

Diagnóstico paradencial precoz

Consecuencias de la prescindencia del mismo

por los doctores:

JORGE S. MAZZONI

ALBERTO BERTUCCI

IRADIER A. MOREIRA.

FINALIDAD Y SUMARIO

Nos proponemos en este trabajo, demostrar en forma objetiva, con hechos observados, la importancia de un diagnóstico precoz de la enfermedad periodontal, evidenciando al mismo tiempo las consecuencias que pueden resultar cuando este diagnóstico no se ha establecido oportunamente.

Esta importancia tiene una doble repercusión:

a) Sobre la posibilidad de tratamiento de la misma enfermedad, dado que cuando ella alcanza a un cierto grado de destrucción del aparato de soporte, la conservación de la pieza dentaria se hace muy difícil.

b) El diagnóstico precoz, no sólo de la enfermedad sino también de la naturaleza de la misma, es fundamental para poder realizar correctamente otros tratamientos odontológicos. En este sentido, el estudio estadístico que hemos efectuado,

evidencia claramente que debido a la ausencia del estudio semiológico del paradencio, mucha odontología conservadora, por falta de orientación, se ha convertido en un factor de enfermedad; es decir el mismo odontólogo a través de sus realizaciones ha contribuido a la pérdida de los dientes.

Para demostrar lo anterior se analizarán los datos de una estadística realizada por esta Cátedra en distintos ambientes.* Si bien esta estadística ya fué presentada (1) aquí sólo utilizaremos algunos elementos que en esa oportunidad no fueron examinados y que nos dan apoyo para las conclusiones actuales.

* Colaboraron en la realización del Fichado Estadístico los siguientes colegas: Dr. Arjona, Hugo; Dra. Amado, Margarita; Dra. Couto, M. E.; Dra. Guimaraens, E.; Dra. Klinger, Inés; Dra. Orsi, O.; Dra. Ruggiero, O.; Dra. Salas, A.; Dr. Borsue, T.; Dra. Torrado; Dr. Pueei, W.

Estas conclusiones se refieren no solamente a la incidencia de la enfermedad, sino a los problemas que se plantean en los campos de la enseñanza, de la prevención y del tratamiento.

ESTADO ACTUAL

En la literatura se encuentran diversas referencias respecto a la incidencia de la enfermedad periodontal. Algunas de ellas estudian condiciones especiales de malnutrición (22) o en éstas y referidas a diversas edades (31) o por investigaciones de ciertos signos. (9)

Ciertas estadísticas hacen las evaluaciones con la finalidad de establecer métodos preventivos. (29, 13, 20) Muchos de estos trabajos establecen en forma definitiva la importancia de un diagnóstico precoz, el que debe ser realizado en niños de las más diversas edades. (33, 38, 3, 21)

La evaluación de la incidencia de lesiones paradenciales en nuestro medio fué establecida en el año 1953 por fichado de esta Cátedra, fichado que posteriormente fué ampliado por colaboradores de la misma siguiendo el método establecido y presentado en el Congreso de S. Paulo, 1954. (1) Los resultados de esa estadística no difieren mayormente con las establecidas por diversos autores (7, 19) en otros países y en épocas recientes.

El estudio detallado de los casos fichados evidencia por otro lado, la íntima relación entre la enfermedad periodontal y diversos tratamientos odontológicos.

Esto también está en completo acuerdo con lo que enseña la revisión de la literatura.

En ella se destaca principalmente la importancia de una correcta ar-

ticulación, (10, 36, 5, 11, 16, 8, 18, 15, 2, 14) lo que lleva indudablemente a correlacionar las realizaciones protésicas, (12, 37, 6, 4, 27, 24, 32, 30) con la misma enfermedad. No es lo mismo realizar una prótesis o una dentistería, (25, 17, 34, 12) o una ortodoncia (28, 26, 35) en una persona con su paradocio sano o enfermo. Esto conduce inevitablemente a la necesidad de un diagnóstico paradencial bien realizado en cualquier acto de odontología conservadora.

El examen de la literatura permite establecer lo siguiente:

- 1) Existe una alta incidencia de problemas periodonciales, incidencia que aumenta con la edad.
- 2) Las estadísticas ponen en evidencia dos circunstancias:
 - a) el porcentaje aumenta con estados de malnutrición (postguerra),
 - b) es indudable la condición agravante de los factores locales.
- 3) Realizaciones odontológicas que no han sido adecuadas a las condiciones parandenciales se han constituido en factores agravantes o desencadenantes.

