoe; dicen que los tejidos conectivos jóvenes son más ricos en matrices de proteínas y mucopolisacáridos, que son más hidratados que los tejidos conectivos viejos.

Las proteínas y polisacáridos sulfatados tienden a aumentar con la edad.

Se sabe que en el niño el colágeno es más "soluble" y, que la insolubilidad aumenta con la edad. A medida que el colágeno "madura", su cadena de polipeptidos estrechan progresivamente su cadena cruzada con el hidrógeno y las uniones covalentes, mientras las fibras adquieren mayor resistencia a la tracción.

HISTOLOGICAMENTE

Es posible que la encía marginal de los niños, no tenga los sistemas de fibras colágenas bien orientados y densos que se observa en la encía adulta, sino que se compone de fibras reticulares y colágenas numerosas y más delicadas, carentes de la disposición en "haces" evidente en adultos.

Excluimos las fibras transeptales por ser más --

densas, bien alineadas y con inserciones formadas en el cemento y el tabique óseo subyacente.

Arnim y Hagerman afirman que su disposición y ca lidad contribuyen al tono (es decir, sosten de la encía libre - y su adherencia a la superficie dentaria). Löö agregó, que - como las fibras constituyen la mayor parte de la encía libre es razonable supner que mantienen una integridad en la formación y continuidad de la relación dentogingival.

En el infante desdentado la encía insertada es firme, punteada y bien fijada al hueso, también muy ancha.

La encía del niño también presenta una vasculariza ción más extensa y manifiesta en la zona marginal, debido a la menor cantidad de continente de la red vascular cuya extensión es inversamente proporcional al grado de colageniza ción y maduración de la matriz de un tejido.

Esta vascularización prominente explica la gran pér dida del líquido hacia el tejido conectivo propiamente dicho, fomentando su hidratación, una constitución más laxa y la -- mayor turgencia. Además es previsible que haya aumento -- del pasaje de la pérdida de líquido hacia la zona del surco - o un mayor drenaje linfático y venoso más activo.

Este líquido que origina el "ablandamiento" del teji-

do conectivo así como la mayor transferencia del líquido -- desde el corión hacia el surco y la interfase dentogingival -- genera la disminución de la adherencia de la pared gingival de la superficie dentaria y explicaría en parte, porque Waerhaug introducía hojas delicadas 0,005 mm. de espesor por 1.0 mm. de ancho y tiras de celuloide hasta las uniones amelocementarias de los dientes recién erupcionados de perros y surcos gingivales de niños. Otros investigadores al trabajar sobre interfase de diente-tejido más adultas hallaron que la adherencia era más intensa.

El grado de adherencia de la pared gingival al diente, se haya determinada por:

1. - Composición del tejido, principalmente la relación de colágeno y sustancia fundamental y a la viscosidad del gel de la matriz.
2. - El grado de rigidez estructural establecido por la organización y disposición del sistema de fibras gingivales.
3. - La longitud de la pared gingival "desinsertada" o adherida, es decir, el estado de erupción pasiva.
4. - La vascularidad de la encía, la magnitud de la pérdida de líquido vascular, hidratación de los tejidos, y flujo del surco, con su efecto sobre la adherencia entre encía y diente.

PAPILAS RETROCANINAS

Es una estructura anatómica normal bilateral, que aparece como una prominencia circunscrita entre la encía marginal libre y la unión mucogingival sobre la zona lingual de la región de caninos inferiores. Estas papilas se componen de vasos de paredes delgadas y representan una forma de desarrollo hamartomatoso, a veces éstos vasos son linfáticos.

PREVALENCIA

Es extremadamente común observarlas en los niños de más de cuatro años y en adolescentes. Cuando se presentan en personas que tienen más de cuarenta años, se dice que son unas estructuras clínicas que se involucran con la edad.

C A P I T U L O II

ALTERACIONES ESTOMATOLO- GICAS EN LA NIÑEZ

En el niño la encía presenta una variedad de apariencias conforme al desarrollo de la dentición. La forma de la papila en la niñez, está determinada por la presencia o ausencia de espacios interdentarios. Cuando los espacios del desarrollo existen, la papila es redondeada y achatada. Cuando hay ausencia de estos espacios, la papila se adapta a la forma del espacio interproximal y aparecen en forma de filo de cuchillo, tal como se presentan las papilas en la dentición del adulto.

Histológicamente la encía de los niños está queratinizada aunque un poco menos que en el adulto.

Las interdigitaciones del epitelio presentan considerables variaciones de profundidad.

El tejido conjuntivo subyacente al epitelio en los niños, está distribuido en forma menos densa y generalmente está más vascularizado. La pigmentación melánica de la encía es común en niños de raza negroide así como en niños de compleción morena.

Los depósitos melánicos son menos frecuentes en niños caucásicos y asiáticos. La profundidad del surco gingival en la dentición temporal, es mayor que el que se encuentra en la dentición permanente. El examen cuidadoso de la encía de los niños, muestra un puntilleo similar al que se observa en un adulto.

ERUPCION DE LA DENTICION TEMPORAL.

La erupción de la dentición temporal del niño, puede acompañarse de molestias e irritaciones. Conforme el diente emigra hacia el apitelio oral, se puede observar un aumento brillante y rojo que delinea la forma coronaria del diente subyacente. Cuando la corona del diente temporal perfora la mucosa oral y aparece el contorno semilunar del margen gingival, en muchos niños, la encía está de color rojo y -- edematoso y puede haber sialorrea . Ha habido considerable especulación acerca de los efectos sistémicos que produce la erupción dentaria en niños. Se han atribuido los siguientes efectos de la erupción dentaria: un alza en la temperatura, diarrea, erupciones cutáneas y alteraciones gastrointestinales. Muchas de éstas alteraciones sistémicas -

especialmente las enfermedades infecciosas, frecuentemente presentan signos orales antes de los signos y síntomas generales del padecimiento. Estos signos orales pueden estar au-mentados durante la erupción dentaria. Es importante que se evalúen padecimientos sistémicos que se presentan simultáneamente con la erupción dentaria en forma separada, ya que puede confundirse con un padecimiento sistémico serio. Con frecuencia se observa por encima del diente en erupción un hematoma o un quiste de la erupción. El quiste puede acompañarse de irritación, la cuál puede mitigar con la aplicación tópica de un anestésico y luego para romper el quiste - lo frotamos firmemente con un objeto duro y limpio como la superficie convexa de una cucharilla. La exfoliación de los dientes temporales, se puede acompañar de gingivitis sobre todo cuando los dientes están con movilidad y dolor. Además los dientes con movilidad tienden a acumular restos -- alimenticios y las medidas de higiene oral muchas veces se dificultan predisponiendo a una gingivitis moderada o bien, severa.

GINGIVITIS ERUPTIVA EN EL DESARROLLO DE LA DENTICION.

Invariablemente se observa por encima de la coro-

na del diente permanente no erupcionado un aumento de volumen en la encía. Este aumento de volúmen puede ser firme o ligeramente edematoso y presenta el contorno de la corona subyacente. Conforme erupciona el diente se observa el contorno semilunar de la encía marginal. Durante la primera etapa de la dentición mixta, la encía se encuentra adherida a la corona debido a que el surco gingival no llega hasta la unión amelocementaria hasta completarse la erupción del permanente. La mitad cervical de la corona del diente permanente con su esmalte, es más prominente que la raíz; por esto la encía marginal que cubre la porción cervical no erupcionada de la corona muestra un aumento de volumen. Esta prominencia es más aparente en los incisivos superiores que en los incisivos inferiores, al continuar su erupción hacia una oclusión normal la encía adherida a la corona emigra hacia apical observandose como si cubriera los cuernos dentarios para luego extenderse interproximalmente formando su terminación en filo de cuchillo.

Frecuentemente encontramos gingivitis asociada a la erupción dentaria. En la mayoría de los casos la inflamación puede atribuirse a factores locales.

Dicha gingivitis varía en intensidad y tienen una gran importancia los factores locales, erupción dentaria e higiene oral para determinar la severidad de los cambios inflamatorios.

