

201
87

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

SEMINARIO DE TITULACION: PARODONCIA.

TESINA: PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

ALUMNA: CONTRERAS MORENO VICTORIA.

No. de cuenta: 3041394-3

Asesor: C.D.M.O. RAUL CABRERA HIDALGO.

JUNIO 1989.

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE.

Introducción	1
Flora bucal	4
Placa bacteriana	5
Agentes quimioterapeúticos para control de placa y gingivitis.....	7
Estudios y efectos microbiológicos de los enjuagues bucales	13
Uso de enjuagues bucales por indicación profesional.....	16
Conclusiones	17
Referencias	18

INTRODUCCION

Salud y enfermedad son dos grados extremos en la variación biológica del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física y mentalmente a las condiciones variables del ambiente. La vida humana y la salud son consecuencia del equilibrio entre el hombre y su ambiente.

Podemos afirmar que el proceso salud-enfermedad es el resultado de las condiciones de vida de un individuo y que para comprenderlo, estudiarlo e interferirlo es necesario conocer la estructura donde se da; las relaciones que lo determinan, o sea, el ambiente en que esta inmerso y los procesos de interacción con el medio ambiente.

La ciencia de la epidemiología estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico en una comunidad humana.

Diversos estudios epidemiológicos han sido aplicados a la enfermedad periodontal inflamatoria crónica, con el fin de medir la extensión y severidad de las enfermedades inflamatorias del periodonto en las poblaciones humanas por medio de índices. Los cuales fueron diseñados para reflejar el estado periodontal de una población con el fin de poder medir las diferencias entre poblaciones y dentro de la misma población en diferentes momentos.

Estos índices son: El índice periodontal (PI) (Russell, 1956); el índice de enfermedad periodontal (PDI) (Ramfjord, 1959); y una versión simplificada del índice de higiene bucal (OHI-S).

Durante las últimas dos décadas se han realizado en todo el mundo estudios epidemiológicos para medir la prevalencia y se

veridad de la enfermedad periodontal, los niveles de limpieza bucal y un gran número de factores correlativos sospechosos.

Estos estudios han demostrado que la enfermedad periodontal - inflamatoria crónica es de prevalencia mundial, y que la extensión y prevalencia de la gingivitis y la enfermedad periodontal inflamatoria crónica esta correlacionada con la edad, así como con el nivel de higiene bucal.

La principal contribución de los estudios epidemiológicos es la observación de que la acumulación de depósitos microbianos sobre el diente, esta relacionada etiologicamente con la gingivitis y la enfermedad periodontal inflamatoria crónica.

Lüe et al (1965) demostró que la gingivitis puede ser inducida en humanos permitiendo la colonización y crecimiento bacteriano sobre los dientes y que las manifestaciones de la enfermedad son reversibles con la reiniciación de las medidas de higiene bucal.

Stamm (1986) reporta en un artículo sobre la epidemiología de la gingivitis los siguientes datos: con respecto a la edad, existe un consenso general que la gingivitis marginal empieza tempranamente en la niñez; y el incremento en prevalencia y severidad es durante los años de adolescencia, de ahí en adelante subsiste ligeramente y puede nivelarse para el resto de la segunda década de la vida.

Se estima que la prevalencia de la gingivitis en el adulto varía aproximadamente de 50 a 100%; en la pubertad hay incremento de gingivitis y también hay prevalencia en hombres que en mujeres; durante el embarazo aumenta la severidad de gingivitis. Otros factores adicionales fueron evaluados por su impacto sobre la gingivitis como el tabaquismo, el uso de fluoruros

y antibioticos.

Como se menciona anteriormente la placa bacteriana es el factor etiológico primario tanto de gingivitis como de enfermedad periodontal inflamatoria crónica, por lo tanto el objetivo de este trabajo es hacer énfasis en la importancia de la prevención de la enfermedad. En esta revisión bibliográfica se describen algunas de las investigaciones realizadas sobre enjuagues bucales como agentes antiplaca y para el control de la gingivitis.

