

24/135

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



GINGIVITIS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Rodolfo Kapila Calva Ortega

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION.

- I.- ANATOMIA DEL PARODONTO (Pag. 1 a la 14)
- II.- DEFINICION DE GINGIVITIS (Pag. 15 a la 16)
- III.- ETIOLOGIA (Pag. 17)
 - .- FACTORES LOCALES (Pag. 17 a la 24)
 - .- FACTORES GENERALES (Pag. 25 a la 42)
- IV.- CLASIFICACION (Pag. 43 a la 47)
- V.- HISTORIA CLINICA (Pag. 48 a la 71)
- VI.- TRATAMIENTO. (Pag. 72 a la 93)

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La medicina es la gran ciencia que busca el bienestar de todo ser humano tanto física como psicológicamente.

Dentro de esta gran ciencia está una de sus ya fuertes ramas que es la odontología, que por consecuencia también se preocupa por un bienestar de los seres humanos, contando con gente que día con día se prepara y busca nuevas --
formulas para que nuestros hermanos tengan que ir quitando -
en el camino de la vida las barreras que les impide llevarla -
feliz y placentera, tratanto de orillar dolor, sufrimiento y -
buscando la tranquilidad.

Es por eso que nosotros los nuevos cirujanos den -
tistas, debemos de escuchar al maestro, leer la historia, realizar el presente y prepararse para el futuro.

He aquí pues, un corto comentario sobre la gingivi -
tis una de las enfermedades que la odontología a podido darle -
un tratamiento, como a cada problema patológico dental que se
va presentando.

Esto es en parte la gran responsabilidad de todo
ser que este dentro de la medicina para salvaguardar el -
bienestar de todos.

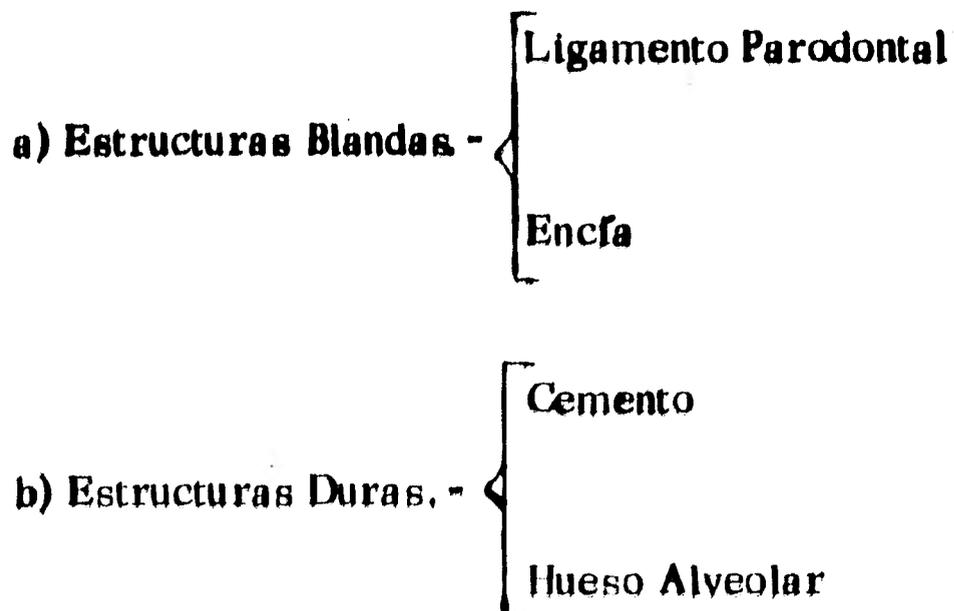
CAP. I. -

ANATOMIA DEL PARODONTO

Las características normales de los tejidos del parodonto y las alteraciones patológicas a la que estan sujetas, es importante conocerlas para poder realizar cualquier tratamiento parodontal. Por lo que a continuación se realizará un breve estudio del parodonto. -

El Parodonto. -

El parodonto en su masa principal es un tejido -- dispuesto sistemáticamente en haces y para su estudio se divide en dos estructuras blandas y dos estructuras duras.



Encía.-

Es un tejido especializado, compuesto por tejido epitelial y una masa densa de tejido conectivo que rodea y protege al diente; por su parte lingual se pierde imperceptiblemente, por los tejidos subyacentes y por su parte vestibular se pierde por la mucosa alveolar, hasta llegar a una línea de demarcación denominada mucosa gingival, es de color rosa pálido, el cual puede variar por el grado de queratinización epitelial, espesor del epitelio, pigmentación y de la vascularización. - Es de consistencia firme, esta fuertemente adherida a los dientes y al hueso alveolar. El margen gingival se presenta delgado con su característica forma festoneada que termina en filo de cuchillo, su superficie presenta un puntilleo que se asemeja a la cascara de naranja que se observa mejor cuando está seca y varía de persona a persona con la edad y en diferentes zonas de la boca.

La encía se divide en:

Encía libre ó marginal papilar, insertada y mucosa alveolar,

Encía Libre ó Marginal. -

Es el borde de la encía que rodea el cuello de los dientes a manera de collar, la encía libre está constituida por tejido conjuntivo fibroso cubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Su profundidad normal es de 1 a 1.5 mm. al unirse MD forma la papila.

Encía Interdentaria ó Papilar. -

Es la porción de la encía que ocupa el espacio interproximal y se unen por 2 papilas que tienen forma piramidal, una vestibular y otra lingual que forman el col ó collarado.

La encía interdentaria es de gran importancia clínica y patológicamente; puesto que es la zona donde se inicia la enfermedad parodontal.

Encía Insertada. -

Es el tejido firme y resistente limitado por el surco gingival que lo separa de la encía marginal y de la unión mucogingival. Se encuentra firmemente unida al cemento y al hueso, su superficie presenta el aspecto de cas

cara de naranja debido a los haces de fibras colagenas que penetran en las papilas del tejido conjuntivo el cual está formado por células y sus productos como los fibroblastos, mácrolagos, osteoblastos, etc.

Encía alveolar. -

Es la que se denomina como fondo de saco, es el tejido que se extiende desde la encía insertada hasta el vestibulo. Es delgado suave no esta queratinizado y de color rojo debido a que se encuentra constituido por un tejido conjuntivo laxo muy vascularizado, por eso la mucosa alveolar no esta firmemente adherida al hueso subyacente y es facil distinguirlo y separarlo del perióstio.

Histología consta de 4 capas. -

- a) Capa basal
- b) Capa espinosa
- c) Capa granulosa
- d) Capa queratinizada ó paraqueratinizada

e) Capa basal: Es la capa más profunda que está en contacto con el tejido conjuntivo por medio de la lá-

mina basal, la cual consta de dos capas.

Lámina Lucida. - Esta en contacto con las células basales del epitelio.

Lámina Densa. - Esta en contacto con el tejido conjuntivo por una capa de reticulina, compuesta por fibras entrelazadas de AC nutritivo e hidratos de carbono.

b) **Capa Espinosa**: La constituyen células aplanadas, que tienen núcleos contraídos, es lo más prominente del epitelio. - al microscopio se pueden observar tenefibrillas, adheridos a la membrana plasmática están pequeños granulos ó cuerpos de Adlon, constituidos por mucopolisacáridos fosfatados.

c) **Capa Granulosa y Queratinizada ó Paraqueratinizada.** - En esta capa las células se aplanan y se reduce el núcleo; los cuerpos de Adlon se engrosan y se queratinizan.

Vascularización. - La principal irrigación de la encía se encuentra al lado del perióstio de la cara bucal -

y lingual de la apófisis alveolar.

Son tres fuentes:

1.- Arteria Supraperióstica. - Se extiende a lo largo de la superficie vestibular y lingual del hueso alveolar.

2.- Vasos del Ligamento Parodontal. - Se extienden al surco y se anastomosan:

3.- Arteriolas. - Emergen de la cresta interdental y se anastomosan:

a) A vasos de ligamento parodontal.

b) Con capilares del surco.

c) Vasos de la siguiente cresta alveolar.

Inervación. - Deriva de las fibras del liga -
mento parodontal y de los nervios labial, bucal y palatino -
localizados en el tejido conectivo; derivando del II par cra
neal ó trigémino.

Las fibras son amielínicas, que se extienden-

desde el tejido conjuntivo hasta el epitelio y terminaciones -
nerviosas en la capa papilar de la lámina propia, compren -
diendo los corpúsculos táctiles de Meissner y termorrecep -
tores de Krauss

FISIOLOGIA. -

1. - Cubre la superficie ósea radicular de los dien
tes, adaptándose a la forma del hueso y piezas dentarias.
2. - No permite la invasión bacteriana por medio -
de la adherencia epitelial.
3. - Presenta resistencia a El Trauma por la quera
tinización.
4. - Resistencia a la infección y a la destrucción ce
lular.

LIGAMENTO PARODONTAL

Es una estructura de tejido conjuntivo denso, que se localiza rodeando intimamente la raíz del diente y lo une al hueso. Histologicamente esta constituido por:

Fibroblastos, células endoteliales, osteoblastos, osteoclastos, macrófagos y restos epiteliales de malasséz-
ó células epiteliales en reposo.

El ligamento parodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado al hueso alveolar tienen un trayecto ligeramente ondulado. Los extremos de las fibras colágenas incluidas en el centro y en el hueso reciben el nombre de fibras de Sharpey, esas fibras se unen en la parte media y a esa zona se le llama pleso intermedio.

Las fibras colágenas se organizan en grupos denominados haces de fibras principales que se distinguen por sus direcciones prevaecientes.

FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR

1. - Su extensión es oblicuamente desde el cemento, inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar.

2. - **Fibras Horizontales.** - dento-alveolares se extienden en ángulo recto respecto al eje mayor del diente, desde el cemento hasta el hueso alveolar.

3. - **Fibras oblicuas.** - dento-alveolares, van del hueso alveolar al cemento, en forma oblicua en ángulo de 45° , - estos haces de fibras son las más numerosas y constituyen el sosten principal del diente contra las fuerzas masticatorias.