ANORMALIDADES DE LOS FRENILLOS

En el momento de nacer, el frenillo se encuentra insertado en la cresta alveolar, mediante fibras que pueden estar unidas a la papila lingual interdientaria y ocasionalmente a las suturas intermaxilares. Conforme erupcionan los dientes y aumenta la altura del hueso alveolar, la inserción se reduce. Las alteraciones de los frenillos a veces son hereditarias y se asocian con diastemas entre los incisivos superiores. La relación entre el frenillo y el diastema, no está claramente definido, ya que muchos tienen un frenillo grande y fibroso y ningún espacio entre los incisivos superiores. A veces un frenillo labial puede estar insertado en el borde bermellón del labio. Se han observado también alteraciones de los frenillos entre los incisivos inferiores.

Durante la niñez se ha observado anquiloglosia y puede llegar a interferir con el habla. El frenillo lingual a diferencia del frenillo labial no se ve afectado por la erupción dentaria ni tiene un papel importante en el desarrollo

de las enfermedades periodontales.

En años recientes los frenillos labiales superior e inferior se han visto implicados en la evolución de la enfermedad periodontal.

Se ha sugerido que una inserción del frenillo a nivel de la encía marginal especialmente en la entrada de una bolsa parodontal es factor agravante en la etiología del padecimiento parodontal.

En casos donde existen frenillos grandes del maxilar o mandíbula sin la presencia de diastemas entre los incisivos y en donde hay una predisposición a gingivitis y enfermedad periodontal, se debe considerar la frenillectomía como medida preventiva.

Las recurrencias de diastemas post-ortodónticos entre incisivos superiores crean serios problemas y predispone al parodonto a enfermedades periodontales.

Se han realizado numerosos tratamientos para mantener a los incisivos centrales juntos, por ejemplo: La elaboración de incrustaciones unidas que se colocan en las superficies mesio-linguales de los incisivos centrales.

Estos tratamientos son difíciles de llevar a cabo y hasta el momento ninguno a logrado mantener los incisivos centrales juntos con éxito.

Recientemente Bell ha descrito un tratamiento para diastemas amplios en la dentición permanente. Se realiza la Osteotomía de los espacios interdentarios y del foramen nasal anterior. Los segmentos dentoalveolares están en oposición y se fijan con ligaduras de alambre. Los incisivos superiores se estabilizan con una placa Hawley. Aunque este tratamiento aparentemente ha tenido éxito, requiere de una observación amplia que determinará su efectividad. Se puede considerar este tipo de tratamientos para corregir diastemas congénitos y también recurrencias de diastemas post-ortodónticos.

ENFERMEDADES GINGIVALES (EPI- DEMIOLOGIA.)

Está bien establecido que la enfermedad gingival prevalece en la niñez en todo el mundo.

Los factores de tipo geográfico nutricionales, origen étnico y socioeconómicos tienen un papel muy importante en la prevalencia y severidad de los padecimien-

tos gingivales en el niño.

INFLAMACION POR ACCION BACTERIANA.

Las alteraciones gingivales no específicas en la niñez, es una manifestación inflamatoria la cuál puede ser localizada o generalizada en la cavidad oral.

La inflamación puede estar confinada al labio y en casos severos puede estar involucrada la encía insertada. - Con frecuencia, se produce hemorragia en la zona marginal, irritaciones leves.

En frotis bacterianas se muestran variedades de microorganismos aerobios y anaerobios. Las alteraciones gingivales se encuentran normalmente en niños y en la mayoría de los casos es debido a factores locales que resultan de una higiene bucal deficiente o bien por falta de atención dental. Niños que tienen ciertos impedimentos están predispuestos a enfermedades gingivales severas, las cuales pueden ser debidas a higiene oral deficiente, administración de farmacos, inhabilidad para masticar adecuadamente, deformidad de las arcadas dentarias, movimientos anormales o debilidad de los músculos masticadores. - Niños hospitalizados o convalescientes de una enfermedad

aguda debilitante frecuente presenta cambios inflamatorios agudos. Esto viene como consecuencia de una baja de resistencia tisular , o también a la falta de higiene.

La alteración gingival puede mostrar un eritema difuso y la inflamación por lo regular se limita a la encía marginal y a veces a la encía insertada.

La erupción de la dentición permanente ocurre de la siguiente manera: Antes de que la corona perfora la encía suprayacente, se observa un abultamiento firme que puede ser eritematoso con la forma de la corona. Conforme la corona emerge a través de la mucosa oral, aparece el contorno semilunar de la encía marginada. Mientras que los dientes permanentes no erupcionan en su totalidad, puede observarse un engrosamiento marginal en relación con la superficie cervico-labiales de los incisivos superiores, esto se debe a la adherencia gingival, y a la corona dentaria. Al seguir la erupción dentaria, la adherencia epitelial, emigra en dirección apical y el engrosamiento disminuye. El fenómeno de la erupción invariablemente se acompaña de procesos inflamatorios, los cuales ceden cuando la adherencia epitelial llega hasta la unión amelocementaria.

PERIODONTITIS

La periodontitis puede ser clasificada como un tipo local de enfermedad parodontal crónico. Raras veces se observa durante la dentición temporal de niños normales, puede encontrarse durante las etapas finales de la dentición mixta, o etapas iniciales de la dentición permanente de niños con higiene oral deficiente, o por falta de atención dental.

Este padecimiento se inicia como un proceso inflamatorio debido a factores locales. Puede estar localizado o generalizado en toda la cavidad oral, la inflamación puede extenderse desde la encía hasta el hueso alveolar, e inclusive afecta al ligamento periodontal causando alteraciones a los tejidos de soporte dentario. La evolución de la periodontitis puede observarse por factores sistémicos. Responde favorablemente a tratamientos locales debido a que la alteración se localiza superficialmente y se encuentra en etapas iniciales. Si llegan a presentarse bolsas parodontales, estas serán supraoseas y generalmente durante la dentición mixta y etapas iniciales de la dentición permanente, éstas bolsas son superficiales. Si no se procede al tratamiento la periodontitis invariablemente progresa con la subsecuente pérdida dentaria. Si -

la periodontitis se trata en su inicio se obtendrán resultados de disminución, de inflamación, y volverá a establecerse la salud del parodonto.

SINDROME PERIODONTICO - PULPAR

Está bien establecido que existe una interrelación en las enfermedades pulpares y periodontales. Recientemente Bender y Seltzer, describieron el Síndrome Perio-dóntico Pulpar. Se ha visto que los canales laterales accesorios y el forámen de los dientes tratados endodónticamente contiene tejido de granulación que serían capaces de provocar enfermedades periodontales.

Una lesión periodontal, puede ser causada por alteraciones pulpares ó parodontales. La inflamación y degeneración de la pulpa son capaces de causar enfermedades parodontales e igualmente una enfermedad parodontal con formación de bolsas puede producir alteraciones pulpares. Estudios en animales y en seres humanos han mostrado que el efecto de la enfermedad parodontal sobre la pulpa es principalmente una interrelación anatómica y circulatoria al tratar dientes con alteraciones pulpares y periodontales, es imperativo realizar un diagnóstico diferencial para determinar que tratamiento debe realizarse primero.

La frecuencia de dientes con padecimientos pulpares y periodontales en estadíos de dentición mixta y primeras -- etapas de la dentición permanente es menos que la frecuencia con que se presenta en personas de mayor edad. Sin embargo la mayoría de los casos de dentición mixta, e inicios de la dentición permanente los dientes con lesiones pulpares al ser tratados endodónticamente en forma adecuada traerá como consecuencia la eliminación de la enfermedad periodontal.

GINGIVITIS AGUDA NECROTIZANTE - ULCERATIVA .

La gingivitis aguda necrotizante ulcerativa, no es frecuente en niños.