FLORA BUCAL

El origen de la flora normal del cuerpo proviene del medio ambiente inmediato del infante. Una vez que se ha establecido la flora bucal normal, los organismos se adaptan a sitios o nichos específicos en la boca y es difícil removerlos. La cavidad bucal con su flora microbiana constituye un sistema ecológico de desconcertante complejidad. Muchos microbios habitantes de la cavidad bucal viven en armonía en relación con el tejido huésped en un estado de salud clínica.

Listgarten (1988) menciona que mientras haya un equilibrio dinámico entre la flora microbiana y el huésped, la encía aparece sana a la inspección clínica, aunque histológicamente haya cambios inflamatorios mínimos en el tejido marginal gingival. Si en determinada área gingival se permite una súbita colonización microbiana de la superficie dentaria, este equilibrio puede verse desafiado, debido a un marcado incremento de la placa bacteriana y el aumento de la virulencia de los microorganismos presentes. Semajantes alteraciones en el equilibrio parasito-huésped pueden dar como resultado episodios transitorios de destrucción de tejido y en largo tiempo, daño acumulativo en el tejido periodontal, ya que la placa microbiana experimenta no solo cambios cuantitativos, sino también cualitativos; aumenta el número de bacilos gram-positivos y espiroquetas.

Cuando se rompe este equilibrio, el tejido responde al desafío microbiano con una reacción inflamatoria aguda (primer línea de defensa). Pero los productos microbianos que penetran en el epitelio de unión y el tejido conectivo en cantidades crecientes no son sólo quimiotácticos para los granulocitos neutrófilos y macrófagos sino también antígenos. Por consiguiente se desencadena la reacción inmunitaria local (segunda línea de defensa). Pero nuevamente tras unos pocos días de respuesta exagerada del huésped se establece un equilibrio que a su vez puede permane-

cer intocable por prolongados periodos.

PAPEL DE LA PLACA BACTERIANA EN GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

La placa bacteriana es una entidad especifica que resulta de la colonización y crecimiento de microorganismos sobre la superficie de los dientes, tejidos blandos, restauraciones y aparatos bucales. Es un conglomerado de microorganismos vivos y organizada, formada habitualmente por numerosas especies y cepas incluidas dentro de una matriz extracelular formada por productos del metabolismo bacteriano y sustancias del suero, saliva y dieta.

La placa comienza por la colonización de superficies, al parecer por adherencia selectiva de microorganismos sencillos o grupos - de microorganismos, especialmente en la región cervical de los - dientes e interproximalmente. Con el tiempo presenta crecimiento y maduración por adiciones acumulativas de microorganismos gram-negativos anaerobios y filamentosos. Si no existe alguna interferencia la placa cubre paulativamente toda la superficie dentaria puede presentar periodos intermitentes de crecimiento activo y de inactividad.

La placa dental se distingue de otras acumulaciones sobre la superficie del diente como son: 1) película adquirida, la cual es una película orgánica depositada sobre la superficie del diente y la cual no contiene bacterias. 2) materia alba, una acumulación amorfa bacteriana, la cual a diferencia de la placa dental, es fácilmente removida con enjuague vigoroso y 3) calculos, lo cual - representa la placa dental mineralizada.

La estructura de la placa dental consiste principalmente de masas microbianas y una película interpuesta entre estas masas y la superficie del diente.

MacDougall (1963) publicó un interesante estudio microbiológico de la placa dental. El descubrió que toda la placa formada se ob

serva bajo la luz del microscopio como una masa de bacterias filamentosas en los angulos de la pelicula que se encuentra cerca de la superficie del diente. Más cerca de la periferia, los filamentos son curvos e irregulares. Casi dos terceras partes de la placa son gram-positivas.

Existen muchos tipos de flora microbiana asociados con tejidos periodontales en la salud y en la enfermedad.

Los cambios de la flora que ocurren por más de dos meses en los humanos con coronas artificiales estan documentados por Listgarten (1975). Los depósitos de menos de una semana son principalmente una flora cocoidea muy similar a la flora normal. En una a tres semanas, tiempo durante el cual la gingivitis se desarrolla, se encuentra una flora parecida a la que se observa en la gingivitis sobre los dientes naturales. Después de dos meses, la flora es similar a la encontrada en la periodontitis, con una capa subgingival rica en espiroquetas.