4. - **Fibras Apicales.** - se distribuyen en forma de abanico al rededor, del ápice radicular.

5. - **Fibras Interradiculares.** - Se encuentran sobre la cresta del tabique interradicular en las funciones de los dientes interradiculares unidos a las raíces.

6. - **Fibras accesorias.** - En este grupo se encuentran las fibras oxitalámicas que corren perpendicular a las fibras principales, se insertan en el hueso y el cemento, son elásticas.

y se cree que dirigen la erupción del diente.

FISILOGIA

Es vital su función se presenta como obstaculo pa
ra el inicio de la enfermedad periodontal.

Funciones Principales. -

- a. -) Trasmisión de las fuerzas masticatorias al hueso.
- b. -) Unión con el cemento
- c. -) La relación entre tejido y el diente.
- d. -) Disminución del impacto de las fuerza externas.
- e. -) Protección de tejidos blandos nervios y vasos.

Biológica. - aspecto formativo, nutricional y senso -
rial.

Formativo. - Formación y reabsorción de estructu -
ras calcificadas adyacentes.

Nutricional. - Por medio de vasos sanguíneos y linfá -
ticos, eliminando productos de desecho de los tejidos parodon -
tales.

Sensorial. - Nos da el tejido de localización de es t́mulos externos a trav́s de los nervios propioceptivos.

C E M E N T O

El cemento es un tejido mesenquimatoso calcificado que cubre el esmalte de la raíz del diente a nivel de la región cervical, puede presentar las siguientes modalidades en palación con el esmalte .

1. - En un 30 % de los casos el cemento se encuentra en contacto con el esmalte.
2. - En un 10 % puede no estar en contacto con el esmalte dejando una pequeña porción de dentina al descubierto.
3. - En un 60 % el cemento cubre al esmalte.

El cemento es de color amarillo pálido de aspecto - ṕtreo y superficie rugosa, a nivel del ápice radicular es más grueso y va disminuyendo hasta la región cervical en donde forma una capa finísima,

El cemento contiene un 50% de material inorgánico que fundamentalmente consisten en sales de calcio bajo la forma de cristal de hidroxapatita y un 50 % de sustancias orgánicas y agua; siendo sus constituyentes principales del material orgánico el colágeno y los mucopolisacaridos.

El cemento es una variedad de tejido conjuntivo que se divide en dos porciones.

1. - Cemento Acelular. -

No contiene células. Forma parte de los tercios cervical y medio de la raíz del diente

2. - Cemento Célular. -

Ocupa el tercio apical, se caracteriza por su mayor o menor abundancia en cementocitos. Los cuales ocupan un espacio llamado laguna cementaria de la cual salen unos conductillos llamados canalículos, que se encuentran ocupados por las prolongaciones citoplasmáticas, se dirigen hacia la membrana parodontal, en donde encuentran los elementos nutritivos para la función normal del tejido.

El cemento tiene las siguientes funciones:

Mantiene al diente implantado en el alveolo; compensando la pérdida de esmalte y aislando a la pulpa de - - agents patógenos, permite la reacomodación de las fibras de Sharpey.

HUESO ALVEOLAR

Es la parte de la mandíbula y maxilar que forman los alveolos y es un material muy vascular.

En el hueso alveolar se puede distinguir el hueso alveolar propiamente dicho, constituido por una lámina delgada relativamente densa y en la cual se insertan las fibras del ligamento parodontal y hueso de soporte formado por el hueso travicular adyacente y las láminas carticales bucal y lingual - el hueso de soporte rodea al hueso alveolar.

Este hueso como el resto del sistema esquelético para conservar su estructura depende de los estímulos funcionales en zonas de lesión hay formación de hueso y en zonas de

presión hay reabsorción, esto lo provoca el aumento de travéculas óseas vecinas a los dientes que trabajan en - contraste con la disminución de travéculas y reducción - de la altura del hueso de los dientes antagonistas.

Su vascularización se deriva de los vasos del - ligamento parodontal del conducto dentario y zonas carti - cales.

CAP. I I

DEFINICION DE GINGIVITIS

Literalmente significa inflamación de la encía, la cual puede presentar además, alteraciones patológicas que no solo son de tipo inflamatorio, sino de tipo atrófico, hiperplásico, neoplásico, de aquí que el concepto de gingivitis — sea bastante amplio, por lo tanto se le ha clasificado

Hay alteraciones de tipo inflamatorio provocados por placa bacteriana, sarro, etc., donde interviene la acción de los microorganismos, de sus toxinas, las cuales pertenecen a la flora normal de la boca.

No todos los casos de gingivitis son iguales con frecuencia es preciso distinguirlos entre inflamación y otros procesos patológicos que pudieran hallarse en la enfermedad gingival. La inflamación puede tener diferentes situaciones como:

1.- Cambio patológico primario y único siendo el tipo de enfermedad gingival más frecuente.

2. - La inflamación es una característica secun
daria superpuesta a enfermedad, causada por la adminis-
tración de fármacos.

3. - La inflamación es un factor desencadenante
de alteraciones clínicas, como es el caso de los estados -
fisiológicos de la mujer.

Hay ciertos cambios cuando existe enfermedad -
gingival como:

- a) Cambio de color
- b) Cambio de textura, se torna lisa es decir --
sin el puntilleo
- c) Retracción del margen gingival
- d) Cambio de forma o sea aumento de volúmen.
- d) Sangrado al menor estímulo
- f) Gran cantidad de exudado gingival

CAP. III

ETIOLOGIA.

La causa es el desequilibrio en la interrelación de los factores etiológicos.

Los factores etiológicos se clasifican en dos -- grandes grupos.

a) Factores Locales. -

Son aquellos que están en la boca, en el parodonto, en el medio que rodea la encía y que actúan mediante una influencia irritante sobre los tejidos parodontales.

b) Factores Generales o Sistemáticos. -

Es el estado general del paciente, es decir de la salud que goce el organismo y que influya en los tejidos parodontales.

FACTORES LOCALES

1. - Placa Bacteriana. -

El factor principal es la placa bacteriana, la importancia fundamental de la placa bacteriana en la etiología de la enfermedad parodontal reside en la concentración de bacterias y sus productos, 1 miligramo de placa puede contener de 200 a 500 millones de microorganismos.

La placa bacteriana es el depósito blando, no mineralizado compuesto de bacterias el cual se localiza sobre la superficie de los dientes, la película adquirida de desempeña un papel importante en la instalación, formación y desarrollo de los microorganismos los cuales inician la formación de la placa bacteriana.

Productos de la placa bacteriana:

- **Streptococos y difteroides; producen hialuronidasa y beta glucuronidasa.**
- **Fusobacterium; Fenol sulfatasas.**
- **Bacterioide melaninogénico; colagenasa**

Control de la placa bacteriana

- a) **Inhibiendo la formación de la placa**

- b) Modificando su potencial patogénico
- c) Removiendo la placa antes de que cause daño a los tejidos duros o blandos.

2. - Pelicula adquirida:

- a) Espesor menor de una micra
- b) No es mineralizada
- c) Carece de estructura al microscopio electrónico.
- d) Es de naturaleza glucoproteica
- e) Es de un derivado básicamente de la saliva
- f) Se localiza principalmente en superficies dentarias, defectos estructurales dentarios, restauraciones principalmente porosas.
- g) Actua como retenedor y nutriente para los germenos colonizadores.

3. - Sarro.

Es la calcificación de la placa bacteriana y esta --
constituido por; componentes inorganicos 78%, un 20% de ma
terial organico y un 2 % de agua.

Componentes Inorgánicos

- a) Factores de calcio
- b) Carbonato de calcio
- c) Fosfato de magnesio
- d) Pequeñas cantidades de Br, Au, Cu, F, Fe, Mn, Na, Si, Sr, W y Zn.

Componentes Orgánicos

- a) Complejos proteínopolisacáridos
- b) Células epiteliales descamadas
- c) Leucocitos
- d) Microorganismos como bacterias y hongos.

El sarro según su relación con el margen gingival se clasifica en:

- a) Sarro Supragingival. -

Es visible en el esmalte se caracteriza por su color amarillento gris es fácil de eliminar, es placa calcificada por el calcio de la saliva y sus elementos.

Se observa más frecuentemente en la salida de las-

glándulas principales como son: Wharton, Stenon.

Sarro Subgingival. -

Se encuentra por lo común debajo de la cresta de la encía marginal en bolsas parodontales. Para la localización se utiliza un explorador que es de color pardo, oscuro o verde negrusco de consistencia pétrea y se encuentra firmemente adherida a la superficie dentaria..

El sarro tanto supragingival como el subgingival aparecen en la adolescencia, aumentando con la edad. El supragingival es el más común, el subgingival es más raro - - pues casi no aparece en los niños. La frecuencia en las dos clases de sarro a edades diferentes varía según el criterio - de los investigadores y según las poblaciones.

4. - Mal posición dentaria

5. - Lesión cariosa en interproximal o cuello

6. - Respiración bucal, lo cual ocasiona una mala oclusión dentaria, el tabique nasal desviado, puede causar

una hiperplasia, en un paciente con respiración bucal hay deshidratación y se encuentra una línea de demarcación - en la encía por exponerla al medio externo.

7. - Cuspides impelentes o embolos: son aquellas cuspides que acuñan los alimentos en la parte interproximal de los dientes antagonistas ya que cuando hay un diente faltante la colusión cambia provocando el empaquetamiento de alimentos.

8. - Dientes ausentes: esto ocasiona que los antagonistas se desalojen del lugar por no tener antagonista, por lo que hay mala oclusión provocando desorganización de fibras parodontales.

9. - Cepillado incorrecto; el cual puede ser traumático o inadecuado o usar la técnica de violín durante varios años por lo que hay una gran recesión gingival.

10. - Hábitos; como morder objetos, brucis - mo lo cual distorciona las fibras parodontales por presión,

otro hábito es el empuje lingual con presión persistente en la zona anterior provocando la pérdida de la tabla externa y movilidad externa.