Puede presentarse después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda y ocasionalmente en niños sin antecedentes de enfermedades físicas. La mayor incidencia de esta enfermedad se observa en adolescentes y adultos jóvenes. Está bien establecido que la gingivitis aguda necrotizante ulcerativa no es contagiosa. En un principio que los microorganismos responsables de esta entidad patológica era una exceso de *Borrelia* *Vicenti* y *Bacilos Fusiformes* . Sin embargo estudios recientes han demostrado

que ésta enfermedad es el resultado de una combinación de organismos que incluyen fusospiroquetas, estreptococos, estafilococos y otros microorganismos comunes de la cavidad oral . Los signos muestran inflamación aguda marginal, lesiones erosivas crateriformes los cuáles se encuentran a nivel de la papila interdientaria. La encía marginal labial o lingual pueden también mostrar zonas necróticas. El borde superficial de éstas lesiones está separado del resto de la mucosa gingival por un eritema lineal pronunciado . Las depresiones crateriformes con una superficie grisácea de tejido necrótico son características de ésta enfermedad, los pacientes que presentan ésta entidad patológica reportan tener la boca muy sensible y dificultad en la masticación . Otras características clínicas son; - halitosis, si alorrea y hemorragias gingivales exptóneas, en ocasiones muy raras las lesiones llegan a extenderse hasta el paladar blando , y a esta etapa se le conoce como Angina de Vincent's. En casos muy raros se presentan complicaciones serias tales como estomatitis - - gangrenosa(Noma), los pacientes que presentan gingivitis aguda necrotizante ulcerativa, pueden tener elevación de la temperatura, taquicardia, leucocitosis y linfoadeno

patías regionales. Se ha demostrado que la baja resistencia tisular es un factor predisponente, como factores etiológicos adicionales, tenemos alteraciones emocionales, fatiga, ansiedad, stress, deficiencias nutricionales e higiene - - oral depreciable.

Las variaciones de las estaciones tienen un efecto significante sobre la incidencia de esta enfermedad; en climas cuando la ocurrencia de infecciones respiratorias alcanzan su máximo, la gingivitis aguda necrotizante ulcerativa muestra un aumento importante de su incidencia.

En casos severos de ésta enfermedad con manifestaciones sistémicas se puede administrar penicilina para el alivio de síntomas, además puede indicarse colutorios con agentes oxidantes suaves, grandes dosis de ácido ascórbico y vitaminas, complejo B. En casos moderados - en adolescentes en la primera consulta se debe realizar - una profilaxis para eliminar sarro y restos alimenticios, después debe efectuarse legrados profundos y curetajes para restaurar el parodonto a una condición de salud. Si el legrado y curetaje no se realizan cuidadosamente, la gingivitis aguda necrotizante ulcerativa permanece como una condición crónica y existe la posibilidad de una recu-

rrencia de las manifestaciones agudas, ya que un ataque agudo de ésta enfermedad no confiere inmunidad.

ABSCESO PERIODONTAL

El absceso periodontal es una inflamación purulenta, localizada en los tejidos periodontales. Asimismo, se le conoce como absceso lateral o parietal.

Los abscesos periodontales no se encuentran frecuentemente en los niños.

CLASIFICACION

Los abscesos periodontales según su localización se clasifican en :

1. - Absceso en los tejidos periodontales de soporte, junto al sector lateral de la raíz.
2. - Absceso en la pared blanda de una bolsa periodontal profunda.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Los abscesos periodontales pueden ser agudos o crónicos. Las lesiones agudas pueden remitir, pero permanecer en estado crónico, mientras que las lesiones crónicas pueden existir sin haber sido agudas. Es frecuente que las lesiones crónicas sufran exacerbaciones agudas.

ASPECTO RADIOGRAFICO

El aspecto radiográfico característico del absceso periodontal, es el de una zona circunscrita radiolúcida, en el sector lateral de la raíz. Sin embargo el cuadro radiográfico no siempre es el característico.

PERICORONITIS

La pericoronitis se observa en molares permanentes parcialmente erupcionados. La encía que rodea el diente semi-erupcionado se presenta inflamado, haciendo difícil mantener una higiene oral adecuada, masticar y hasta para abrir la boca. El sitio más común de la pericoronitis es sobre el tercer molar inferior, y menos frecuente sobre el tercer molar superior, con una ubicación en disto-angular, horizontal linguoangular y bucoangular acumulan placa, restos alimenticios y predisponen al tejido suprayacente a una pericoronitis aguda. En la pericoronitis aguda la encía que rodea al diente se inflama y causa expansión de la infección y provoca cambios inflamatorios graves de los tejidos faciales, trismus, linfadenopatías, fiebre e inflamación. Los tres molares superiores inclinados distal o bucalmente también permite la acumulación de placa y restos alimentici

cios. En pericoronitis aguda con manifestaciones sistémicas, se elegirá un tratamiento a base de penicilina para -- eliminar los síntomas agudos.

En forma subaguda de pericoronitis se procede a irrigar con una solución salina por debajo del tejido suprayacente de la corona semierupcionada y luego insertar una gasa yodoformada mojada con eugenol. El paciente se verá diariamente para irrigación y curaciones hasta que se elimine el dolor, y se recupere la masticación y movimientos mandibulares. Si el tercer molar superior está traumatizado, el tejido inflamado del tercer molar inferior deberá ser extraído después que cede la inflamación (una semana); si los terceros molares están en buena posición y pueden ser alineados en el arco se deberá eliminar el tejido suprayacente quirúrgicamente. Si los dientes están parcialmente erupcionados deberán ser extraídos, pero después de que las manifestaciones agudas -- han cedido, y los tejidos vuelven a un estado de salud - aceptable.

ULCERAS AFTOSAS (ULCERAS RE -
CURRENTES AFTOSAS, ESTOMATI -
TIS AFTOSA RECURRENTE).

Las úlceras aftosas recurrentes en niños se caracterizan por una apariencia de vésicula esférica, la cual se rompe después de uno o dos días, formandose una ulcera esférica y de poca profundidad. Las úlceras presentan una porción central o rojo grisáceo . Varían en tamaño de dos a cuenta mm. de diámetro . Las úlceras aftosas pueden presentarse sobre la mucosa de lengua, labios, carrillos, paladar, piso de la boca y faringe.

Las úlceras son muy dolorosas y pueden persistir de siete a catorce días y cicatriza lentamente sin dejar huellas.

La incidencia de estomatitis aftosa recurrente es un poco mayor en el sexo femenino y afecta aproximadamente en un 20% de la población, se presenta desde los cinco a los treinta años de edad. La etiología de las úlceras aftosas recurrentes es desconocida. Se han sugerido como factores predisponentes, factores psicológicos, hereditarios, hipersensibilidad a alimentos y farmacos, factores endócrinos y traumas. Esos factores no se pueden considerar como --

agentes causales de este padecimiento, sino como un mecanismo el cual precipita la ocurrencia de las úlceras aftosas recurrentes en pacientes susceptibles a este padecimiento.

La estomatitis aftosa puede diferenciarse de la gingivostomatitis aguda por el exantema difuso de la encía y las manifestaciones sistémicas severas, ya que estas no se observan en la estomatitis aftosa recurrente. El tratamiento de las úlceras aftosas es difícil.

INFLAMACION VIRAL (HERPES SIMPLEX) HERPES PRIMARIO (GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA).

La estomatitis herpética primaria es una enfermedad viral que involucra las membranas y mucosas, ocasionalmente puede afectar piel o sistema nervioso central. Comúnmente se observa en niños y adultos jóvenes, raramente ocurre antes de los seis meses de edad, debido a los anticuerpos circulantes derivados de la madre.

La enfermedad en niños frecuentemente se presenta como primaria caracterizada por fiebre, cefaleas, molestias a nivel de garganta, dolor y linfadenopatías regionales. Después de un breve período de tiempo se inflama la encía, desde la encía marginal hasta el fondo de saco, -

tanto en el maxilar como en la mandíbula. En poco tiempo se desarrollan vesículas llenas de un contenido amarillento en la lengua, labios o sobre mucosa oral. Las vesículas se -- rompen a las 24 hrs. dejando úlceras mal definidas de poca profundidad, cubiertas de una membrana rodeada de un halo eritematoso y que son muy dolorosas.

La inflamación de la encía siempre precede por - unos días con la aparición de las úlceras. Estas úlceras - varían en tamaño y diámetro, cicatrizan espontáneamente - sin dejar huella.

La gingivoestomatitis herpética primaria, es una enfermedad contagiosa y debe tenerse cuidado en su trata- miento. Esta enfermedad ha sido reportada asociada con - una variedad de alteraciones sistémicas. Hasta hoy el trata miento no ha tenido éxito.