Estos estudios muestran que los cambios en la flora microbiana, de normal hasta la periodontitis ocurren de una manera característica. La flora en la periodontitis juvenil parece unica, es relativamente simple y esta compuesta principalmente de cocos gram-negativos y delgadas celulas filamentosas.

AGENTES QUIMIOTERAPEUTICOS PARA EL CONTROL DE PLACÁ Y GINGIVITIS

Mandel (1988) Realizó, una investigación acerca de los agentes-quimioterapéuticos, que han sido utilizados a lo largo de la historia y en la actualidad.

Las primeras referencias, sobre las practicas de los enjuagues-bucales, fueron acreditados a la cultura China; corca del 2700-D.C. ellos utilizaban la orina de niños, para el tratamiento de las enfermedades de las encias. Esta practica se extendió a muchas ciudades, especialmente en los romanos y españoles, utilizan dose hasta el siglo XVIII (Weinberger 1948).

Los enjuagues, utilizados como ayuda para la limpieza mecánica, llegaron a ser populares en las clases altas en el período romano, recomendados por Pliny (agua con sal).

El Zene Artzney (medicina para los dientes), publicó en Alemania en 1530, el primer trabajo exclusivo sobre terapéutica dental, conteniendo una sección, sobre como conservar los dientes. Las recomendaciones incluían: Lavado del diente con alumbre quemado, mesclado con vinagre o mirra quemada en vino. Al final sugirieron; que después de cada comida lavaran los dientes, con vino o cerveza, para quitar, todo aquello que se pueda adherir al diente y que hace que estos se pudran, produciendo mal olor y destrucción en los mismos.

En los siguientes 20 años, los microorganismos específicos de muchas enfermedades, fueron descubiertos, pero poco fué alcanzado terapéuticamente. Esto fué motivo de una gran desilusión para los investigadores de ese tiempo, incluyendo a D.W. Miller - quien estuvo activamente involucrado, en el estudio de usos de antisépticos en tratamientos profilácticos de la caries.

Miller (1890), señaló que hay lugares alrededor de cada dentición, que permanecen intactos aún en la más virulosa aplicación de antisépticos o el antiséptico no sea boca o ninguna acción.

Miller, notó que muchos antisépticos, no pueden ser utilizados bucalmente; porque son dañinos a la salud en general. Señalando, que pueden dañar las membranas mucosas y los dientes, o -- que tienen que ser excluidos por su mal sabor u olor. El concluyó, que la preparación de un enjuague que posee una -- acción antiséptica de alguna importancia, es acompañado por gran des dificultades.

Miller fué discípulo de Koch, un investigador en bacteriología. El comparó, una gran serie de antisépticos, variando la dilución por su habilidad, como agente bacteriostático y bactericida; -- reconociendo la limitación, sobre la exposición con la bacteria para determinar el tiempo mínimo, para matar a los microorganismos. El estableció, muchas de las reglas que la comunidad -- dental siguió, hasta la primera mitad del siglo XIX. La investigación posterior, de los agentes quimioterapéuticos -- fué una continuación de los esfuerzos de Miller.

Comenzando los años 60; los estudios terapéuticos y preventivos de los agentes microbianos, comenzaron a transferirse hacia las caries, gingivitis y periodontitis. Cuando el sarro -- fué considerado el factor etiológico de las enfermedades periodontales, los depósitos mineralizados fueron el blanco de un -- número de agentes antisarro que fueron examinados.

En los pasados 25 años, la placa dentobacteriana ha sido designada el factor etiológico, de las enfermedades periodontales -- (también de la caries). No obstante, la eficacia probada sobre la adecuada remoción mecánica de la placa (Frandsen 1935), el nivel de pacientes que demandan o realizan esta técnica es muy bajo; solamente alrededor del 30% de la población en ciudades -- desarrolladas, y una pequeña fracción en ciudades no desarrolladas.

Esencialmente, la disponibilidad de agentes químicos, que suplen o sustituyan, la dependencia del paciente al régimen mecánico, es esencial. (Mandel 1973).