METODO Y MATERIAL DE TRABAJO

El método seguido para el estudio y diagnóstico fué el establecido por esta Cátedra. (23)

El material que hemos utilizado está constituido por el estudio de casos presentados en el fichado estadístico de 1954. (1)

Los resultados de esta estadística permiten establecer el siguiente cuadro:

Porcentaje de enfermos
del paradocio 88,00 %

Porcentaje según edades.	
Hasta 20 años	17,00 %
Hasta 40 años	50,33 %
Más de 40 años	20,67 %
Porcentaje según sexo.	
Masculino	46,66 %
Femenino	41,33 %
Porcentaje sin diagnóstico	93,66 %
Porcentaje sin diagnóstico y en asistencia odontológica	78,00 %
Con síntomas subjetivos	66,33 %
Con síntomas objetivos .	88,88 %
Procesos incipientes ...	62,33 %
Procesos medios	19,33 %
Procesos graves	6,33 %
Procesos de atrofia	4,66 %
Procesos de distrofia ..	8,66 %
Procesos inflamatorios .	74,66 %

De este cuadro destacamos los siguientes datos:

- 1) Alto porcentaje de enfermedades del paradencio en personas de distintos ambientes y no seleccionadas en este sentido. El porcentaje es de un 88 %.
- 2) De este 88 % de personas que presentaban paradenciopatías, la casi totalidad, el 93,66 %, desconocía su enfermedad, dado que no se le había diagnosticado y el 78 por ciento de las mismas se encontraba en asistencia odontológica.

DISCUSION

No entraremos en el examen del método empleado en el diagnóstico, aunque sin embargo realizaremos al respecto algunas consideraciones.

Tampoco discutiremos los resultados, dado que no es ni fué nuestro propósito demostrar números absolutos. Sin embargo la literatura nos muestra algunas estadísticas (7, 19) donde el porcentaje de incidencia es superior al hallado por nosotros.

Pero creemos oportuno realizar algunas consideraciones que llevan a explicarnos no sólo esta proporción alarmante de paradenciopatías, sino también el porqué ellas quedan sin diagnosticar, y sólo en los grados extremos, cuando ya la enfermedad no tiene cura, es que se solicita la colaboración del periodontocista.

Podemos decir que factores de diversa índole inciden para que esto suceda.

Existe un gran pesimismo entre los odontólogos en general, en lo que se refiere a la curabilidad de la "piorrea". Ello se ha transmitido en parte al público. Es común oír decir, tanto por parte de algunos profesionales, como también de algunos pacientes, que la paradensis es incurable. Lo real es que cuando "han visto" a la enfermedad, ésta ya ha avanzado demasiado. El diagnóstico precoz no se ha realizado por falta de conocimientos.

La semiología de la enfermedad paradencial muchas veces es sumamente sutil; el enfermo sólo siente pequeñas molestias a las cuales no les da importancia. Lo malo es que también el odontólogo no les da valor, y sin embargo esos pequeños síntomas subjetivos, están evidenciando la evolución de la paradensis.

Este desconocimiento de la semiología tiene por fundamento principalmente dos circunstancias: primero, la falta de enseñanza hasta

no hace mucho, de esta materia; segundo, la orientación general de la odontología.

La periodoncia es una de las materias odontológicas que más necesita de los conocimientos básicos.

El tratamiento de esta enfermedad se apoya en la etiopatogenia y esto debe ser resuelto en cada caso particular y no desgraciadamente de una manera estandar.

La carie para su tratamiento práctico, puede prescindir de la etiopatogenia. Esto da como consecuencia una estandarización de procedimientos que simplifica y mecaniza a los mismos, los cuales pueden ser sometidos a leyes matemáticas.

No sucede lo mismo si se entra en la profilaxis de la carie, lo cual requiere ese conocimiento etiopatogénico.

Para llegar a la etiopatogenia de la enfermedad nos apoyamos en el estudio semiológico; este es el lenguaje por el cual conocemos sus condiciones de vida.

Pero para comprender ese lenguaje es imprescindible el conocimiento de las materias básicas, tanto en lo referido a lo normal (anatomía macro y microscópica, fisiología, bioquímica), como a lo patológico (patología general y especial).

Junto a esto, es de suma importancia la correlación de las diversas clínicas.