La gingivoestomatitis herpética recurrente secunda ria, generalmente ocurre en adultos y se manifiesta como una forma reducida de herpes primario, se ha demostrado que el virus del herpe simple permanece permanentemente en una persona(en forma lenta) después de la infección prima ria dentro de las células epiteliales, llegando a ser acti vo cuando baja la resistencia tisular. Estas lesiones herpe

péticas recurrentes pueden estar precedidas por sensación de ardor, inflamación y ligeras molestias. Las vésiculas son idénticas a las que se observan en casos de gingivoestomatitis herpética, pero son más pequeñas y menos en número. Se ha podido aislar el virus herpético de úlceras intraorales y es por esta razón que a las úlceras intraorales se les conoce como úlceras aftosas recurrentes; sin embargo, se ha aislado herpes simplex en úlceras herpéticas recurrentes de labios y a estas úlceras se les conoce como herpes labiales recurrentes.

La gingivoestomatitis herpética recurrente, puede ser inactivada si se expone a cualquiera de varias tinsiones de heterotricol e irradiado brevemente con una luz fluorescente o incandescente ordinaria. El método de tratamiento es el siguiente:

1. - La lesión vesicular se rompe con una aguja esteril de calibre 25
2. - Con una solución al 0.1 % de solución acuosa de rojo neutral se aplica a la base de las vesículas.
3. - La solución se expone en una luz de 15 Watts fluorescente ó incandecente durante 15 minutos a una distancia de 6 pulgadas.

4. - Se le instruye al paciente que se exponga la lesión a la luz, de una a seis horas. La inactivación fotodinámica del herpes simplex recurrente aparenta ser un método simple y barato.

Otro tratamiento es el uso de éter sobre las lesiones aftosas. Algunos investigadores utilizando éste método afirman un mejoramiento considerable en los síntomas y la cicatrización rápida de la lesión.

CANDIDIASIS

La candidiasis puede causar una variedad de lesiones orales. Su agente causal es la *Candida albicans*, las manifestaciones orales de la candidiasis han sido clasificados de la siguiente manera; candidiasis pseudomembranosa aguda, candidiasis atrófica aguda, candidiasis hiperplásica crónica, candidiasis atrófica crónica.

La candidiasis ocurre frecuentemente en infantes de cinco a seis días después de nacer. Esta enfermedad puede ser transmisible desde la vagina materna. Los niños se recuperan de candidiasis y no tienen recurrencia, aunque el hongo puede encontrarse en la flora oral. Pacientes

con enfermedades debilitantes, tratamiento con antibiótico, corticoesteroides o agentes citotóxicos pueden desarrollar candidiasis, lo cuál es mucho más resistente al tratamiento.

La candidiasis en su forma típica se presenta como una mancha cremosa de color blanco perlado ó blanco azulado, la cuál puede eliminarse con facilidad dejando una superficie sangrante eritematosa. Estas manchas de la cán dida varían en forma desde lesiones pequeñas hasta placas extensas y que tienen un contenido de células epiteliales des camadas, queratina, fibrina, tejido necrótico, restos aliménticos y células inflamatorias.

La candidiasis puede ocurrir en la superficie de la mucosa de la boca y labios. La encía es la menos afectada.

GINGIVITIS DESCAMATIVA, GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA, GINGIVOSIS O GINGIVOESTOMATITIS.

La gingivitis descamativa fué descrita por Tome en 1897 y más recientemente por Schour y Massler en un grupo de niños desnutridos Italianos.

La gingivitis descamativa puede ocurrir en ambos sexos, en la adolescencia y en la vida adulta.

Se observa mas frecuentemente en mujeres en perío
dos pre y post-menopaúsicos y está asociada con enfermedada
des hormonales de la mujer.

En la etapa final de la adolescencia frecuentemente se observa una forma moderada de gingivitis descamativa , en el sexo femenino se manifiesta por un eritema difuso de la encía insertada y marginal . La encía generalmente no es dolorosa y sangra con facilidad, el paciente se dá cuenta del padecimiento debido al sangrado y coloración gingival, traumas ligeros provocan la descamación del epitelio dejando el tejido conectivo expuesto sangrante y doloroso. Aunque es difícil establecer una enfermedad hormonal como un factor etiológico, la causa de la gingivitis descamativa aún no es conocida.

Mujeres jóvenes que toman anticonceptivos orales o fármacos fertilizantes pueden manifestar un eritema difu
so del tejido gingival, no asi como el tejido gingival que se observa en la gingivitis descamativa.

C A P I T U L O III

EL SIGNIFICADO DE PELÍCULA ADHERIDA EN LA PRACTICA --- ODONTOLOGICA.

La película adherida ha sido definida como una capa acelular, esencialmente libre de bacterias que es depositada en el diente después de la erupción.

En los últimos años, la importancia de ésta estructura para la odontología clínica ha empezado a surgir.

Es generalmente creído que la película adherida es un producto de glucoproteínas salivales que selectivamente se observa en la superficie del esmalte.

Esta estructura se ha visto que puede ser cambiada o transformada si es raspada o retirada.

Por ejemplo las superficies dentarias pulidas con piedra pomex se cubren otra vez con la película en 20 minutos aproximadamente, cuando éstas entran en contacto con la saliva.

Observaciones recientes hechas en el microscopio electrónico han mostrado que la película adherida, consta de tres estructuras distintas.

La substancia de superficie se encuentra abajo de la superficie del esmalte y tiene una apariencia dendrítica porque llena los poros ó las áreas desmineralizadas del esmalte. El componente de la superficie del diente está estrechamente relacionado con la superficie del diente y tiene o se encuentra uniformemente ancho generalmente de menos de un micrómetro. Ambas estructuras son casi totalmente derivadas de glucoproteínas salivales. La porción de la supra-superficie, una estructura más ancha hasta los diez micrómetros es comúnmente encontrada debajo de la placa o en áreas que no son cepilladas frecuentemente. Parece que ésta placa puede ser producida por glocoproteínas salivales adheridas, productos excretorios de bacterias o células epiteliales degeneradas.

La película adherida puede ser observada en un escenario clínico cuando una mancha de (erithrosin) es colocada en el diente.

La mancha muestra la placa en un diente no cepillado como un depósito morado o rojo obscuro. Si la placa que cubre al diente es cepillada completamente y vuelve a manchar, quedará una mancha rosa claro. Con la microscopía de contraste de fase, se encuentra que ésta película carece de bacterias.

Una profilaxis hecha con piedra pomex remueve la ma

yoría de la película y el tñido de erithrosin no mancha ningún material en el diente . Se ha asumido frecuentemente que la única función de la película adherida es la inhibición de la formación de la placa. Se ha declarado que el primer paso en la formación de la placa es la absorción de las glucoproteínas salivales en el diente para formar la película adherida.

Estudios recientes han hecho posible mayor comprensión de la película adherida, su papel en la caries dental, en la placa, y formación de cálculos, en tratamientos tópicos del esmalte y en odontología restaurativa es reconocido.

E F E C T O D E L A P E L I C U L A A D H E R I - D A E N L A C A R I E S .

La película adherida, como la mayoría de las capas de películas absorbidas, es una membrana que imparte permeabilidad seleccionada al esmalte.

Por esta causa la difusión de las soluciones de la saliva al diente y del diente a la saliva, puede ser mucho muy alterada. Las soluciones deben pasar a través de los poros de ésta membrana o disociarse en iones que independientemente usan la barrera hacia el otro lado. Esta barrera es posiblemente un factor en la rapidéz del ataque de la caries y en la remineralización del diente.

Como es bién sabido , la caries inicialmente aparece como un punto blanco, que es una descalcificación sub-superficial más que un grabado superficial.

Estudios in-vitro han indicado que el material orgánico del alto peso molecular altera el ataque ácido sobre la superficie del esmalte. La película adherida aparece actuando de esta manera y puede afectar la formación de la típica lesión de Pinto (mancha blanca).

Además cambiando el carácter del ataque ácido ha sido reportado que estas capas salivales, disminuirán la proporción de la desmineralización del diente.