De acuerdo a Kornam (1985,1987), el control químico de la placa dentobacteriana se puede prevenir, o reducir la gingivitis si: 1) Se elimina ó se remueve la placa, 2) Reducir la placa por abajo del umbral individual de la enfermedad, 3) Alterando la composición bacteriana de la placa de tal manera, que evite la enfermedad, y 4) Conseguir la habilidad para modificar la patogenicidad de la placa.

Agentes quimioterapéuticos, pueden alterar directamente a la gingivitis, si ellos poseen agentes antiinflamatorios, que inhiban la síntesis de la actividad de prostaglandinas. (Goodson-1985).

Revisando los varios agentes, y enfoques que han sido utilizados en el control químico de la placa, han sido clasificados en cinco categorías: 1) Agentes antisépticos que matan o previenen la proliferación de todo organismo de la placa., 2) Antibióticos capaces de inhibir o matar un grupo específico de bacterias., 3) Enzimas simples, que pueden romper o dispersar la matriz en la cual, se encuentran las bacterias; o modificar la actividad de la placa., 4) Acción no enzimática, que dispersen, desnaturalicen o modifiquen los agentes que pueden alterar la estructura de la placa, o la actividad metabólica de la placa bacteriana. y 5) Agentes que pueden interferir con el enlace, de todas o algunas de las bacterias de la película de la superficie.

Los agentes antiséptico, que han sido estudiados clínicamente son: Componentes fenólicos, componentes de amonio cuaternario, agentes oxigenantes y extractos herbarios.

Listerine.- Es una combinación de fenol, relacionado con aceites esenciales, thymol y eucalipto, mezclado con mentol y salicilato de metilo en un 26.9% y un vehículo hidroalcohólico.

En la era moderna, los estudios de corto término, en duración de 7-60 días, han indicado estadísticamente una significativa reducción en acumulación de placa y niveles de gingivitis, cuando

son utilizados en conjunción con, ó en ausencia diaria de higiene bucal (Kennedy et al. 1970, Gomer et al. 1972, Lusk et al.- 1974, Fornell et al. 1975, Menaker et al. 1979).

El más reciente estudio sobre Listerine, fué guiado por el Consejo de Terapéutica Dental. Tuvo una duración de seis meses. En este estudio, por Lamster et al. (1983) el Listerine fué utilizado dos veces diariamente como enjuague, sobre la existencia de placa y gingivitis; dió como resultado: una reducción de -- 20.8% en placa y 27.7% en marcas de gingivitis.

En un estudio combinado, clínica y microbiológicamente sobre el desarrollo de placa y gingivitis (De Paola et al. 1985), la reducción fué de 34% en placa y gingivitis, comparados a 5% al control de hidroalcohol.

En otro estudio de nueve meses de duración sobre la inhibición y desarrollo de la placa y gingivitis, siguiendo múltiples profilaxis, hubo un retardo de 19.5% en marcas de placa y una significativa reducción de 23.9% en gingivitis (Gordon et al. 1985).

La totalidad de estudios clínicos y de laboratorio, apoyan la evidencia, del valor del antiséptico Listerine, como un medio de reducción e inhibidor de la acumulación de placa y al mismo -- tiempo reducir la inflamación gingival. Utilizado dos veces diariamente como enjuague, es tan efectivo como la frecuencia de su uso (Mandoki et al. 1987).

Algunos pacientes, tienen una sensación inicial de picazón y sabor amargo, no obstante la adaptación ocurre usualmente en pocos días. Ocasionalmente, han sido reportados, algunos efectos -- que son mínimos, pero su seguridad, ha sido establecida a través de los años y su uso en gran escala.

Componentes de amonio cuaternario.- Un número de estudios de corto término de éste enjuague comercial y la preparación de altas concentraciones, muestran, la reducción de placa de 25 a 35% y efectos equivocos, sobre gingivitis (Sturzenburger y Leonard 1969, Volp et al. 1969, Carter y Barnes 1975, Holbeche et al. 1975, Cianco et al. 1975, Ashley et al. 1984).