11. - Diastema: causada por frenillo alto, o por falta de tejido o dientes no erupcionados o ausentes.

12. - Area de contacto defectuosa; apiñonamiento oclusal, interproximal.

13. - Anomalías de forma y desarrollo dentario,
a) congénitas b) Mala anatomía de preparaciones en laboratorio causando empaquetamiento de alimentos o placa bacteriana.

14. - Enfermedades agudas

15. - Frenillos: generalmente si la implantación es muy baja en su inserción puede causar diastemas, los frenillos mandibulares impactados muy altos provoca un desprendimiento de la encía libre dando como resultado una acumulación de placa a nivel de incisivos inferiores ya que el frenillo provoca una tracción.

16.- Tratamiento ortodónticos inadecuados: provoca absorción ósea radicular. Las bandas son ideales para la acumulación de placa o sarro ya que no existe una - - higiene adecuada pudiendo provocar una hiperplasia.

17.- Prótesis inadecuada: puentes removibles - en los ganchos hay gran acumulo de placa bacteriana.

FACTORES GENERALES

ENFERMEDADES DEBILITANTES

Las enfermedades debilitantes pueden predisponer a la enfermedad parodontal, disminuyendo la resistencia tisular a los irritantes locales, creando una tendencia a la resorción alveolar; entre estas enfermedades tenemos: La sífilis, Nefritis crónica y Tuberculosis.

Avitaminosis. -

La nutrición es el proceso mediante el cual el organismo es capaz de asimilar y utilizar los elementos ingeridos, garantizando así el desarrollo normal de órganos y tejidos.

La buena nutrición es el resultado de la ingestión de una dieta balanceada, conteniendo las cantidades normales de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. Cualquier desequilibrio en las proporciones puede conducir a un estado de desnutrición. En la actualidad la mayoría de los alimentos son sometidos a tratamientos especiales de cocimiento, envasado, etc; que los hace

perder la mayoría de sus elementos nutritivos, como sucede con las carnes, legumbres y frutas.

El estado de nutrición de las personas afecta a las estructuras de sostén de los dientes y los efectos lesivos de los irritantes locales y las fuerzas oclusales excesivas se puede agravar por las deficiencias de vitaminas.

Ninguna deficiencia vitamínica causa por si misma la enfermedad gingival o alguna otra alteración en el parodonto, pero si está ligada a irritantes locales, si provoca lesiones.

Debido a las deficiencias vitamínicas se observan varias alteraciones.

En el sistema nervioso central en ocasiones se presenta la ceguera nocturna, susceptibilidad a las infecciones, perturbaciones en el crecimiento, textura y forma del hueso, la encía se presenta con hipoplasia epitelial e hiperqueratinización, alteraciones neurálgicas leves, hipersensibilidad de las mucosas pudiendo existir vesículas en encía o bien se presenta su erosión, existe glositis, en

ocaciones se ve necrosis de la encía y mucosa, aumento de la salivación, atrofia papilar retardo de la cicatrización, tendencias hemorrágicas, osteoporosis del hueso alveolar, movilidad dentaria, a la encía también la podemos observar con edema de color roja azulada y hemorrágica.

DISCRACIAS SANGUINEAS.

Frecuentemente los cambios orales son la primera iniciación e indicación de la existencia de un trastorno hematológico, sin embargo para un diagnóstico definitivo se exige un examen físico completo y cuidadoso estudio hematológico.

Anemia .-

Se produce por cualquier deficiencia en la cantidad o calidad de la sangre que se manifiesta por una reducción en el número de eritrocitos y cantidad de hemoglobina. La anemia puede ser producida por pérdida de sangre. La pérdida de sangre puede ser aguda como en traumatismos

mos graves ó crónica como en úlceras gastrointestinales o hemorragias menstruales excesivas.

FORMACION DEFECTUOSA DE LA SANGRE.

Esta formación defectuosa puede deberse a:

- 1.- Deficiencia de hierro, proteínas o de sustancias que normalmente previenen la anemia -- perniciosa.
- 2.- Depresión de la actividad de la médula ósea - por toxinas, sustancias químicas, tales como la sulfonamidas, agentes físicos como rayos - X ó interferencias mecánicas tales como enfermedades neoplásicas.
- 3.- Causas desconocidas como en la anemia plástica.

TRISOMIA " 21 "

Este síndrome se reconoce muy fácil, clínicamente es conocido como Síndrome de Down, su frecuencia es de uno en cada seiscientos recién nacidos, los pacientes afectados por éste síndrome, se han encontrado aberraciones cromosómicas de trisomía, la gran mayoría de pacientes afectados presentan cuarenta y siete cromosomas y cariotipo de trisomía veintiuno. Es frecuente entre los primeros hijos en mujeres de edad avanzada está caracterizado por retraso mental, con facies característica, con fisuras palpebrales sesgadas, pliegues epicánticos prominentes y una pequeña cabeza braquicefálica, las manos son anchas, con un meñique corto y encorvado, la segunda falange es rudimentaria. Existe un amplio espacio entre los dedos primero y segundo, con elevada movilidad de las articulaciones. Suelen encontrarse pequeños los lóbulos de la oreja, o bien estar ausentes, con las mejillas coloradas, con voz ronca, presencia de las manchas de Brushfield, que son manchas en forma de círculo de color gris-plata cerca de la periferia del iris, en niños pequeños hay desarrollo retrasado de los senos frontales, hipoplasia de la

base del cráneo y ángulos acetabulares reducidos de la articulación coxo-femoral.

Estos niños pueden adaptarse a la vida hogareña y se pueden entrenar para que adquieran una conducta socialmente aceptable en la familia y en la comunidad. La edad máxima que llegan alcanzar es de ocho años aproximadamente, y cualquier edad más allá de la mencionada; se le deberá tratar como si fuera de ocho años. Existen cardiopatías congénitas, hipotonía.

En la boca encontramos: erupción tardía de las piezas dentarias, su exfoliación temprana, incisivos superiores defectuosos o bien ausentes, anomalías en los dientes, maloclusión macroglosía, prognatismo y el principal problema es la enfermedad gingival (en ocasiones también la enfermedad parodontal), incluso es de mayor grado que la caries, con mayor frecuencia la gingivitis de tipo fibroso y atrofia papilar.

FACTORES STRESSANTES.

El conjunto de reacciones orgánicas como conse =

cuencia de una exposición al Stress se le llama síndrome de adaptación general.

Según Selye éste síndrome pertenece a un grupo generalizado de mecanismos fisiológicos que representan un intento por parte del organismo de resistir los efectos lesivos del Stress.

El mecanismo de adaptación del cuerpo que responde al Stress produce entidades patológicas que se conocen como enfermedad de adaptación, el cual se divide en tres partes.

1. - Respuesta inicial ó reacción de alarma.
2. - Adaptación al Stress o estado de resistencia.
3. - La parte final, es la incapacidad de mantener la adaptación al Stress, o etapa de agotamiento.

Existe desprendimiento epitelial, degeneración de la encía y ligamento parodontal, migración de la adherencia epitelial, produce retraso en la cicatrización de tejido conectivo y gingival.

POLICITEMIA

La policitemia es el aumento de eritrocitos circulares. (Debe distinguirse de la policitemia relativa) resultante de las pérdidas de fluidos orgánicos por vómito, diarrea o transporaciones persistentes. La policitemia puede ser:

1. - Policitemia primaria
2. - Policitemia secundaria

La policitemia primaria o secundaria se caracteriza generalmente por una coloración azul rojiza cianótica de la piel con lesiones similares en la mucosa oral o faríngea. A veces se ve una coloración roja brillante difusa de la encía y lengua.

DIABETES

Cambios orales atribuidos a la diabetes:

Movilidad dentaria, sequedad en la boca sin llegar a la xerostomía, sensación de color en la lengua, sensibilidad dentaria en ausencia de lesiones cariosas y sobre carga

funcional, sensibilidad gingival, macroglosía, frecuentes abscesos parodontales, proliferación del margen gingival, radiográficamente desaparición gradual o progresiva de la cresta alveolar. Encías agrandadas, papilas gingivales dolorosas y sangrantes. La diabetes tiene la tendencia de aumentar la gravedad de las inflamaciones y ser susceptibles a las infecciones.

En el estudio de las biopsias se ha sugerido que en la diabetes la encía y el tejido parodontal presenta una infiltración grasa que puede ser responsable de una disminución de la resistencia en la zona parodontal. Se ha descrito también en la hiperplasia.

PUBERTAD.

La puebertad se acompaña de una respuesta exagerada de la encía a la irritación local, inflamación pronunciada, color rojo azul, edema y agrandamiento, siendo el resultado de irritaciones locales, que por lo común genera respuesta gingival leve, el entrecruzamiento anterior excesivo agrava éstos casos a causa de los efectos, sobre

agregados de la retención de alimentos y lesivos de la --
encía.

El cuadro macroscópico es de inflamación crónica, con edema abundante y alteraciones degenerativas adyacentes.

El agrandamiento es marginal e interdentario, se caracteriza por tener las papilas interdentarias abultadas, por lo común aparece en encía vestibular y las superficies linguales quedan relativamente sanas.

A medida que se acerca la edad adulta, la intensidad de la reacción gingival decrece incluso cuando siguen estando los irritantes locales; la vuelta a la normalidad, completa demanda su eliminación, y aunque la frecuencia y gravedad; es preciso comprender que la gingivitis no es de aparición universal, durante este período, con el cuidado adecuado de la boca, se puede prevenir.

EMBARAZO

Durante el embarazo hay una tendencia a reacciones gingivales exageradas frente a irritantes locales, esto posiblemente se debe a ajustes endocrinos que se llevan a cabo durante este período.

La gingivitis del embarazo se divide en:

- a) Hemorragias gingivales
- b) Encías de color frambuesa
- c) Hiperplasia localizada (tumor del embarazo)
- d) Hiperplasia generalizada. Esta tiende a proliferar. El tejido gingival, los dientes se separan haciéndose móviles y expulsados con facilidad.