Meckel mostró que zonas de esmalte cubiertas con saliva eran mas susceptibles al ácido. Moreno y Zahradnik, usando el sistema de caries artificial demostraron que dientes expuestos 72 hs. a un sistema ácido, mostraron lesiones de caries típicas y a pesar de eso, dientes cubiertos con la película adherida no mostraron ningún cambio detectable en el mismo periodo de tiempo.

La película parece proteger la superficie del esmalte que ha sufrido poco deterioro, reemplazando las estructuras inorgánicas perdidas, con material orgánico. Este material orgánico es depositado en estos puntos blancos lesionados, cambiando el color del efecto a café negro.

Con el microscopio electrónico, la caries incipiente del esmalte muestra proyecciones dendríticas de la superficie de la película algunos micrómetros dentro del esmalte.

Esta capa orgánica rodea los cristales del esmalte y llena los defectos de cristales perdidos. De esto, parece que la película llena los huecos creados por la disolución del esmalte, y por el hecho de esta insolubilidad en ácidos, puede ayudar a proteger a éstas áreas de futuros ataques de ácidos. Otra función o papel de la película, es que debe intervenir en el proceso de caries actuando en la remineralización. El calcio y el fósforo en la saliva, tienen la habilidad de combinarse con el daño causado en el esmalte por el ácido, trayendo una remineralización del efecto.

Ha sido admitido que la película es una de las primeras áreas de mineralizar, cuando las condiciones son propias; porque la película es incorporada dentro de éstos defectos del esmalte puede contribuir hacia el proceso favorable de remineralización.

LA PÉLICULA EN DESARROLLO DE LA PLACA Y CALCULOS.

Como anteriormente se dijo, el concepto de que la

película está en lo que es el primer paso en la colonización bacteriana en los dientes es actualmente aceptada.

Nuevas incidencias han demostrado que éste punto de vista puede ser desmentido, un reporte reciente ha demostrado que la película no favorece la colonización bacteriana y actualmente se sabe que la puede retardar.

Se usaron en este estudio in-vitro, saliva cubierta y no cubierta con apatita para demostrar que más bacterias fueron atacadas en esmalte no cubierto. La película generalmente encontrada en la interfase entre la placa y el esmalte, probablemente debido a esto el hecho de que la absorción de glicoproteínas salivales al esmalte procede a un análisis rápido al ataque de la bacteria. Por ésta razón las bacterias son invariablemente depositadas sobre la película en vez de ser depositadas sobre el esmalte descubierto.

La película sin embargo juega un papel importante en el ataque de la bacteria al esmalte.

La adhesión bacteriana al esmalte y a la película se cree que tiene una interacción específica. La absorción de una bacteria específica es probablemente determinado por los componentes de la superficie bacteriana y la composición de la película.

La presencia de películas salivales sobre la superficie del esmalte ha sido demostrado que esto interfiere con la adherencia del estreptococos salivarios, con todo esto sin embargo la absorción del estreptococos sanguis hacia el esmalte es más incrementado por los polímeros salivales. El papel más importante de la película en el desarrollo de la placa es el determinar la colonización inicial de los dientes.

El material bacteriano puede contribuir a la película después de que es absorbida por el esmalte. Estudios hechos en el microscopio electrónico nos dice que la primera bacteria absorbida al esmalte puede escretar un material extracelular, que es depositado sobre el límite de la superficie de la película formada antes. El nuevo depósito (película supra-superficial), a menudo tienen una apariencia festoneada por la interposición de la bacteria en el material amorfo.

LA PELICULA Y EL TRATAMIENTO TOPICO.

La película ha sido recientemente estudiada para determinar los efectos en el tratamiento tópico de fluoruro.

Películas artificiales depositadas sobre zonas de esmalte aparecen para reducir la difusión del fluoruro dentro del esmalte. En un experimento similar ejecutado in-vivo, sin embargo no hubo diferencias en los niveles fluorizados del esmalte después de tres días. Un grupo cepilló sus dientes antes del tratamiento, con el otro grupo se realizó una profilaxis (con piedra pomex) antes del tratamiento con el flúor. Dos factores pueden estar relacionados en la interpretación de los resultados de éstos estudios, la película puede reducir el flujo inicial del fluoruro hacia dentro de los dientes, pero sin embargo puede también retardar la fluorización del esmalte, reacción producida por el tratamiento tópico de una difusión retardada fuera de los dientes. Otro factor que se encuentra relacionado es la reacción del flúor con el esmalte en altas y bajas concentraciones, las más bajas concentraciones del flúor en tratamientos tópicos ha sido encontrado que producen flúor-apatita siendo así que las altas concentraciones producen fluorizaciones de calcio, el cual es soluble y fácilmente retirado.

Si la película reduce el flujo inicial de fluor dentro del diente es posible que se forme una alta proporción de flúor-apatita y calcio fluorizado.

Algunas investigaciones se han hecho acerca del efecto de la película en la penetración de estroncio clorizado. El estroncio fué colocado en dentina expuesta en dientes de perros, que fueron también cepillados con piedra pomex, antes de la aplicación con uso del análisis de microscopio electrónico, fué encontrado que el estroncio penetró tres veces más en la dentina de los dientes cepillados.

El fluoruro, unido a la película ha sido investigado para la observación del fluoruro atrapado dentro de la película, puede reducir la concentración del alcance o extensión del fluor en el diente y determinar si la película puede actuar como una reserva de fluor

RESTAURACIONES Y LA PELÍCULA.

El conocimiento de las propiedades físicas de la película es importante especialmente en preparaciones de los dientes para restauraciones, grabaciones con ácido o selladores oclusales. Si el ácido fosfórico es aplicado al diente sin ninguna preparación anterior, puede haber ahí algunas interferencias de grabado por la película, con sus propiedades limitadas de difusión, la película protege el diente de ataques de ácidos pasajeros.

Esta propiedad de la película es usualmente benéfica en la protección del diente de efectos desmineralizantes de los ácidos, de comidas y bebidas.

Si un diente es expuesto a la saliva después de que es preparado con una restauración este debe asumir que la película o las glucoproteínas salivales serán presentadas sobre las recientes superficies preparadas.

En las restauraciones con grabados de ácidos, las glucoproteínas salivales, depositan sobre recientes superficies, grabados que han sido mostrados a la interferencia con las penetraciones de plástico dentro de la microestructura del esmalte. El efecto de la película en la interfase de la restauración del diente de otros materiales dentales, permaneció relativamente inexplorado y ésta área de investigación podrá ser la más importante en la práctica diaria de la odontología.

C A P I T U L O I V

P R E V E N C I O N E S P A R O D O N T A - L E S.

Para lograr la prevención efectiva y la interceptación de las enfermedades dentales y como parte de esa obligación elemental, debería de ser dado un fuerte y específico énfasis en la prevención de las enfermedades parodontales.

La práctica de la prevención en la odontología, no es precisamente un concepto revolucionario.

Prevención, después de todo el objeto fundamental de todas las artes de la salud.

Dentro de los últimos años, ha habido un extraordinario avance dentro de la capacidad de prevención, con fluorización, en el caso de caries, como un notable ejemplo.

Además como el poder del hombre dentro del as-pecto dental, el cual ha sido abastecido en poca forma, se ha llegado a entender que es solamente un poco más fuerte en la práctica dental en su aspecto preventivo, que se puede empezar a archivar y a mantener un balance efectivo entre la --necesidad y el aprovechamiento en los servicios. No obstan-

te el progreso científico y filosófico se tiene que comenzar a realizar, para la prevención de la enfermedad parodontal, es un caso como ejemplo. La enfermedad parodontal es por supuesto una de las enfermedades dentales más comunes, y como se sabe, la mayor causa de dientes perdidos en adultos, porque la enfermedad llega a la cumbre de sus etapas destructivas en la edad adulta. Dentro de los estudios de Marshall-Day demuestra que las enfermedades en todos sus pasos se inician en edades tempranas (jóvenes).

PREVENCION ES LA RESPUESTA.

La designación frecuente de la enfermedad parodontal como una enfermedad (de adultos), además de ser inexacto o incorrecto es también imprudente, por eso se contribuye indudablemente al descuido de las prácticas de prevención e intercepción durante la etapa de la niñez, cuando éstas pueden ser más efectivas y menos costosas. Esta es una consideración importante porque el tratamiento y control de la parodontitis avanzada en adultos es uno de los más costosos y todos los regímenes de cuidado profesional. La única respuesta, a los severos y complejos pro-

blemas de la enfermedad parodontal, claramente es la preven
ción.