En un estudio de seis meses, reportado por (Labene et al. 1977) hubo una reducción de 14% en placa, y 24% reducción en gingivitis. Un número de efectos adversos han sido reportados, tales como manchas en los dientes, sensación de quemazón e incremento en la formación de sarro.

En altas concentraciones, tales como 0.2% benzonato de cloro, ocasiona lesiones descamativas, reportado por Gjermo et al. (1970). El incremento en la concentración de estas sustancias los hace efectivos agentes antibacterianos, pero ocasiona efectos irritables en los tejidos.

En 1954 fue sintetizado un poliguanide, con un amplio espectro antimicrobiano. Fue introducido, dentro del uso humano en 1957- en Gran Bretaña como un antiséptico en crema.

En los Estados Unidos, apareció como una solución al 4%.

Loe y Schiott (1970) capturaron el interés del mundo dental, cuando ellos, introdujeron esta sustancia como un enjuague bucal al 0.2% en gingivitis experimental, un estudio en el cual ellos mostraron que cinco, dos o aún, un enjuague diario, virtualmente previene la acumulación de placa o el desarrollo de gingivitis, cerca de un período de 21 días, de no realizar medidas de higiene bucal.

La primera prueba, del uso de chlorhexidina, como un suplemento con el cepillado, se llevó a cabo en cuatro meses, aplicado dos veces diariamente en un grupo de soldados (Flotra et al. 1972). Hubo una reducción en placa del 56% y en gingivitis 24%

En otro estudio que se llevo a cabo como suplemento en un grupo de 150 medicos estudiantes, en un periodo de dos años, se observaron algunos efectos como manchas en los dientes y sobre las coronas de porcelana, también fué notado un sabor amargo y ocasionalmente, se reportó irritación de la membrana mucosa y descamación.

Sin embargo, se utilizo en muchas ciudades de Europa, pero la aceptación de chlorhexidina en los Estados Unidos fué retrasada debido a los efectos secundarios. Desde entonces, el camino para reducir este problema, fué reducir la concentración.

Basado sobre estudios clinicos publicados, chlorhexidina fué -- aceptado (bajo el nombre de peridex) por el consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Americana.

Los efectos antibacterianos per se de chlorhexidina no son unicos; actúa a nivel de la membrana celular de la bacteria, incrementa la permeabilidad y/o precipita componentes intracelulares (Kornman 1985).

Muchos agentes cationicos funcionan, de esta manera. Las ventajas de chlorhexidina sobre otros agentes, es la capacidad de penetrar en muchos sitios de la cavidad bucal y restringe la proliferación bacteriana, y afecta la adherencia de bacterias a la superficie del diente, así como inicia la destrucción bacteriana (Gjerme et al. 1974, Waller y Polla 1985).

Las mayores características inquietantes de chlorhexidina, han sido, la formación de una decoloración amarillenta sobre los dientes y lengua, y sobre restauraciones de los dientes.

En estudios, donde no se ha realizado el cepillado, esto es notado en pocos días; y en estudios, donde si se realiza el cepillado, esto comienza después y la intensidad es menor. Las observaciones concienten que la adquisición de la película con la absorción de chlorhexidina, antes que la placa, es el sitio de formación de la decoloración.

Los estudios sobre algunas sustancias, mencionadas anteriormente como: cetylpyridinium chloride, zinc y sales de cobre, sanguinaria y octenidine, y fluoruro estanoso; son investigaciones que en la actualidad, continúan.

Efectos microbiológicos de enjuagues bucales que contienen sustancias antimicrobianas.

Walker (1988) Este estudio fue realizado, en un modelo experimental de gingivitis, en el cual se utilizaron dos agentes antimicrobianos; Gluconato de chlorhexidina y Listerine, los cuales fueron mostrados para inhibir y reducir la acumulación de placa y la severidad de gingivitis.

Enjuagues de chlorhexidina al 0.12% fué utilizado en un término de tres y seis meses, lo que dió como resultado una reducción significativa en el número total de anaerobios y aerobios, -estreptococos y actinomices de la placa supragingival.

Chlorhexidina, tiene reportado para reducir la placa en un 60% y la severidad de gingivitis de 50-80%

Listerine tiene reportado, el retardo de desarrollo de placa -de 45 a 56% y para reducir la existencia de placa es de 39 a 48%. La marca de gingivitis se reduce mucho en un 59%.