Por ejemplo, en casi todo parodontoso juega un rol importante la función articular y por lo tanto, la restauración de una articulación requerirá un buen conocimiento de las diversas leyes que rigen a la misma.

Para que un profesional recién egresado tuviera los conocimientos

imprescindibles para enfocar las enfermedades del parodencio sin pretensiones de especialidad, sería necesario una reorientación en el planteamiento de la enseñanza.

Esto parece un poco pretencioso o jactancioso, sin embargo a poco de pensar lo se podrá deducir la verdad de ello.

La semiología del parodencio, el valorar e interpretar cada signo implica la necesidad de una serie de conocimientos médicos, que da a la odontología una posición de medicina dental indudable. Pero junto a esto y que sería probablemente uno de los escollos mayores y de mayor peso en lo que afirmábamos, es necesario un buen planteamiento de la rehabilitación fisiológica bucal. La rehabilitación de un "piorreico", necesita comúnmente para poder hacer eficiente una terapia, de dos especialidades fundamentales en odontología: la ortodoncia y la prótesis fija o removible. Tanto una como otra de las dos especialidades no sólo son utilizadas por el periodontocista como parte de su terapia, sino que ellas mismas de por sí, serían profilácticas de las parodencopatías. Una corrección articular ortodóncica verificada a tiempo, es casi siempre una poderosa barrera al nacimiento de una parodencopatía.

Una prótesis correcta, desde el punto de vista parodencial, que armonice la forma y la función, destinada a conservar las piezas remanentes más que a reponer las que faltan, está en el mismo caso. Pero esto no es lo común, sino que nos encontramos tanto con prótesis como con tratamientos ortodóncicos que han sido causa de la eclosión de una parodentosis, por falta de un diagnóstico parodencial previo.

Sin una enseñanza más profunda de periodoncia estos casos se sucederán fatalmente.

A pesar de los adelantos de la odontología uruguaya con respecto a la americana en general, estamos muy atrasados en periodontología, pero ello es un mal muy generalizado, tanto en las Facultades europeas como americanas del Norte y Sur de que se tiene datos, el problema es el mismo.

La enseñanza odontológica ha sido orientada universalmente hacia la caries. En nuestro país más de medio siglo de esta enseñanza ha hecho de la periodoncia la Cenicienta de la odontología.

Poco más de cinco años tiene la Cátedra de Paradentosis en nuestra Facultad de Odontología. Su enseñanza empezó por ser teórica con dos horas semanales, los primeros tres años y con tres horas semanales los dos últimos años. De materia teórica y un docente, el profesor, hoy es teórico-práctica con el agregado de seis colaboradores en la clínica. El estudiante no tenía obligaciones, y este es el segundo año en que debe presentar dos fichas de diagnóstico paradencial correctas. Muy insuficientes, pero hay adelantos.

En los cinco años de enseñanza de paradentosis en nuestra casa de estudios, han egresado de ella alrededor de 150 profesionales, con conocimientos elementales para hacer un diagnóstico paradencial. Una veintena de profesionales han seguido cursos de postgraduados en ese tiempo y están en la misma situación. Es indudable que lo que no hace la enseñanza oficial sistematizada, es difícil de suplir, por medio de cursos, conferencias, etc., fuera de la Facultad, por muy buena voluntad que se tenga.

Los cursos intensivos de la Asociación Odontológica por medio de sus seccionales, son un ejemplo honroso de ello. Los diagnósticos precoces de la enfermedad periodontal, simplemente no se hacen, porque el odontólogo en general, ignora, casi totalmente, lo que es una "piorrea incipiente". El no tiene elementos para ese tipo de diagnóstico. En cuanto a la atrevida afirmación de que "la piorrea es incurable", sólo demuestra por parte del que la hace, la más crasa ignorancia.

La periodoncia, por su importancia en relación con las otras materias, principalmente las básicas, y por la cantidad de enfermos que la padecen, debe ocupar en la enseñanza un tiempo, si no mayor, por lo menos igual al que se emplea en la enseñanza de caries y su terapia.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ

Diagnosticar precozmente una enfermedad, significa evidenciarla cuando ella inicia su evolución. Esto no siempre es fácil y está en relación a la sintomatología.

La importancia de diagnosticar la enfermedad paradencial en sus primeros pasos evolutivos, se deduce fácilmente cuando pensamos que una vez que la destrucción del aparato de soporte ha alcanzado el nivel interradicular de las piezas de más de una raíz, la cura se hace difícil por las condiciones locales que se crean por esa destrucción.