La clave de la prevención parodontal es el manteni
miento a los altos patrones o normas individuales de higiene -
oral. Este contenido incluye un cepillado completo, el uso del
hilo de seda dental, puntas de goma, etc. Esto debe ser refor
zado con los servicios profesionales dándole un énfasis espe
cial en la profilaxis.

Parece extraño, tal vez irónico que en tan compli-
cada y destructiva enfermedad, pueda producirse un cambio
con las más viejas y simples normas o regímenes dentales .
La evidencia científica en sostén de semejante tésis se ha --
elevado firmemente.

Durante los pasados veinte años aproximadamente,
algunos investigadores en cuidadosas investigaciones y estu-
dios han encontrado que existe una fuerte correlación entre
una deficiente higiene oral y enfermedad parodontal.

En 1966 un comité seleccionado establecido por de
créto de el "Mundo como Taller de Parodoncia", sistemáti-
camente apreciaron los resultados de un cuerpo de investi-
gación en enfermedades parodontales fuera de la función -

del comité, iniciaron un número de conclusiones significativas: la severidad de la enfermedad parodontal generalmente se incrementa firmemente o invariablemente con la edad; la enfermedad parodontal es menos común dentro de los grupos socioeconómicos altos, en comparación con las personas de escasos recursos, hay una gran interrelación entre la enfermedad parodontal y la higiene oral, virtualmente todas las enfermedades parodontales observadas en campos de estudios son asociadas con irritación local. Los ensayos clínicos demuestran que el progreso de la enfermedad parodontal, puede ser detenido y también sanado por la buena higiene oral personal juntado o unido a una escala adecuada.

DIVISION DE SALUD DENTAL.

La muestra o estudios observados por éste comité en 1966 se han encontrado de rigor dentro de los estudios reportados desde ese tiempo. Dos ejemplos son investigaciones conducidas por la División de Salud Dental. La primera fué un estudio para demostrar la mala y pobre higiene oral en el parodonto. En este estudio se escogieron 39 conejillos de india, los cuáles nos ofrecieron dos ventajas o avances muy importantes. Primero con animales se pu

do ejercitar un control completo sobre la higiene oral, su práctica y sus factores, tales como la dieta, la cual debe afectar la higiene oral.

Segundo se pudo utilizar cada animal como su propio control .

LA DIETA

A manera de determinar que efecto tiene la dieta sobre los problemas parodontales, se dividieron los conejos en dos grupos, ambos recibieron dietas con nutrición adecuada, pero un grupo comió solamente dieta blanda, el otro dura. Todos los conejos descuidados en cuanto a su tipo de dieta, fueron puestos al mismo tipo de régimen de limpieza. Cada tres meses se examinó a cada conejo para calcular la suma de los restos e inflamación gingival, también se midió la profundidad de los surcos desde su punto de medición con una marca hecha en cada diente. La diferencia en la consistencia de la dieta aparentemente no tuvo efecto significativo en los resultados. Más tarde se introdujo una serie de procedimientos con variaciones en el experimento, de cualquier manera los resultados no cambiaron; el grado de la inflamación gingival es considerablemente grande y la suma o con-

clusión de las enfermedades parodontales progresiva es más severa, es en la que hay zonas adyacentes sin limpieza en comparación con las que sí la tienen. También aprendimos que la limpieza adecuada aún después de largos períodos de descuido mejorará las condiciones del parodonto.

Este efecto (o resultado) positivo se manifiesta durante el tiempo que sea mantenida dicha limpieza, pero si la limpieza es interrumpida, si el descuido es reinstalado, entonces el proceso de destrucción empieza de nuevo .

ESTUDIOS EN CASOS HUMANOS.

El segundo estudio mencionado fué emprendido para demostrar que la mantención de una óptima higiene oral, retarda la destructiva enfermedad parodontal, así como -- la inflamación gingival. En ésta ocasión se usaron sujetos humanos, voluntarios de la corporación telefónica y electrónica general de California. El grupo incluyó hombres y mujeres, casi todos blancos, dentro de las edades de 18 a 40 años. Se asignó grupos de control y tratamiento lo más semejante posible, en términos de edad, sexo y nivel de salud oral .

El grupo controlado no recibía atención excepto -- por los exámenes anuales, aparte de eso, ellos fueron en

su propio camino siguiendo la rutina de salud dental acostumbrada , sin ninguna advertencia o incitación de nuestra parte. En contraste el grupo en experimentación recibió profilaxis parodóntica, además del exámen anual , también se les dió un curso de instrucción en higiene oral, un curso en el que se les daba un énfasis especial a las prácticas personales, - particularmente el cepillado de dientes.

RESULTADOS.

Otra vez los resultados fueron sorprendentes ; se demostró que el grupo en tratamiento por toda la atención que ellos recibieron, no exhibían la aparición de depósitos calcáreos ó inflamación gingival. Sin embargo, las muestras o resultados fueron mucho más desfavorables en el grupo de control.

El cepillado frecuente es combinado con una pequeña profilaxis.

En un año el progreso de la enfermedad parodontal es detenido y también el cepillado de dientes o profilaxis es una fuerza positiva en la reducción de la destrucción

Obviamente la higiene oral es un factor significativo en la prevención y manejo de la enfermedad parodontal. ésto no lo es todo, es también obvia la conclusión del comi

te del mundo como campo de trabajo, el cual se mencionó anteriormente, en cuanto a la severidad de la enfermedad parodontal se incrementa firmemente con la edad, es totalmente - substancial por un cuerpo epidemiológico y clínico experimental en crecimiento, por ejemplo: un exámen de las poblaciones cíviles en el Ecuador y Montana, descubrió que la enfermedad parodontal era encontrada en todas las edades de grupos estudiados. Los niños de cinco a nueve años de edad y sujetos de cincuenta años de edad y más grandes progresivamente, en cada grupo de edades, la destructividad inicial y la - proporción de los afectados en cada grupo, se incrementaba.

Obviamente, por esta razón algunos datos muy im--portantes continúan perdidos dentro del enigma o embrollo - que se presenta en la enfermedad parodontal .

Solo alguna gente sabe como cepillarse o usar la se--da dental correctamente, igualmente, como algunos pocos en la actualidad hacen uso entero de sus conocimientos. Mucha - gente, además no busca o "recurre a la profilaxis y servicios de higiene oral profesionales. La responsabilidad no menos - que la ignorancia es además un problema que se tiene que vencer o superar para exterminar ésta gran verdad, la simplici-

dad de los métodos requirieron mantener una buena higiene - oral y es de muchas formas molesto e incómodo.

Las enfermedades dentales por ellas mismas están creciendo.

También muchas gentes se han acostumbrado a ella y más bien a lo terrible de sus consecuencias.

Como por la rutina de la higiene personal, también los dentistas deben admitir que ellos tienden a hacer ésto te dioso, y tiempo perdido, al contrario de combatirlo o retar lo.

El reto o desafío está ahí, principalmente hecho - por miembros de la profesión dental.

El caso de las prevenciones parodontales no puede descansar únicamente en el hecho del aumento de la limpieza en la enfermedad parodontal. Descansa sobre la habili- dad y voluntad ó deseo de producir cambios efectivos en las actitudes de la gente y normas habituales. Debemos crear un medio ambiente en el cual la Odontología Preventiva en general es entendida y valorada por el público y practicada extensivamente por la profesión (Odontología).

ENAFIS EN EL CUIDADO DENTAL DE LOS NIÑOS.

Todos los casos deben ser mencionados y hacer énfasis en el cuidado dental de los niños y lo lógico es establecer un programa efectivo de prevención para la niñez; los niños aprenden fácilmente y son más moldeables que los adultos, - como los adultos éstos niños deben obtener grandes beneficios en salud dental.

Los niños pueden hacer un fuerte y legítimo llamado ó una aclamación de nuestra atención. Como se mencionó - al principio de ésta nota, los investigadores como Marshall-Day, han encontrado manifestaciones de la enfermedad parodontal también en niños.