MENOPAUSIA

La reducción de los estrógenos que tiene lugar en el climaterio femenino puede constituir un factor etiológico de síntomas gingivales atróficos. Las mujeres presentan a veces disminución de la secreción salival, y a causa de ello,

sequedad de la encía y mucosa bucal. Las sensaciones del gusto pueden alteradas, especialmente cuando también hay cambios en los epitelios nasal y olfatorio, la lesión gingival se ha definido como descamativa crónica, con la disminución de la queratinización superficial y separación del epitelio del corión subyacente del tejido conectivo que provocan formación de ampulas y descamación epitelial. El corión queda así expuesto al medio ambiente bucal y se desarrolla una respuesta inflamatoria difusa caracterizada por intenso enrojecimiento, edema brillante, hipersensibilidad hacia estímulos táctiles, químicos y térmicos y dolor urente. Ziskin y Zegarelli, Scopp, Glickman, Smulow y Scancaréfio y otros han descrito la multiplicidad de factores etiológicos ya mencionados que pueden intervenir en la génesis de la gingivitis.

El examen etiológico revela las siguientes características patológicas.

a) **Atrofia epitelial** con disminución de la paraqueratinización y queratinización; degeneración hidrópica de las células basales; reacción acantolítica y formación de ampulas intraepiteliales en algunos casos; separación de todo

el espesor del epitelio del corión subyacente en otros casos.

b) Acumulación de material Amorfo-PAS-(+) formando una imagen lineal en la zona de la membrana basal -- del epitelio.

c) Reacción inflamatoria en el corión gingival caracterizada por vaso dilatación, edema, colagenólisis limitada y un infiltrado formado por neutrófilos dispersos, muchos macrófagos mononucleares y predominio de células plasmáticas y linfocitos.

DISFUNCIONES ENDOCRINAS

Las hormonas son sustancias orgánicas de complejidad variable producidas por las glándulas endocrinas. Son secretadas directamente hacia el torrente sanguíneo y ejercen una importante influencia fisiológica sobre las funciones de ciertas células y sistemas.

Entre las disfunciones endocrinas tenemos:

HIPOTIROIDISMO

Se manifiesta en tres síndromes clínicos: cretinismo, mixedema juvenil y mixedema adulto. Las manifestaciones bucales son las siguientes: retraso de la erupción dentaria, trastornos en la formación de los maxilares, los dientes se forman mal, retraso en la formación de las raíces y conductos dentinarios.

HIPERTIROIDISMO

Se manifiesta en jóvenes y adultos de mediana edad. Entre los síntomas principales encontraremos: efectos cardiovasculares, (pulso acelerado, hipertensión y agrandamiento del corazón), nerviosismo e inestabilidad emocional, pérdida de peso y exoftalmia. Las manifestaciones bucales son: erupción precoz de los dientes, los maxilares se encuentran bien desarrollados, el hueso alveolar se presenta con cierta rarefacción y parcialmente descalcificado.

En el adulto aumenta el flujo de saliva, pero no hay cambios bucales llamativos.

HIPOPITUITARISMO.

Se debe a una deficiencia en la secreción del lóbulo pituitario anterior; cuando se presenta en niños en -
 contraremos enanismo el enano pituitario es pequeño, sub
 desarrollado, bien proporcionado no siempre. El cráneo
 y la cara se desarrollan con gran lentitud, siendo la cara
 relativamente pequeña comparada con el cráneo, se observa
 subdesarrollo de los senos, especialmente los senos -
 frontales. Hay un retraso en el desarrollo de dientes y -
 maxilares, hay retraso en la resorción de los dientes de -
 ciduos y también retraso en la formación y erupción de --
 los dientes permanentes. El crecimiento de los maxilares
 se detienen y la mandíbula manifiesta cambios de mayor -
 grado. El retardo del crecimiento de la rama hace que no
 aumente la altura vertical de la mandíbula disminuyendo el
 espacio intermaxilar, produciendo el apilamiento de los --
 dientes y una tendencia a una relación distal de la mandíbu-
 la.

HIPERPITUITARISMO

Se produce o se manifiesta por un aumento en la

secreción del lóbulo anterior de la pituitaria según la edad en la que aparece puede producir gigantismo o acromegalia.

La acromegalia se caracteriza por un crecimiento desproporcionado de los huesos de la cara con los senos faciales sobredesarrollados, los labios se observan agrandados y a menudo se notan zonas localizadas de hiperpigmentación en los pliegues nasolabiales, hay un gran crecimiento del proceso alveolar aumentando el tamaño del arco dentario y en consecuencia hay espacio entre los dientes y se observa hipercementosis.

HIPOPARATIROIDISMO

Resulta de una remoción accidental de las glándulas durante una tiroidectomía y por deficiencias precoces. A este estado se le conoce como tétano paratiroideo; se manifiesta una hipocalcemia con un aumento de la excitabilidad del sistema nervioso. Si aparece en la niñez se produce una hipoplasia del esmalte y trastornos en la calcificación de la dentina, si ésta ya se ha formado y calcificado, si el esmalte y la dentina están en desarrollo, aparecen zonas alteradas

de hipo e hipercalcificación. La administración de vitamina "D" restaura el nivel del calcio.

HIPERPARATIROIDISMO.

La hipersecreción de una o más glándulas paratiroides produce un cuadro de osteitis fibrosa generalizada, desmineralización del esqueleto, formación de quistes óseos y tumores de células gigantes. Hay aumento de calcio y de fosfatasa del suero y disminución del fósforo.

Microscópicamente las lesiones óseas se caracterizan por:

- 1.- Destrucción osteoclástica de las trabéculas óseas.
- 2.- El hallazgo de un delgado borde osteoide en las trabéculas.
- 3.- Una marcada proliferación de los tejidos conectivos en los espacios medulares y en los conductos de Havers. Radiográficamente se observa osteoporosis alveolar y en --

sanchamiento del espacio de la membrana parodontal.

Manifestaciones orales: Maloclusión, movilidad dentaria, cavidades tipo quísticas en los maxilares, osteoporosis con trabéculas estrechamente entrelazadas y ausencia de cortical; en un 50% de los casos hay tumores en los maxilares, especialmente tumores benignos, también se observa cambios inflamatorios en el ligamento parodontal.

IV CLASIFICACION.

A. - Gingivitis Aguda. - Se caracteriza por un inicio rápido y evolución corta, manifestándose dos o tres días después de la lesión, siendo bastante doloroso.

B. - Gingivitis Subaguda. - También se caracteriza por un inicio rápido y evolución corta, manifestándose dos o tres días después de la lesión, siendo ésta más leve que la anterior.

G. - Gingivitis Recurrente. - Enfermedad que reaparece después de haber sido eliminado bajo tratamiento, o bien que desaparece espontáneamente y luego reaparece.

D. - Gingivitis Crónica. - Se instala con lentitud, es de larga duración siendo indolora por lo común.

De acuerdo al lugar donde se presenta:

A. - Gingivitis Localizada. - Se limita en la

encia de un diente, o de un grupo de dientes, es decir, -
exclusivamente en una zona.

B. - Gingivitis Generalizada. - Es cuando se
presenta en toda la encía.

C. - Gingivitis Marginal. - Afecta el márgen-
gingival pero se puede extender a zonas contiguas.

D. - Gingivitis Papilar. - Afecta las papilas in
terdentarias, es común que se extienda hacia zonas adya-
centes, sin embargo puede aparecer únicamente la afec-
ción en la papila.

E. - Gingivitis Difusa. - Abarca encía papilar,
encia marginal y encía insertada.

De acuerdo a las características microbianas:

A. - Gingivitis Ulcerosa Necrosante. - Es de -
tipo aguda, en ocasiones puede ser recurrente, o bien de
tipo crónico, siendo una enfermedad fuso-espiroquetal.

B. - Gingivoestomatitis Herpética. - Es causa da por un virus llamado herpes simplex, siendo de tipo - aguda la afección.

C. - Gingivitis Estreptocócica. - Es de tipo - aguda, causada por estreptococo beta hemolítico.

Clasificación de Alteraciones que no están - - dentro de las Inflamatorias:

A. - Gingivitis por administración de Fárcos. - Debido a la administración de ciertos fármacos se provoca el edema en encía.

B. - Atrofia por falta de irrigación. - Suele suceder cuando existen cardiopatías o en discracias sanguíneas.

C. - Atrofia por desuso. - Se presentará cuando no hay uso de la función en forma normal.

D. - Atrofia por Traumatismo. - Las lesiones se deben a: uso inadecuado del cepillo de dientes, el que provocan los huesos de pollo, espinos de pescado, etc., - -

durante la masticación, la deglución de bebidas calientes en forma apresurada, etc.

E. - Gingivosis. - También llamada Gingivitis Descamativa Difusa, es una afección degenerativa poco frecuente.

F. - Agrandamiento Hiperplástico Hereditario. Es el aumento de tamaño de la encía, rara su aparición, también llamada Elefantiasis Familiar, Fibramatosis Ideopática, su etiología aún no está totalmente establecida.

G. - Agrandamientos Neoplásicos. - Pueden ser Benignos o Malignos. Epulis, es como se denomina a todos los tumores de encía, esto solo localiza el tumor más no lo describe.

Entre los Agrandamientos Gingivales Neoplásicos Benignos, tenemos: a) Fibroma. b) Nevus. c) Mioblastoma. d) Hemangioma. e) Papiloma. f) Leucoplasia. g) Quiste Gingival.

Dentro de los de tipo maligno están: a) Carcinoma. b) Melanoma. c) Fibrosarcoma. d) Linfosarcoma.

e) Reticulosarcoma.

Existe otro tipo de Gingivitis debido a Dermatitis, de manera que tenemos a tres principalmente:

- a) Lîquen Plano.
- b) Pénfigo.
- c) Eritema Multiforme.

V. HISTORIA CLINICA. -

Para poder determinar el estado general de un paciente, (sobre todo cuando es nuevo) es necesario que éste lle-
ne un cuestionario antes de la entrevista propiamente dicha.