Este diagnóstico precoz condiciona pues la curabilidad de la enfermedad, junto a esto podemos decir que ese diagnóstico precoz, incluyendo la naturaleza, inflamatoria o

distrófica de la enfermedad, condicionará a los posibles tratamientos odontológicos que requiera el estado bucal.

En este sentido y simplificando podremos establecer:

1) Todo proceso inflamatorio de la margen, en general es influido, agravado, por los factores locales que injurian directamente a los tejidos. Una sintomatología que nos conduzca a establecer un proceso de esta naturaleza en su estado inicial, requerirá no sólo medidas profilácticas adecuadas, sino también que toda restauración, toda operatoria dental, prótesis, ortodoncia, que no colabore en este sentido, restituyendo espacios interdentarios perdidos, que permiten el empaquetamiento, o que injurien a los mismos tejidos por ajustes cervicales, se constituirá en una colaboradora de la enfermedad.

Sólo por estas razones sería necesario que ningún odontólogo ignorara la sintomatología que denuncia precozmente a la enfermedad.

El análisis de los casos de la estadística aquí sumariada muestra lo frecuente del olvido de esta práctica.

2) Todo proceso distrófico, es decir, toda paradentosis, la que incluye una sintomatología característica, implica a la vez una disminución de resistencia del paradencio a los factores denominados de injuria indirecta. Se puede decir que son paradencios lábiles, poco resistentes a los esfuerzos masticatorios.

Toda anomalía articular, todo trauma, toda sobrecarga o fuerza traumatógena, en general, es seguida de trastornos paradentósicos agravados.

Frente a una sintomatología que denuncia esta condición, una restau-

ración protésica, ortodórica, debe estar regida por un funcionalismo articular adecuado. Todo lo que es interferencia a un recorrido simultáneo de las diversas cúspides, todo lo que es choque prematuro en cualquier paso oclusivo, en fin, todo lo que puede significar una falta de armonía articular, puede tener el significado de un factor agravante de enfermedad.

En el momento actual este aspecto ya pasó la etapa de discusión. Las pruebas clínicas y experimentales se han acumulado en tal forma que el desconocimiento de este aspecto tiene el significado de suma ignorancia.

LA ESTADISTICA INTEGRAL

La estadística denuncia también, en este sentido, hechos muy llamativos.

La odontología integral demanda una estrecha colaboración de las diversas clínicas, con la base de conceptos básicos sobre periodoncia.

En muchas Facultades, el emitir estos enunciados ha herido susceptibilidades de especialistas que mal comprenden su misión.

Se ha pretendido hacer suponer que la periodoncia deseaba eregirse en rectora. Sobre esto no insistiremos.

En el momento actual de la enseñanza el diagnóstico obligatorio para el estudiante, incluye no sólo el establecer si hay o no tendencia al aflojamiento, sino también la naturaleza de la enfermedad, la evolución, el asiento primario y el grado de la misma.

Esto lo realiza por un método sistematizado que le permite valorar e interpretar los signos de las

tres regiones del paradocio, llegando a establecer de esta manera grandes cuadros de la enfermedad con las variantes propias de cada caso, lo que le permite deducir una probable etiopatogenia, terapéutica y pronóstico.

En la estadística, encontramos que un 74,66 % de los casos, son de naturaleza inflamatoria. Por lo tanto este 74,66 % correspondería a aquellos casos donde los cuidados odontológicos, donde la terapéutica local, debe vigilar atentamente a los factores de injuria directa.

Cuando se ha estudiado y comprendido la semiología paradencial, de acuerdo al método que enseña esta Cátedra, se deduce fácilmente, que esa sintomatología inflamatoria, puede ser secundaria, es decir, se trataría de casos donde la lesión primaria tiene un carácter distrófico y que por lo tanto la terapéutica local debe vigilar a los factores de injuria indirecta, al trauma de oclusión.

Este discernimiento sólo es posible cuando se saben manejar los conocimientos básicos, sobre los cuales descansan la interpretación de los signos. Esto se hace difícil de inculcar al estudiante, y aún parece mayor esta dificultad, en los cursos de postgraduados. Cuando se inicia esta enseñanza hasta las palabras tienen un significado que no siempre es alcanzado. Esto es índice que revela un alejamiento de los conocimientos que son fundamentales para comprender hechos biológicos. He aquí una de las razones que nos hace pensar en la necesidad de una reorientación de la enseñanza, si es que la odontología puede considerarse una rama de la medicina.