Datos del conocimiento nutricional, muestran por ejemplo que el 55 % de los niños educación primaria ya -- presentaban enfermedad parodontal y el 65 % de estudiantes de preparatoria. 7 de cada 100, estaban muy afectados con la enfermedad, habiendo alcanzado un estado de avance y destrucción, mostraban bolsas parodontales, pérdida - - ósea, epitelio no adherido y otras manifestaciones de una - seria enfermedad parodontal. Los niños en estado nutricional fueron primeramente de familias bajas que tenían muy poco o ningún cuidado dental.

C A P I T U L O V

SINDROME PAPILLON LEFEVRE

REPORTE DE UN CASO.

Papillon Lefevre, en 1924 descubrió un Síndrome caracterizado por hiperqueratosis de palmas de las manos, plantas de los pies y pérdida prematura de dientes de la primera dentición .

La condición es heredada como un rasgo autosomático recesivo. La consanguinidad familiar ha sido observada en un 23 % de los casos reportados. La frecuencia en la población general ha sido de 1 a 4 por millón.

La hiperqueratosis es comúnmente la primera en aparecer, algunas veces es temprana como a los 11 meses de edad, por ejemplo: las placas hiperqueratosas pueden también ser vistas en codos, rodillas, párpados, carrillos y comisuras labiales; cambios en períodos de tiempo han sido observados en las áreas de hiperqueratosis, marcado aumento de éstas lesiones ha sido observado después de la exfoliación total de los dientes.

Las lesiones orales son caracterizadas por una encía roja e inflamada, con sangrado muy notorio, movilidad -

de los dientes, mal aliento(halitosis), radiográficamente hay atrofia horizontal del hueso alveolar, casi inmediatamente después de que la dentadura primaria ha erupcionado.

Los dientes primarios son explotados con la misma - secuencia en la cual ellos han erupcionado.

Generalmente a la edad de 4 años, los pacientes son - completamente edentulos y la mucosa gingival recupera su apa- riencia normal. El mismo proceso es repetido con la denti- - ción permanente , los pacientes terminan por ser edéntulos en temprana adolescencia. Los terceros molares no son afectados por ésta enfermedad. En la exfoliación prematura de dientes, se observa hipofosfatasia, acalasia y neutropenia cíclica.

C A P I T U L O VI

EL CEPILLO DENTAL EN LA ELIMINACION DE PLACA.

Generalmente es aceptado que la placa bacteriana es un factor etiológico importante en el desarrollo de la enfermedad parodontal. Estudios clínicos han demostrado -- que se puede reducir en forma considerable la enfermedad parodontal ya existente mediante la eliminación de la placa y mejorando la higiene oral. hasta la fecha el método más utilizado para mantener los dientes limpios es el cepillado. Aunque el cepillado se considera deseable, se ha desarrollado una controversia acerca de la efectividad de las diferentes técnicas. Se han realizado solamente unos cuantos estudios clínicos controlados y bien definidos para comparar la efectividad de los diversos métodos.

El propósito de éste estudio fué el de determinar la efectividad de cuatro métodos de cepillado (Charters, Fone, Stillman, Stillman modificado) y llevado a cabo por niños de once a catorce años de edad para eliminar la placa dentobacteriana de las superficies bucal y lingual.

TECNICAS DE CEPILLADO

Método de Stillman. - El cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas queden sobre la encía y la porción cervical de los dientes, las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical.

Se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival hasta producir una isquemia visible. 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 rotatorio suave. Con los extremos de las cerdas en posición se repite el proceso en todas -- las superficies dentarias.

Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal, y penetrando en los surcos y espacios interproximales.

Método de Stillman Modificado. - Esta es una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en el sentido del eje mayor del diente.

El cepillo se coloca en la línea muco-gingival - con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se-

activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el márgen gingival de la superficie dentaria se gira el -- mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

Método de Charters. - El cepillo se coloca sobre el diente, con una angulación de 45° con las cerdas orientadas hacia la corona. Después se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival, conservando el ángulo de 45°

Gírese levemente el cepillo, flexionando las cerdas de modo que los costados presionen el margen gingival, los extremos toquen los dientes y algunas cerdas penetren interproximalmente. Sin descolocar las cerdas gírese la cabeza del cepillo manteniendo la posición doblada de las cerdas. La acción rotatoria se continua mientras se cuenta hasta -- diez.

Método de Fone. - El cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía, el mango del cepillo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a la superficie dentarias vestibulares. Después se mueve el cepillo en sentido rotatorio con los maxilares ocluidos la trayecl

toria esférica del cepillo confinada dentro de los límites
del pliegue muco-gingival.

C A P I T U L O VII

EVALUACION ESTADISTICA DE UN GRUPO DE CIEN NIÑOS - MEXICANOS.

Esta evaluación se realizó en cien niños de diferentes edades y sexo: Los cuáles fueron controlados en la División de Estudios Superiores de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

Para lograrlo se realizaron diversos controles para detectar placa dentobacteriana. Esto se hizo utilizando pastillas de eritrocina para la tinción de la misma.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes.

| Edad | Total de Dientes | Total de Caras | Caras Teñidas | % de Caras Teñidas |
|------|------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 2 | 20 | 80 | 17 | 21 |
| 3 | 20 | 80 | 43 | 53 |
| 3 | 20 | 80 | 48 | 60 |
| 3 | 20 | 80 | 72 | 90 |
| 4 | 20 | 80 | 68 | 85 |
| 4 | 17 | 68 | 44 | 64 |
| 5 | 24 | 96 | 96 | 100 |
| 5 | 20 | 80 | 53 | 66 |
| 5 | 21 | 84 | 68 | 80 |
| 5 | 20 | 80 | 31 | 38 |
| 7 | 24 | 96 | 61 | 63 |
| 7 | 25 | 100 | 82 | 82 |
| 7 | 16 | 64 | 22 | 34 |
| 7 | 25 | 100 | 78 | 78 |
| 7 | 10 | 40 | 19 | 47 |
| 7 | 14 | 56 | 25 | 44 |
| 7 | 20 | 80 | 72 | 90 |
| 7 | 18 | 72 | 23 | 31 |
| 7 | 20 | 80 | 36 | 45 |
| 7 | 20 | 80 | 62 | 77 |

| Edad | Total de Dientes | Total de Caras | Caras Teñidas | % de Caras Teñidas |
|------|------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 2 | 14 | 56 | 36 | 64 |
| 3 | 17 | 68 | 29 | 42 |
| 3 | 20 | 80 | 60 | 75 |
| 3 | 20 | 80 | 27 | 33 |
| 3 | 20 | 80 | 32 | 40 |
| 3 | 16 | 64 | 21 | 32 |
| 3 | 19 | 76 | 26 | 34 |
| 3 | 21 | 84 | 30 | 35 |
| 5 | 20 | 80 | 57 | 71 |
| 5 | 23 | 92 | 69 | 75 |
| 5 | 16 | 64 | 56 | 87 |
| 6 | 21 | 84 | 71 | 84 |
| 6 | 22 | 88 | 44 | 50 |
| 6 | 7 | 28 | 8 | 28 |
| 6 | 14 | 56 | 18 | 32 |
| 7 | 21 | 84 | 29 | 34 |
| 7 | 21 | 84 | 11 | 13 |
| 7 | 22 | 88 | 68 | 77 |
| 7 | 27 | 108 | 53 | 49 |
| 7 | 22 | 88 | 74 | 84 |
| 7 | 23 | 92 | 88 | 95 |