A continuación se dará un cuestionario tipo, con-
las explicaciones de cada pregunta, así el lector podrá determi-
nar si es necesario o no hacer una serie de preguntas que para
algunos profesionales resulta tedioso y aburrido.

QUESTIONARIO:

1. - Padece usted trastornos o alguna enfermedad?

Explicación:

En caso de que la respuesta sea afirmativa, el
paciente ha de explicar cuál es su problema, -
muchos pacientes pueden dar un amplio conoci-
miento de su padecimiento

2. - Ha experimentado algún cambio en su salud en
este último año?

Explicación:

Un paciente que en la pregunta anterior, ha dicho que gozaba de buena salud puede contestar con un si, en tal caso el operador podrá formarse un juicio acerca del estado global de salud.

3. - Ha padecido usted alguna enfermedad grave?
¿Le han operado?

En caso afirmativo: ¿Cuál fue la enfermedad?

¿De que lo operaron?

4. - Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los últimos cinco años?

En caso afirmativo: ¿cuál fue el problema?

Explicación:

Aunque estas preguntas nos permiten conocer mejor el estado del paciente, se refieren al pasado, y muchas veces, el recuerdo suele ser vago, para permitirles dar una respuesta afirmativa a las cuestiones siguientes.

En tales casos es necesario redundar en los síntomas y secuelas asociados con el episodio pasado.

5.- Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades o trastornos?

a. -) Fiebre Reumática o cardiopatía Reumática.

Explicación:

Estos trastornos se relacionan con afecciones valvulares cardíacas.

Los pacientes que responden afirmativamente, deben ser sometidos a un tratamiento profiláctico de antibióticos antes de ser sometidos a Gingivectomías, curetaje, extracciones dentales o alguna manipulación sobre hueso.

b. -) Lesiones cardíacas congénitas.

Explicación:

Estos pacientes deben recibir un tratamiento como se describe en a); además de hacer interconsulta con su médico general; Cardiólogo. Recibirán precauciones especiales.

c. -) Enfermedades Cardiovasculares (trastorno cardiaco, ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteroesclerosis, apoplejía).

6. - Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?

Explicación:

A menudo este dolor indica una angina de pecho. Se produce cuando la musculatura cardiaca no recibe una cantidad suficiente de oxígeno debido a que disminuye la irrigación. -- Este síntoma generalmente se relaciona con arteroesclerosis coronaria que disminuye la luz del vaso impidiendo el empleo de sangre requerido por el ejercicio.

7. - Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?

Explicación:

Este síntoma indica una enfermedad vascular del corazón. Cuando la válvula mitral, situada entre aurícula y ventrículo izquierdos está alterado por la arteroesclerosis, la sangre re

gurgita al contraerse el ventrículo. La aurí-
cula ha de recoger mayor cantidad de sangre
y, a su vez, lo han de hacer las venas pulmo-
nares y, finalmente los vasos de los pulmo-
nes. Este aumento de presión produce acumu-
lación de líquido en el interior de los pulmo-
nes y por ende la disnea. La disnea puede in-
dicar también una enfermedad respiratoria -
crónica.

8. - Se le hinchan los tobillos?

Explicación:

Si la respuesta es afirmativa, se puede rela-
cionar con una insuficiencia cardíaca conges-
tiva. Se produce cuando se prolonga la inca-
pacidad del corazón para mantener una irriga-
ción adecuada de los tejidos. La ingurgita -
ción pasiva del sistema venoso origina el ede-
ma de las piernas.

**9. - Tiene usted dificultad para respirar cuando es-
tá acostado, o necesita de más almohadas - -
cuando duerme?**

Explicación:

Es una prolongación del problema descrito en-

la pregunta No. 7.

A menudo la ortopnea (dificultad para respirar cuando se está acostado) es otro signo de insuficiencia cardiaca, especialmente del ventrículo izquierdo.

NOTA:

Cabe hacer una aclaración después que se han descrito preguntas referentes a aparato cardiovascular. Los pacientes que respondan con si a cualquiera de las preguntas antes hechas deberán ser enjuiciadas por el C.D. y conviene que antes de hacer cualquier tipo de maniobra, se haga una interconsulta con el médico que asiste al paciente, también/cabe aclarar que si tiene cualquier duda acerca del estado general y no se puede hacer la interconsulta por teléfono, se limite a hacer la Historia Clínica y el estudio Radiográfico de rutina, mientras se aclara la misma.

10, - a) Alergia

b) Asma o fiebre del heno

c) Urticaria o erupción cutánea

Explicación:

Estas preguntas tratan de aclarar una diátesis hemorrágica (propensión a ésta). Si la respuesta del paciente es negativa en a) pero afirmativa en b) o en c) debe despertar sospechas al operador, ya que pudiera presentarse un cuadro de alergia con cualquier medicamento empleado en la odontología (anestésicos, barbitúricos, yodo, antibióticos, aspirinas, etc.)

11.- Desvanecimientos o ataques?

Si el paciente es epiléptico pueden evitarse cuadros de ataques durante la intervención, dando tratamiento especial a estos pacientes y también nos permite aclarar hallazgos orales, tales como una hipertrofia gingival producida por tratamientos con Dilantin, o las heridas o cicatrices linguales

Por otra parte, si el paciente explica que ha tenido desmayos durante la aplicación de anestésicos el C.D. podrá modificar su método habitual, si ha padecido pérdidas de conocimiento no aclaradas, deberá ser remitido al médico para que averigüe si hay alguna lesión o trastorno del Sistema Nervioso Central.

12. - a) Diabetes?
- b) Tiene necesidad de orinar más de veces al día ?
- c) Tiene sensación de sed con mucha frecuencia ?
- d) Nota a menudo sensación de sequedad en la boca ?

Explicación:

Estas preguntas son encaminadas hacia el hallazgo de una posible Diabetes, si en cualquiera responde el paciente con un "SI" , deberán tenerse en cuenta ciertos aspectos.

- a) No constituye una contra indicación del tratamiento dental corriente.
- b) Requieren una modificación de los cuidados que se les prestan.
- c) Aplicación de un sedante para evitar una posible glucemia debido a una aprensión exagerada (stress).

d) El C.D. estará sobre aviso ante la posible aparición de un coma diabético o un choque insulínico en el paciente con diabetes conocida.

d) Las intervenciones quirúrgicas deberán planearse en relación con la administración de insulina u otros preparados.

e) Las intervenciones quirúrgicas deberán planearse en relación con la administración de insulina u otros preparados.

f) Esterilización del instrumental que se ha de emplear ya que estos pacientes son muy propensos a adquirir infecciones.

13. -Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ?

Explicación:

Es bien sabido en el ambiente médico que el virus de la hepatitis es muy resistente a los desinfectantes, por eso si es que se ha atendido a algún paciente con dicha enfermedad, se deberán tomar medidas drásticas para esterilizar el instrumental empleado en el paciente. Además de esto debemos tener presente que un paciente con alguna afección hepática, puede tener alterado la absorción y la utilización de la vitamina liposoluble K, en enfermedades graves hepáticas, la producción de protombina puede ser insuficiente para mantener los niveles hemáticos normales. En consecuencia el C.D. puede prever fenómenos hemorrágicos anormales.

14.- Artritis?

Explicación:

Esta pregunta tiene interés odontológico ya que la Osteoartritis puede producir trastor-

nos en la A.T.M. como son: limitación en los movimientos o dolor articular, algunos pacientes con artritis toman cantidades elevadas de aspirina, por esta razón el C.D. - tendrá cuidado de que el paciente no se refiera a la siguiente pregunta.

15.- Reumatismo Inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones) ?

Explicación:

Esta pregunta requiere de especial cuidado, ya que dicha enfermedad produce afecciones valvulares (se encuentran más referencias en la pregunta No. 5)

16.- Ulceras Gástricas?

Explicación:

Este tipo de pacientes puede presentar signos y síntomas orales de déficit nutritivo - - (lengua saburral). Cabe aclarar que no se prescribirán esteroides ya que con ello impedirá una reparación del tejido conjuntivo.

17.- Trastornos Renales?

Explicación:

Esta pregunta tiene interés puesto que en una enfermedad renal como la glomerulonefritis aguda presenta (en algunas ocasiones) infecciones orales o faríngeas, la cual se ha de erradicar. No obstante no pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos en pacientes con nefritis aguda o activa. Si es urgente la intervención, se realizará -- después de la administración de antibióticos. Los pacientes con proteinuria pueden presentar signos orales como anemia o carencias nutritivas.

* La estomatitis que acompaña a la uremia suele ser un síntoma tardío que aparece en el paciente gravemente enfermo.

18. - a) Tiene usted tos persistente (conve positivo) ?

b) Ha expectorado sangre?

c) Tuberculosis?

Explicación:

Estas preguntas son de suma importancia, ya que el C.D. en caso de que reciba una res

puesta positiva, deberá tomar precauciones, por ejemplo si hay un "SI" en b podrá tratarse de un carcinoma pulmonar, tuberculosis - o alguna enfermedad pulmonar crónica.

Por otra parte podrá deducir en pacientes - - con tuberculosis no diagnosticada la enfermedad. Cabe aclarar que las lesiones orales tuberculosas son poco frecuentes, pero suelen observarse.

* En caso de tuberculosis el profesional, deberá tomar medidas preventivas, tales como: uso del cubre bocas, guantes, lavado y esterilización adecuada de los instrumentos empleados, y si el tratamiento no es urgente, remisión del paciente al médico general.

19. - Hipotensión ?

Explicación:

En muchos casos, la hipotensión, presión - - sistólica uniforme de 100 mm/Hg. , puede considerarse como un signo favorable para la - - salud,

20. - Enfermedades Venéreas?

Explicación:

Esta pregunta se refiere principalmente a - que si el paciente ha tenido sífilis. Aunque es difícil que el paciente nos refiera datos - de enfermedades venéreas, debido a cuestio - nes morales y sociales, el C.D. deberá es - tar alerta. En caso de un "SI" habrá que - practicar una prueba serológica de la sífi - lis, para descartar la enfermedad activa.