Los estudios microbiológicos muestran que el efecto de Listerine, es acertado para el total de masa microbiana.

Los datos obtenidos, en este mismo estudio sobre la combinación de Povidone-Iodine y peroxydo de hidrogeno, fueron evaluados en un estudio clínico de seis meses, conducido por investigadores independientes, donde utilizaron un protocolo común para determinar la efectividad de Povidone-Iodine y peroxydo de hidrogeno, tomaron un control de 201 sujetos, a los cuales a una parte se les dió profilaxis y enjuagues con Povidone-Iodine al 10% y 3% de peroxydo de hidrogeno. A otro grupo se le dió Povidone-Iodine diluido con agua; y a otro grupo peroxydo de hidrogeno diluido con agua. Estos investigadores, concluyeron

-ron que el enjuague combinado de Povidone-Iodine más peróxido de hidrógeno, dió como resultado un importante decrecimiento en la inflamación (gingivitis). Esta combinación, tiene más efectividad que ambos componentes simples.

Estudios clínicos longitudinales con enjuagues bucales antimicrobianos.

Overholser (1988) Este estudio, de largo término fué diseñado necesariamente para evaluar, la efectividad de enjuagues bucales, utilizados en la prevención y/o tratamiento de la placa y gingivitis. Los enjuagues utilizados fueron: Listerine y Chlorhexidina.

Listerine.- En un estudio de 145 adultos evaluados, durante seis meses, en los cuales no se realizó profilaxis y se dió enjuagues de Listerine; en este estudio se midió el efecto sobre la existencia de placa, dando como resultado un decrecimiento en la placa de 21 a 22% y un 28% de decrecimiento en gingivitis. Reportado por Lamster et al (1983).

Chlorhexidina.- En un largo estudio de 430 adultos, chlorhexidina a 0.12% fué evaluado siguiendo una profilaxis dental (Grossman et al. 1986), donde el enjuague redujo la placa en un 61%, la gingivitis en 39% y el sangrado en un 44%. Los autores mencionan que la reducción en el sangrado es significativo de la presencia de la enfermedad.

Los resultados microbiológicos de este estudio, mostraron una significativa reducción en el número total de bacterias (Brinner et al. 1986).

Sistemas de índices clínicos utilizados para valorar la eficacia de enjuagues bucales en placa y gingivitis.

Fischman (1988) Señala que el Consejo de Terapéutica Dental -- de la Asociación Dental Americana (A.D.A), tiene adoptadas -- guías, para la aceptación de productos químicos terapéuticos, -- para el control de placa supragingival y gingivitis.

Los más extensamente utilizados en índices de placa son el -- Index placa (Pl) y el indicador Turesky.

La gingivitis, es valorada por el método de Loe y Silness, el índice modificado de Lobene, y un indicador sanguíneo, reportado por Caton y Polson también son utilizados.

Hasta la fecha; dos productos son aceptados por el Consejo, -- como agentes efectivos para el control de placa supragingival y gingivitis, ellos son el Listerine y Chlorhexidina; estos -- productos fueron evaluados utilizando los índices clínicos -- mencionados anteriormente.

Estudios de enjuagues bucales en gingivitis experimental.

Wennstron (1988) Menciona que los estudios, sobre los enjuagues bucales, son realizados en modelos de gingivitis experimental con el objeto de evaluar los efectos de los agentes antimicrobianos sobre el desarrollo de la placa y gingivitis.

Loe et al. (1965) y Theilade et al. (1966) reportaron, la demostración de la relación causa-efecto, sobre la existencia entre placa bacteriana y gingivitis.

En el estudio referido, se habilitó un grupo de personas, a las cuales se les practicó rigurosas medidas de higiene y presentando salud gingival, se indujo la gingivitis experimental, dejando de practicar las medidas de higiene, durante un período de nueve a veintinueve días; una vez presente la gingivitis se -- aplicaron los enjuagues bucales, anteriormente mencionados.

De los cuales la Chlorhexidina mostró su eficacia como agente reductor de placa y gingivitis.