En el cuadro expuesto también se encuentran dos datos que llaman la atención:

Enfermos con signos subjetivos	66,33 %
Enfermos con signos objetivos	88,88 %

Es fácil deducir, por lo tanto, que existe un alto porcentaje de casos que presentan los dos tipos de signos, lo que hace imperdonable la ausencia de un diagnóstico.

Cuando se estudian los signos con la finalidad de establecer un diagnóstico de acuerdo a las bases anteriormente expuestas, se sobreentiende que esos signos pueden en principio ser de tres clases: positivos o de seguridad, de probabilidad y de posibilidad o presunción.

De acuerdo a los cuadros es posible afirmar que hay enfermedad y la naturaleza de ella.

La ausencia de estos signos no excluye la posibilidad de que existan; pero ellos son insuficientes para establecer evolución y asiento primario y poco nos dicen sobre etiopatogenia.

Deben considerarse signos positivos y que conducen a establecer una naturaleza inflamatoria, la hemorragia, encías inflamadas, bolsas profundas. Cuando existen bolsas de cierta profundidad y no hay signos inflamatorios gingivales el diagnóstico se hace hacia la línea distrófica, aunque esa bolsa constituya en realidad una lesión del tipo inflamatorio. En general estos casos vienen acompañados con signos dentarios; movilidad aún ligera, migraciones espontáneas o provocadas. Son estos los casos donde las alteraciones articulares actúan más fácilmente como factores agravantes de la enfermedad.

Esta sintomatología es simple, conduce a un diagnóstico seguro, indudablemente que no calificado y

que no da base para un tratamiento de fondo de la enfermedad.

Junto a lo anterior, siempre que se observen malposiciones, el odontólogo debe sospechar que puede existir enfermedad; la malposición no es un signo sino una probable causa, la que puede o no actuar como tal, dependiendo esto de otras circunstancias. Es en tal razón que frente a diversas anomalías de posición debe extremarse el estudio de la sintomatología, recomendándose frecuentemente el examen radiográfico.

En el fichado estadístico este examen fué realizado, sin embargo son de un alto porcentaje las coincidencias de malposiciones con lesiones del paradencio.

RESUMEN

1) Con la base de un fichado estadístico se ha establecido un alto porcentaje de paradenciotías, 88 por ciento, la mayoría de las cuales no habían sido diagnosticadas y se encontraban en tratamiento odontológico.

2) Se discute la importancia de un diagnóstico precoz, tanto referido esto hacia el tratamiento de la enfermedad como para otras realizaciones odontológicas.

3) Se establece la estrecha correlación que existe entre paradencio, prótesis, operatorio dental, ortodoncia. Ninguna de estas especialidades puede considerarse integralmente ejercida si no se tiene una base sobre fisiopatología del paradencio.

4) Se estudian los diversos factores que conducen a un tan alto porcentaje de paradentosis sin diagnóstico, señalándose:

- a) orientación general de la odontología al problema de la carie,
- b) enseñanza reciente e insuficiente,
- c) pesimismo profesional respecto a la curabilidad por falta de conocimientos sólidos.

5) Con la base de la explicación de una simple sintomatología que conduce al diagnóstico con naturaleza de la enfermedad, se explican algunos datos estadísticos, los que permiten deducir una mala orientación en los tratamientos odontológicos efectuados en muchos de los casos fichados.

CONCLUSION

Se puede deducir como conclusión general una necesidad urgente de odontólogos con conocimientos periodontiales, capaces de diagnosticar y tratar a la enfermedad.

El primer aspecto constituye una obligación moral-social cuya responsabilidad recae sobre la profesión y a la cual estamos todos sujetos.

La segunda parte es una necesidad social.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los autores, con el fundamento de un fichado estadístico, establecen un porcentaje de un 88 % de enfermos del paradencio en la población, de los cuales la mayoría no habían sido diagnosticados, a pesar de encontrarse en asistencia odontológica.

En la exposición se examina la importancia de un diagnóstico pre-

coz y se analizan las causas por las cuales ése no es efectuado, destacándose la conveniencia de una enseñanza más intensa y extensa con esa finalidad.

Interpretando la sintomatología que se analiza en la estadística, se deduce que los tratamientos odontológicos no tienen orientación paradencial, lo que ha agravado a muchos casos de enfermedad. Esto hace que los autores reafirman la importancia del estudio de las enfermedades periodonciales, y su relación con la odontología en general.