21. - Ha tenido hemorragias anormales con extrac - ciones anteriores, intervenciones quirúr - gicas o traumatismos?

Explicación:

Con regular frecuencia pacientes responden con un "SI", pero hay que determinar si el - paciente, tiene tendencia hemorrágica pa - ra no caer en un error. Por otra parte de - be averiguarse mediante un interrogatorio - más preciso si el paciente padece un déficit de vitamina K primario o secundario, una - enfermedad hepática, una púrpura trombosi - topénica, hemofilia u otra discrasia sangui - nea.

En caso de que exista una duda razonable, -
debe remitirse al paciente a un médico o a
un laboratorio clínico donde puedan determi
nar el tiempo de coagulación, de proteombi
na, prueba de torniquete y recuento de pla -
quetas.

22. - Se produce equimosis fácilmente?

Explicación:

Esta pregunta suele ser mal interpretada, -
principalmente en mujeres. El paciente con
una tendencia anormal a la equimosis ha de
hacer pensar en la púrpura trombocstopeni -
ca, pero también puede tratarse de un sínto -
ma de leucemia o de avitaminosis C intensa.
En este último caso, se deben buscar signos
orales tales como los del Escorbuto.

23. - Ha necesitado usted alguna vez una transfu -
sión sanguínea?

Explicación:

Esta pregunta ofrece otra posibilidad de des -
cartar una tendencia hemorragipada, Tam -
bién puede revelar signos de otro tipo de - -

discrasia-hemática o llevar a investigar so
bre otros acontecimientos de tipo médico -
ocurridos en el pasado.

24.- Padece usted algún trastorno de la sangre, -
por ejemplo anemia?

Explicación:

Es corriente que los pacientes digan que pa
decen anemia (el médico les refuerza la -
sangre). Como los médicos dan con frecuenu
cia esta explicación como parte del trata - -
miento de las enfermedades reales o imagi-
narias, debe tomarse con cautela la respuesu
ta afirmativa. Si resulta evidente que el pa
ciente toma medicación por presentar algún-
trastorno hemático, o si el examen clínico -
inclina a pensar en una anemia, hay que solliu
citar detalles al médico o pedir los análisis -
pertinentes al laboratorio.

25.- Le han operado o le han aplicado radioterapia
de algún tumor, abultamiento, o cualquier - -
otra alteración de la boca o los labios?

Explicación:

Esta pregunta tiene gran interés, ya que el dentista interpretará mejor los hallazgos orales. También es de importancia, preguntar al paciente si ha sido sometido a radio terapia de los huesos de la cara, si la respuesta es afirmativa no se podrá intervenir quirúrgicamente sobre hueso, porque la disminución del riego sanguíneo puede producir una osteoradionecrosis. Debe hacerse inter consulta al médico que proporcionó dicho tratamiento y cabe hacer la aclaración de que se tendrá sumo cuidado en la evolución de los tejidos para descubrir cualquier signo de residuo.

26. - Toma usted un preparado medicamentoso?

Explicación:

A continuación se darán algunos tipos de medicamentos de los cuales se pueden adquirir sin receta médica y por lo tanto esta pregunta se vuelve de especial interés, puesto que nos informará sobre el estado de salud del paciente,

00

a) Antibióticos: Esta pregunta tiene interés, puesto que si el paciente -- responde afirmativamente, podremos estar -- topándonos con algún tratamiento -- de prevención contra la fiebre reumática.

* Tiene relación con la pregunta 5-a)

b) Anticoagulantes: Tiene relación con la -- pregunta No. 5 .

Cabe hacer la aclaración de que el tratamiento dental electivo se retrasará 3 meses (como mínimo) contados a partir del -- ataque, previo estudio médico.

c) Cortisona (esteroides) ?.

Explicación:

Con estos medicamentos pueden quedar en -- mascarados los signos y síntomas caracterís -- ticos que revelan al C.D. la existencia de -- una infección grave, ya que la reacción infla -- matoria puede estar suprimida. Por otra par -- te puede estar deprimida la función de la cor -- teza suprarrenal y disminuida la resistencia orgánica general frente al Stress que implica una gingivectomía o una simple extracción den -- taria.

d) Tranquilizantes?

Explicación:

Como son medicamentos de uso corriente, el C.D. debe estar prevenido para no ser sorprendido con una de las reacciones secundarias que pueden presentar, los pacientes que toman derivados fenotiazinicos se sabe que son propensos a la hipotensión ortostática, por tanto no es raro que se presente un síncope al levantarse súbitamente del sillón dental. A las personas que se les administra por tiempo prolongado tranquilizantes no es raro que presenten congestión nasal, disminución de secreción salival y espasmos de la musculatura facial.

e) Aspirina

Explicación:

Los pacientes afectados de artritis toman cantidades importantes de Ac. Acetil Salicílico, debido a esto, presentan alteraciones hemorrágicas, gastritis (o úlcera péptica), intoxicaciones,

f) Insulina ?

Explicación:

Tiene relación con la pregunta No. 12 a), b), c) y d).

g) Digital u otros preparados cardiotónicos nitro Glicerina ?

Explicación:

Tienen relación con la pregunta No. 5 y 6.

27. - Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a:

a) Anestésicos locales?

Explicación:

Es raro en nuestros días observar reacciones a anestésicos locales, generalmente el paciente lo relaciona con una Lipotimia, pero cabe la observación de anotarse claramente en la ficha del paciente y preguntar a éste si recuerda que anestésico produjo la reacción.

b) Penicilina ?

Explicación:

Si el paciente responde que si es alérgico también deberá anotarse visiblemente

con letras mayúsculas, y en caso de necesitar de un antibiótico, el de - - elección debe ser la Eritromicina.

28.- Padece usted alguna otra enfermedad o trastornos que crea conveniente decirme y que anteriormente no lo mencionó ?

Explicación:

Esta pregunta pondrá a pensar mayor al paciente y verá el interés que el - C.D. tiene sobre su salud.

29.- Tiene usted dolor en la boca?

Le sangran las encías?

Explicación:

Estas preguntas tienen importancia - médica, pero principalmente informará acerca de los problemas dentales que pueden preverse.

* Estas preguntas, junto con las tres siguientes, forman parte de la historia dental,

30. - a) Cuando visitó al Dentista por última vez ?
- b) Qué tratamiento le dió ?
- c) Ha sufrido usted algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior?

Explicación:

Estas preguntas proporcionan al operador, el grado de interés por parte del paciente hacia su salud oral, por otra parte se llega a dar el caso en que anteriormente el tratamiento efectuado fue ineficaz y por tanto el paciente rechaza al dentista y asiste únicamente por una molestia exagerada (por una extracción), de cualquier forma estas tres preguntas pueden ayudar a establecer el plan global de tratamiento del enfermo.

* Las siguientes preguntas están enfocadas a pacientes del sexo femenino,

31. - Está usted embarazada?

Explicación:

Hay muchas controversias en que si se pueden o no atender a pacientes embarazadas, algunos autores opinan que no se puede atender a la paciente en estado, pues si es necesario utilizar anestésicos locales atravesarán la barrera placentaria, produciendo depresión del producto, por otra parte, otros opinan que el séptimo y octavo mes son ideales para la intervención, ya que el organismo del paciente se encuentra en un equilibrio hormonal óptimo. En lo personal opinamos que se deberá pedir una interconsulta con el médico que la asiste.

- 32.- **Sufre usted trastornos relacionados con el período menstrual?**

Explicación:

Esta pregunta está estrechamente relacionada (en caso afirmativo) con trastornos gingivales, por lo regular repercuten en la cavidad oral, en muchos de-

los casos el C.D. podrá actuar en com
binación con el endocrinólogo para es
tablecer el plan de tratamiento adecua-
do.

A continuación, se mostrará como se marca dentro -
de una ficha parodontal, los diversos hallazgos clínicos más co -
munes, con los que se puede encontrar el C.D. en el consultorio
particular.

Este tipo de ficha es un método sencillo de llevar un-
control adecuado y eficaz sobre el diagnóstico, tratamiento y pro
nóstico con todos y cada uno de los pacientes a tratar.

Nos permite la revaloración en determinado momento
del tratamiento, facilitándonos el mismo, ya que estamos analizan
do proplamente dicho cada segmento de la cavidad oral y como se-
está anotando desde la llegada del paciente hasta el momento ac --
tual, si existe una mejoría poco favorable podemos descartar la -
causa que lo originó; encaminando así nuestras maniobras hacia el
tratamiento más indicado.

Podemos ver también que dentro de esta ficha se hace -
uso de los símbolos y signos usados en parodoncia para expresar -
tal o cual problema.

TRATAMIENTO PARA GINGIVITIS AGUDA SUB-AGUDA Y RECURRENTE

Para iniciar cualquier tratamiento, primero es necesario eliminar la causa que lo produjo, de tal manera se procederá a enseñar al paciente a cepillarse, pues es en éste tratamiento, la técnica del cepillado la base de la curación. Para ello es necesario primero pedirle al paciente que nos muestre su cepillo, si está en buenas condiciones, si resulta ser el indicado para éste caso en particular, si lo creemos conveniente se le dirá cuál deberá de adquirir, dándole las instrucciones de todos los requisitos que deberá de llenar. Para poder dar a conocer una técnica de cepillado, es fundamental el conocer las técnicas con las que contamos para saber cuál es la apropiada para cada caso en particular. Por lo tanto revisaremos las técnicas de cepillado más importantes en forma breve:

METODO DE STILLMAN.