El uso de enjuagues bucales por indicación profesional.

Ciancio (1988), Señala el uso de los enjuagues bucales por indicación profesional. En vista de la relación entre placa supragingival y subgingival, los agentes químicos que alteran la placa supragingival pueden, también alterar, la placa subgingival, - esto da como resultado un efecto benefico para la salud gingival. Ciancio menciona que los enjuagues bucales deben ser utilizados como suplemento con la remoción mecánica de la placa bacteriana, no en sustitución de ella, pero en ocasiones su utilización esta indicada en : Algunos pacientes con problemas de control mecánico de placa, pacientes que utilizan protesis fija, fijación intrabucal, en pacientes con aparatos ortodonticos, en protesis total e implantes y por pacientes que han pasado por procedimientos quirurgicos, (para mejoramiento de las heridas, favoreciendo la cicatrización. Estas indicaciones pueden representar uno de los aspectos más valubles para el uso de estos agentes.

Algunos reportes recientes, hablan sobre la eficacia de varios enjuagues bucales, utilizados como irrigantes, que al ser usados de esta manera, también reducen las bacterias. (Ciancio et al.- 1987).

CONCLUSIONES.

El factor etiológico primario de la enfermedad periodontal es la placa dentobacteriana, por lo tanto la remoción e inhibición de la formación de la placa, nos llevará a la prevención, tanto de la enfermedad periodontal como de la caries. Evidentemente uno de los métodos más importantes del control de placa actualmente disponibles, comprende la auto remoción mecánica en intervalos regulares, con cepillos dentales, hilo dental y otros auxiliares (cepillos interdetales, palillos, irrigadores, etc.).

Desafortunadamente para muchas personas, la remoción mecánica de la placa dentobacteriana puede ser difícil de realizar, y para muchos otros, la motivación individual para llevar a cabo el control mecánico de placa es carente.

Por lo tanto se intentaron otras medidas para la remoción de placa por medios más simples de realizar, así como las indicaciones para su utilización: Los enjuagues bucales; dos de los cuales han sido considerados: el Listerine y la Chlorhexidina, estos enjuagues han sido extensamente estudiados y han demostrado su eficacia como agentes reductores de placa y gingivitis.

Aunque existen otros factores que pueden predisponer a la enfermedad periodontal inflamatoria crónica, el principal factor, ya mencionado anteriormente es la placa bacteriana por lo tanto podemos prevenir la enfermedad, mediante el efectivo control de placa. Además promoviendo la salud, por medio de la educación dental, para de esta manera poder evitar y/o tratar oportunamente en lo posible, los factores que la ocasionan. Así como detener también en lo posible el avance de la enfermedad.

REFERENCIAS.

- Carlos J.P., Wolfe MD and Kigman A: The extent and severity index: a simple method for use in epidemiologic studies of periodontal disease. J. Clin periodontology. 13: 500-505. 1986.
- Giancio S.G: Use of mouthrinses for professional indications J. clin periodontology. 15:520-523. 1988.
- Fischman SL: Clinical index systems used to assess the efficacy of mouthrinses on plaque and gingivitis. J clin periodontology. 15:506-510. 1988.
- Lindhe J. Periodontologia clinica. 1986.
- Listgarten MA: Plaque and periodontal disease. J. clin. periodontology. 15:485-487. 1988.
- Mandel ID: Chemotherapeutic agents for controlling plaque and gingivitis. J. clin periodontology. 15:488-498. 1988.
- Overholser C.D. Longitudinal clinical studies with antimicrobial mouthrinses. J. clin periodontology. 15:517-519. 1988.
- Schluger S., Youdalis, Page. Enfermedad periodontal, fenómenos básicos, manejo clínico e interrelaciones oclusales. 1a. edición 1981.
- Stamm JW: Epidemiology of gingivitis. J. clin periodontology-13:360-366. 1986.
- Walker CB: Microbiological effects of mouthrinses containing antimicrobials. J clin periodontology. 15:499-505. 1988.
- Wennstrom JL: Mouthrinses in "experimental gingivitis" studies. J. Clin Periodontology. 15:511-516. 1988.