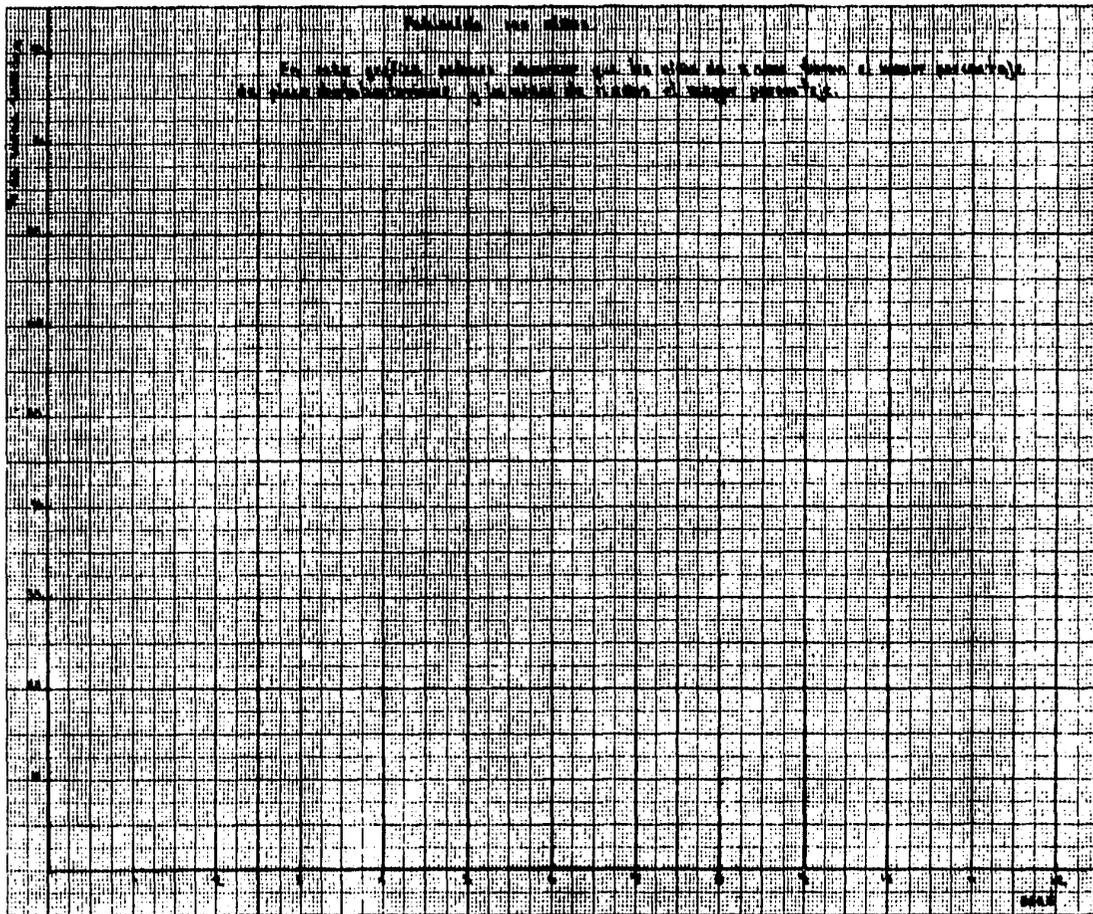
| Edad | Total de Dientes | Total de Caras | Caras Teñidas | % de Caras Teñidas |
|------|------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 8 | 23 | 92 | 29 | 31 |
| 8 | 21 | 84 | 64 | 76 |
| 8 | 23 | 92 | 49 | 53 |
| 8 | 22 | 88 | 88 | 100 |
| 8 | 22 | 88 | 56 | 63 |
| 8 | 22 | 88 | 28 | 31 |
| 8 | 21 | 84 | 38 | 45 |
| 8 | 22 | 88 | 48 | 54 |
| 8 | 23 | 92 | 88 | 95 |
| 9 | 24 | 94 | 48 | 51 |
| 9 | 12 | 48 | 25 | 52 |
| 9 | 23 | 92 | 38 | 41 |
| 9 | 23 | 92 | 35 | 38 |
| 9 | 22 | 88 | 72 | 81 |
| 9 | 22 | 88 | 36 | 40 |
| 9 | 21 | 84 | 40 | 47 |
| 9 | 17 | 68 | 32 | 47 |
| 9 | 24 | 94 | 84 | 89 |
| 9 | 21 | 84 | 48 | 57 |
| 9 | 23 | 92 | 38 | 41 |
| 10 | 19 | 76 | 35 | 46 |

| Edad | Total de Dientes | Total de Caras | Caras Teñidas | % de Caras Teñidas |
|------|------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 10 | 16 | 64 | 40 | 62 |
| 10 | 18 | 72 | 25 | 34 |
| 10 | 24 | 96 | 50 | 52 |
| 10 | 23 | 92 | 30 | 32 |
| 10 | 19 | 76 | 48 | 63 |
| 10 | 23 | 92 | 63 | 68 |
| 12 | 19 | 76 | 44 | 57 |
| 12 | 22 | 88 | 48 | 54 |

| Edad | Total de Dientes | Total de Caras | Caras Teñidas | % de Caras Teñidas |
|------|------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 8 | 20 | 80 | 35 | 43 |
| 8 | 24 | 96 | 66 | 68 |
| 8 | 21 | 84 | 24 | 28 |
| 8 | 24 | 96 | 21 | 21 |
| 8 | 24 | 96 | 96 | 100 |
| 8 | 14 | 56 | 24 | 42 |
| 8 | 23 | 92 | 86 | 93 |
| 8 | 25 | 100 | 43 | 43 |
| 8 | 22 | 88 | 84 | 95 |
| 9 | 20 | 80 | 35 | 46 |
| 9 | 17 | 68 | 19 | 27 |
| z 9 | 22 | 88 | 25 | 28 |
| 9 | 22 | 88 | 31 | 35 |
| 9 | 22 | 88 | 80 | 90 |
| 9 | 22 | 88 | 22 | 25 |
| 9 | 19 | 76 | 43 | 56 |
| 9 | 22 | 88 | 47 | 53 |
| 9 | 22 | 88 | 48 | 54 |
| 9 | 23 | 92 | 52 | 56 |
| 9 | 14 | 56 | 25 | 44 |
| 9 | 24 | 96 | 43 | 44 |
| 9 | 24 | 96 | 48 | 50 |

| Edad | Total de Dientes | Total de Caras | Caras Teñidas | % de Caras Teñidas |
|------|------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 10 | 21 | 84 | 68 | 80 |
| 10 | 22 | 88 | 28 | 31 |
| 10 | 24 | 96 | 68 | 70 |
| 10 | 24 | 96 | 44 | 45 |
| 10 | 23 | 92 | 52 | 56 |
| 10 | 19 | 76 | 35 | 46 |
| 11 | 24 | 96 | 81 | 84 |
| 11 | 25 | 100 | 73 | 73 |

En los datos anteriores, observamos que el 61.34 % de los 100 niños tienen placa dentobacteriana en sus dientes.



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

El mantenimiento de una boca limpia y saludable debe ser el objetivo principal del Cirujano Dentista.

Hemos concluido que la única forma de evitar la incidencia de caries y parodontopatías, es mejorando los hábitos de higiene en toda la población, pero principalmente en los niños.

En base a esto, se han realizado diversos estudios con el fin de prevenir la enfermedad parodontal y para llegar a obtener los resultados óptimos, debemos hacer de ésta comprensión, un trabajo simple y entendible.

Con esto habremos ganado la confianza y dedicación por parte del paciente.

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

- I. - Paul N. Baer
Enfermedad Periodontal en niños y adolescentes.
Editorial Mundi. Primer Edición 1975.
- II. - Sidney B. Finn.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana. Cuarta Edición 1976.
- III. - Irving Glickman.
Periodontología Clínica.
Editorial Interamericana. Cuarta Edición 1974
- IV. - Balint Orban
Periodoncia
Editorial Interamericana. Cuarta Edición 1978
- V. - Journal of Dentistry for Children
John C. Greene D.M.D., M.P.H.
The Case for Preventive Periodontics
January- February 1975.
- VI. - Journal of Dentistry for Children
Norman Tinanoff D.D.S., M.S.
The Significance of the Acquired Pellicle in the
Practice of Dentistry
January - February 1976
- VII. - Journal of Dentistry for Children
Elida Gurovice de Ciola D.D.S., Ph. D.
Papillon Lefevre Syndrome
Report of a Case
March - April 1975
- VIII. - Journal of Dentistry for Children
M. Michael Sohen, D.M.D. Sr.
Stomatologic Alterations
In Childhood.
May - June 1977
- IX. - Journal of Dentistry for Children
Joseph Z. Anaise, D.M.D., M.P.H.
The Toothbrush in
Plaque Removal
May - June 1975