Este es uno de los métodos más utilizados, de acuerdo a éste método las cerdas del cepillo descansan par

te en la encía y parte en el tercio cervical de las piezas dentarias. Teniendo en cuenta que las cerdas estarán dirigidas hacia cervical, se hace presión en el margen gingival hasta ver que se ha producido una ligera isquemia, en seguida se retira el cepillo para dejar fluir la sangre, se dirige luego hacia incisal o hacia oclusal, esto es con respecto a las superficies vestibulares de todas las piezas dentarias, las superficies oclusales se realizarán movimientos circulares, para las superficies linguales se realizarán movimientos de barrido

METODO DE STILLMAN MODIFICADO

Es un método bastante parecido al anterior, lo que los diferencia es que hay un movimiento suplementario del cepillado que se inicia en la encía insertada continuándose por la encía marginal. La ventaja que se atribuye a ésta modificación es que tiene mayor efectividad de limpieza en la zona de los dientes, con la reducción de posibilidad alguna de trauma en encía marginal.

METODO DE CHARTERS.

En ésta técnica el cepillo se debe colocar con una angulación de más o menos cuarenta y cinco grados - en relación del eje mayor del diente, tomando las precauciones necesarias a manera de no lesionar encía con las - cerdas del cepillo dental.

En los espacios interproximales, con las cerdas se hacen movimientos de rotación bastante lentos a -- manera que a su vez las cerdas estén en contacto con el -- márgen gingival, después de tres o cuatro movimientos ro - tatorios, se pasa a masajear el área siguiente, para lim - piar las caras oclusales las cerdas se colocarán hacia las fisuras y fosetas, y se realizará un movimiento rotatorio - lento. De ésta manera se procederá a limpiar todas las - áreas dentarias de la misma forma.

METODO DE FONES.

Aquí el cepillo se colocará firmemente contra los dientes y encía, estando el mango del cepillo en forma - paralela a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares

a las superficies de los dientes. Se realizará un movimiento circular con los dientes en oclusión, abarcando el movimiento hasta los límites del fondo de saco.

METODO FISIOLÓGICO.

Dos personas describen una técnica de cepillado, ellos son: Smith y Bell, ésta técnica dice que se debe de seguir el trayecto del bolo alimenticio, utilizando para lo cual un cepillo de cerdas de la misma longitud, se debe sostener el mango del cepillo en posición horizontal haciendo movimientos de arriba hacia abajo de manera que se empiece en la superficie vestibular de las piezas dentarias, se continúa hacia la encía marginal hasta llegar a la encía insertada, repitiendo ésto varias veces.

La unión de encía con las piezas dentarias es la única zona que necesita el cepillado (el cepillado cuando se realiza en forma correcta, es lo que los pacientes llaman como masaje, para cepillar la cara bucal de los dientes, la boca ha de estar semi abierta, para que de ésta manera simple, las arcadas tanto superior como inferior estén casi en contacto, Esto es de suma importan -

cia porque proporcionan un espacio para el cepillo y su movimiento entre los dientes y carrillos o labios, pues con la boca completamente abierta, la cara bucal de la arcada no se cepilla de manera adecuada).

El cepillado incorrecto no es eficaz, a diferencia de un cepillado correctamente llevado, es más eficaz que cualquier número de intentos inadecuados, -- siendo lo ideal el hecho de hacerlo después de cada alimento.

Después de haber realizado una revisión breve, es necesario hacer incapié acerca de la función que realizará el cepillado, o bién los objetivos que persigue, así tenemos: el quitar resíduos de alimentos, materia alva, reducción de microorganismos, estimular la circulación gingival, estimular la queratinización de los tejidos haciéndolos más resistentes a las agresiones.

Después de enseñarle al paciente la técnica adecuada y el cepillo adecuado, se le puede agregar al tratamiento pequeñas dosis de analgésicos, pues en ocasiones no es posible soportar el dolor,

Además se le dará una dieta adecuada, es decir que no ingiera bebidas calientes, o frías, que evite -- condimentos, irritantes como: chile, alcohol, etc.

TRATAMIENTO EN GINGIVITIS ULCEROSA NECROSANTE.

Lo primero que se hará es eliminar las molesgtias mediante una torunda de algodón o con una gasa, con agua oxigenada, se desprende la capa gris, se le administran medicamentos que contengan analgésicos y oxigenantes, si es un caso extremo grave se le administran seis ampouletas al día, dos serán por vía endovenosa y las otras cuatro por vía intramuscular, además de colocarlos en forma tóptica.

Cuando es en forma leve, solo será la aplicación en forma tóptica, además de colutorios para modificar el ph, neutralizándolo.

Si la persona es muy nerviosa, se le agregará a la medicación unos sedantes.

Cuando está en las últimas fases de reestablecimiento, se le realiza una profilaxis, recomendándole una técnica de cepillado adecuada.

TRATAMIENTO PARA GINGIVITIS CRONICA

Para el tratamiento de la Gingivitis Crónica es necesario realizar una Gingivectomía, como ya se vió anteriormente, presenta un agrandamiento de tipo fibroso y que como primer paso es la eliminación de la causa, así se podrá realizar la Gingivectomía con resultados positivos, además se le darán al paciente los cuidados que deberá llevar a cabo después de la pequeña intervención.

Para pacientes muy nerviosos se le podrá dar algún tipo de sedantes como premedicación.

Explicaré brevemente lo que se conoce como Gingivectomía, con sus pasos fundamentales:

1. - Para llevar a cabo la siguiente intervención, es de mucha utilidad el seguir un orden, esto es, si va a ser en toda la boca, se tendrá que realizar por cuadrantes, a intervalos de dos semanas cuando menos, por lo común se inicia por el cuadrante inferior derecho, a excepción de que necesite empezar en otras zonas que lo necesi-

ten debido a su gravedad, después se procederá a intervenir el lado superior derecho, para que el paciente pueda masticar del otro lado, así sucesivamente hasta terminar.

2. - Se procede a anestesiar la zona, por medio de técnicas regionales, locales, etc., de manera que garantice una buena anestesia y una intervención sin contratiempos originados por éste motivo.

3. - Se marcará con unas pinzas marcadoras lo que se cortará por medio de un punto de sangría.

4. - La encía se puede cortar con tijeras quirúrgicas, con bisturí de hojas intercambiables. Hay dos tipos de incisiones: la discontinua y la continua, la diferencia es que la continua se realiza con un instrumento cortante que no despega, es decir que se realiza con un solo corte toda la incisión, teniendo el debido cuidado y la discontinua se realiza con pequeños cortes, asegurando las incisiones.

Cualesquiera de las incisiones que se apliquen deberán de ser nítidas, llevando el corte hasta hueso, tanto

por lingual, vestibular, asegurándose de los cortes en las áreas interdientarias, el instrumento cortante deberá tener una angulación aproximada de cuarenta y cinco grados con respecto al eje mayor de el diente, y el filo será en dirección coronaria.

5.- Se retira el tejido con un instrumento llamado o conocido como CK6, o en su defecto con un bisturí en forma de flama, retirándolo tanto por vestibular como por lingual, sin olvidar los espacios interdientarios.

6.- Se legra con curetas finas y afiladas, con la finalidad de eliminar todo tejido de granulación, de cálculos depositados y cemento necróticos, realizándolo en las superficies de los dientes por todas sus caras.

7.- Se lava perfectamente toda el área con agua tibia bidestilada de preferencia.

8.- Con bisturí o tijeras quirúrgicas se procede a realizar una gingivoplastia, que es la forma que se le dará a la encía, es decir una forma anatómica y fisiológica acercándose a lo normal lo más que se pueda.

9. - Se prepara el apósito quirúrgico, existiendo muchas clases de apósitos en el mercado, se elegirá - de acuerdo a las características que tendrá dicho apósito - y a las necesidades del caso.

Consisten en un polvo y un líquido que se in - corporan formando una masita, ésta deberá estar con una consistencia un poco dura para que de ésta manera se pueda colocar sin el peligro de que se caiga, se elaborán dos cilindros, uno irá del lado vestibular y el otro del lingual, se colocará lo mejor posible sin excedente, tanto por arriba o parte incisal o tercio oclusal, ésto es para que no se lastime y no intervenga de manera negativa en la oclusión, se revisará la parte inferior evitando bordes cortantes y ajustándola de manera que no quede larga, se unirán los apósitos por medio de la papila interdientaria, todo ésto -- deberá estar lo más limpio y seco posible.

10. - Se cita al paciente ocho días después, se le retira el apósito, se observa la cicatrización, se lava - perfectamente, se le coloca el apósito quirúrgico nueva - - mente, con las mismas medidas adoptadas y precauciones,

11.- Se cita al paciente a los siguientes ocho días y deberá de estar cicatrizado, se le dice que empiece a cepillarse ésta zona pero con cepillo de cerdas finas y suaves.

12.- Se le recomendará al paciente que si se llegara a despegar todo el apósito o una parte, será necesario que se presente en el consultorio y se le colocará de nuevo, se le dirá que pasando la anestesia tal vez se presente una pequeña molestia y si llegara a ser mucha, se le recetarán unos analgésicos, una tableta, repitiendo la dosis, cada seis horas, en caso de que las molestias sean mayores. Se le dirá además que tome alimentos suaves, como huevos, gelatinas, pastas y alimentos semisuaves o semi-sólidos, o que estén muy bien picados.

Además que no tome alimentos picantes, irritantes, condimentados, frutas cítricas, ácidas, alcohol, etc,

Si se llegara a presentar inflamación se le indica que utilice hielo, en caso que persista, que se comunique con el médico,

TRATAMIENTO EN GINGIVO ESTOMATITIS HERPÉTICA.

Este tratamiento en forma general, da mayores beneficios, se le administran analgésicos, antipiréticos, -- bastantes líquidos, mucho reposo, además se puede colocar violeta de genciana sobre las lesiones.

TRATAMIENTO EN AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSTICO HEREDITARIO.

El tratamiento es en principio eliminar los irri tantes locales, acto seguido, se hará una Gingivectomía, - con los pasos e indicaciones que ya se establecieron con an terioridad.

TRATAMIENTO EN GINGIVITIS POR AD MINISTRACION DE FARMACOS.

Se procederá a realizar lo que se ha dicho con anterioridad, el eliminar los irritantes locales, enseñarle - una técnica de cepillado adecuada, y suspender o aminorar - el fármaco que se está administrando. Si con lo anterior no se resuelve la situación, se tendrá que realizar una Gingi - vectomía y Gingivoplastia, tal y como está descrita, con in - dicaciones y recomendaciones para el paciente.

TRATAMIENTO EN GINGIVOSIS.

Por principio, se eliminarán los irritantes locales y en combinación con un médico endocrinólogo se le administrarán hormonas, en casos extremos en el que hubo - muchas pérdida de tejido gingival, se puede hacer un injerto de encía y en ocasiones hasta de hueso.

TRATAMIENTO PARA FIBROMA.

La única posibilidad de tratamiento, es su eliminación por medios quirúrgicos y haber eliminado el factor - traumático irritativo, para su total reestablecimiento, evi - tando residivas.

Se anestesia en forma local, con puntos alrede - dor del fibroma, para realizar ésta operación es necesario tener un campo de acción lo más visible posible.

Según la extensión y volúmen del tumor, se tracciona para descubrir su base.

Con un bisturí de hojas intercambiables, se incide en toda su extensión y sus límites, llegando a base ósea para evitar residivas.

A veces es necesario la extracción de algunas piezas dentarias (que están incluídas en dicho fibroma), y regularización del proceso alveolar, se colocará un apósito quirúrgico en caso que sea necesario se pondrán puntos de sutura.

Se le indicará al paciente que evite comidas -- irritantes, condimentadas, etc. (indicaciones y recomendaciones semejantes al post-operatorio de una Gingivectomía)

TRATAMIENTO EN HEMANGIOMA.

No existe tratamiento, en caso de que estén muy grandes, se realiza la cirugía correspondiente, son de por vida, no desaparecen, en algunos casos se pueden emplear radiaciones o electrocauterio.

TRATAMIENTO PARA NEVUS
MIOBLASTOMA PAPILOMA.

Sus tratamientos son de tipo quirúrgico en caso de que lleguen a presentarse muy grandes y den molestias - por interferir en la oclusión, masticación, etc., con la -- misma técnica que se describió para el fibroma.

TRATAMIENTO EN ENOPLASIAS
MALIGNAS.

El hablar de tratamiento para cáncer resulta - bastante difícil y peligroso, pues si no se tienen los conoci mientos adecuados con la suficiente información de lo que -- está más al día y tener cierta expericincia, tendremos -- muchos fracasos, que por ser de tipo maligno, estaremos en la responsabilidad de poñer en peligro la vida de las -- personas a tratar.

Por lo que me referiré a grósomodo acerca de él. Para llegar a una diagnóstico más o menos certero, se tienen que realizar una serie de estudios (teniendo en cuen ta los datos clínicos y los referidos por parte del paciente) Necesitamos además la biopsia,

Se le hace la prueba de Papanicolau, que es una prueba de selección masiva en individuos de alto riesgo aparentemente sanos. La clasificación de Papanicolau es (según sus alteraciones celulares).

- Clase I Son células normales.
- II Células inflamatorias.
- III Células sospechosas de malignidad.
- IV Células malignas.
- V Células francamente malignas.

También un estudio histológico en la biopsia obtenida, teniendo una clasificación llamada de Brothens, siendo en base a la cantidad de células diferenciadas, así tenemos:

- GRADO I Cien por ciento diferenciadas.
- II Setenta por ciento de células diferenciadas.
- III Cuarenta por ciento de células diferenciadas.
- IV Veinte por ciento de células diferenciadas, prácticamente ya es en este grado un tejido anaplásico.

La utilización de lo anteriormente citado es para su tratamiento, así a mayor indiferenciación celular, habrá mayor respuesta a ser tratado el tejido, a base de radiaciones.

Además se le hará un estudio según su etapa clínica o grado de evolución:

Estadio o Etapa Clínica I. - Cuando el tumor está incipientemente desarrollado y todavía no hay metástasis.

Estadío II. - Cuando está el tumor localizado, sin dar metástasis.

Estadío III. - Está grande e invadiendo algún vaso sanguíneo de importancia, está a punto de dar metástasis.

Estadío IV. - Está voluminoso, ya está la presencia de metástasis distantes, quedando fuera de nuestro control, debido a su invasibilidad observada.

Una vez tomada la biopsia y mandándola para

su estudio, se examinarán las cadenas ganglionares, las características de un ganglio metastásico son:

1. - Siendo bilaterales los ganglios, uno metastásico está crecido pero en forma unilateral. Si están crecidos en forma bilateral serán inflamatorios.
2. - No son dolorosos.
3. - Son fijos.

Para entender esto es necesario definir lo que se entiende como metástasis; Es la prolongación de las células de una neoplasia, distante de ella, siendo células iguales a las integrantes de la neoplasia.

Una vez obtenido un Diagnóstico, con los estudios antes mencionados y otros más especializados, para un tratamiento tenemos varios caminos:

1. - El fin curativo, como su nombre lo dice, cura las lesiones.
2. - El fin paliativo, ya no está en nuestras manos su control y solo nos concretamos

a aminorar los síntomas como dolor, san
grado, exudado, etc.

El tratamiento Curativo es a base de Cirugía-
y Radiación, siendo éstos dos los más importantes, se --
gún las características de la lesión tenemos factores coad
yuvantes del tratamiento como: Normoterapia, Quimio-
terapia, e Inmunoterapia, debemos tomar en cuenta que --
ningún tumor benigno se tratará con Radiaciones, sino --
que será por métodos quirúrgicos, ahora la Cirugía, pue
de tratar tanto neoplasias benignas como malignas, y las
radiaciones solo tratan a las de tipo maligno.

**Para el tratamiento de una neoplasia según su
estado clínico:**

**Para una Neoplasia en Estado I. - El trata --
miento es quirúrgico.**

Estado II. - Quirúrgico.

Estado III. - Quirúrgico o Radiactivo.

Estado IV. - Radiactivo.

**Las técnicas de Tratamiento son ya de áreas --
de especialización.**

TRATAMIENTO EN LEUCOPLASIA.

Eliminar el agente causal, además se le debe de prevenir al paciente que ésta lesión se considera precancerosa, como lógica se puede malignizar. Se puede extirpar, dependiendo del caso. En personas nerviosas, se administrarán sedantes, que realice colutorios de sustancias antisépticas.

TRATAMIENTO PARA QUISTE GINGIVAL Y GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES,

Si llegarán a presentarse muy grandes, de tal manera que obstruya la masticación y de molestias, se extirpa con la misma técnica que se mencionó anteriormente para el fibroma.

TRATAMIENTO DE PENFIGO.

Deberá ser un tratamiento de sostén, dando órdenes estrictas sobre la nutrición e ingesta de líquidos. Se le administrarán antibióticos para las infecciones secundarias en caso de presentarse; siendo lo más importante la administración de corticosteroides se le

recomienda al paciente que realice colutorios de sustancias antisépticas pero no en su cien por ciento. Sino - que lo disuelva, una tercera parte del anticéptico por - dos terceras partes de agua, si se llega a complicar -- con moniliasis, se administrará además un antifúngico.

TRATAMIENTO PARA ERITEMA MULTIFORME.

En realidad no existe tratamiento pues la enfermedad sigue su evolución, lo único que vamos a hacer es disminuir o aminorar los síntomas. Se le administrarán corticosteroides, analgésicos, antitérmicos, muchos líquidos, compresas de agua fría que en ocasiones se tendrán que colocar y dependiendo de la severidad, son susceptibles a enfermedades, en tal caso se administrarán antibióticos o antifúngicos.

TRATAMIENTO DE LIQUEN PLANO.

Para éste tipo de tratamiento, es necesario hacer que el paciente esté conciente que su enfermedad no es precancerosa, Se realizará lo de rutina, elimina -

ción de irritantes locales, tratar de averiguar que es lo que produjo, y combatirlo o en su defecto eliminarlo. Si no existen molestias con lo anterior es suficiente, va desapareciendo poco a poco: en caso de existir molestias o dolor, se le administra complejo B, en dosis altas. Si la afección es generalizada en boca, se le administrarán corticosteroides, ya sea de acción general o de administración tópica, dependerá de la gravedad del caso y criterio del Cirujano Dentista.

CONCLUSIONES

La parodoncia se a con vertido en una parte vital e integral de la práctica dental general.

Es por eso que para sacar una conclusión, es necesario el haber afrontado todo tipo de comparaciones, consultado libros, apuntes y llevado a cabo pláticas con personas experimentadas dentro del medio de la odontología.

Para detectar una enfermedad parodontal, es importante elaborar una buena historia clínica empleando a fondo los conocimientos adquiridos, usando los medicamentos adecuados a los tratamientos quirúrgicos y con la habilidad técnica podemos dar un buen tratamiento.

Todos los cirujanos dentistas deben de estar en constante comunicación para así poder resolver todos los problemas dentales que tengan nuestros pacientes. Se debe de fomentar una educación dental adecuada, hacer campañas de prevención en zonas donde no dispongan de este servicio. Todos los odontólogos tenemos la necesidad de estar unidos,

BIBLIOGRAFIA

Periodontología Clínica
Irving Glickman
4a. Edición
Editorial Interamericana, S. A.

Compenio de Parodoncia
Fermin A. Carranza
1a. Edición 1970
Editorial Epsilon

"Medicina Bucal" Diagnostico y
Tratamiento
Lester W. Burket
6a. Edición 1973
Editorial Interamericana

Periodoncia de Orban
Teoría y Práctica
A. - Grant Daniel
B. - Stern Irving
C. - Everett Frank
4a. Edición
Editorial Interamericana, S. A.

Emergencias en Odontología
Prevención y Tratamiento
M. Mc. Carthy Frank
2a. Edición
Editorial Atenco

Diagnostico y Tratamiento
Harry Brainer
Milton J. Chatton
1a. Edición
México 1974.

Las Especialidades Odontológicas
en la Práctica General
Aldin L. Morris
Harry M. Bohamna
Impresa en España

Las Gingivitis su Diagnostico y
Tratamiento
Ma. de los Angeles Quiroz M.
Tesis