Los resultados y conclusiones que se exponen en el trabajo, no difieren mayormente de aquéllos observados por otros autores en otros países.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

On the basis of statistical records, the percentage of individuals with diseases of the paradentium in the population, the majority of which had not been diagnosed notwithstanding the fact that they were under dental assistance, was estimated by the authors at 88 %.

The significance of an early diagnosis is considered and the causes why same has not been made are analyzed in the paper, which emphasizes the desirability of a more intensive and extensive education in that respect.

Interpreting the symptomatology analyzed in the statistics, it is inferred that dental treatment is not directed to parodontal diseases, which has accentuated the disease in many cases. The authors are thus led to stress the importance of the study of periodontal diseases and their relation to dentistry in general.

The results and findings set out in the paper do not differ substantially from those noted by authors in other countries.

RESUME ET CONCLUSIONS

Les auteurs, avec le fondement d'un fichier statistique, établissent le pourcentage du 88 % pour les malades du paradence dans la population; la plupart de ces malades n'avait pas été diagnostiqué, quoique ils étaient assistés par des dentistes.

Dans l'exposé, on examine l'importance d'un diagnostic précoce et l'on analyse les causes par lesquelles celui-ci n'est pas effectué, se détachant la convenance d'un enseignement plus intense et plus étendu, pour ce fin.

En interprétant la symptomatologie qu'on analyse dans la statistique, on déduit que les traitements odontologiques n'ont pas d'orientation paradenciale, ce qui a aggravé beaucoup de malades. Cela fait que les auteurs réaffirment l'importance de l'étude des maladies périodontielles et leur rapport avec l'odontologie en général.

Les résultats et les conclusions, qui sont exposés dans le travail, ne sont pas très différents de ceux qui sont observés par d'autres auteurs dans d'autres pays.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Auf Grund von Statistiken haben die Verfasser einen Prozentsatz von 88 % Erkrankungen des Paradentiums in der Bevölkerung festgestellt, die zum grössten Teil nicht

diagnosisch erfasst worden waren, obgleich dieselben in zahnaerztlicher Behandlung waren.

In dem Exposee werden die Wichtigkeit einer fruezeitigen Diagnose und die Gruende geprueft, weshalb diese nicht aufgestellt wird, sowie die Notwendigkeit einer intensiveren Schulung auf gleichzeitig breiterer Grundlage auf diesem Gebiet hervorgehoben.

Geht man auf die Syptomatologie ein, die in der Statistik analysiert wird, so ersieht man, dass die zah-

närtzlichen Behandlungen nicht paradentiel orientiert sind, was viele Krankheitsfaelle verschlimmert hat. Diese Tatsache fuehrt dazu, dass die Verfasser die Wichtigkeit des Studiums der Zahnwurzelhauterkrankungen unterstreichen, sowie ihr Verhaeltnis zur Zahnheilkunde im Allgemeinen.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Artikels unterscheiden sich im grossen und ganzen nicht von denen anderer Verfasser aus anderen Laendern.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BERTUCCI, A.; MOREIRA, Y., 1954.— Ficha estadistica. "Anais" (Congresos Odontologicos de São Paulo en su 4º centenario), V. II, 141-151.
- 2) BEYELER, K., 1939.— Occlusion et paradentose. "R. de Stmot.", V. 46, 129.
- 3) BRERRO, A., 1948.— Alteraciones gingivo-paradenciales en niños de primera y segunda infancia. "R. Odont. B. A.", V. 36, 556-562.
- 4) BIGNELL, K. A., 1937.— Diagnosis and reconstruction technic for treatment of interarticular and periodental trauma and disuse atrophy. "J. A. D. A.", V. 24, 256-269.
- 5) BOX, H. K., 1935.— Experimental traumatogenic occlusion in sheep. "Oral Health", 29, 9.
- 6) CARRANZA, F. A., 1954.— Conceptos basicos sobre prótesis en el paradentóscio. "R. Odont. B. A.", V. 42, 177-187.
- 7) CHILTON, N. W., 1950.— Some public health aspects of periodontal disease. "J. A. D. A.", V. 40, 28-33.
- 8) COOLIDGE, E. D., 1938.— Traumatic and functional injuries occurring in the supporting tissues of human teeth. "J.A.D.A.", V. 25, 343-357.
- 9) DAY, M. C. D.; SHOURIE, D., 1949. A roentgenographic survey of periodontal disease in india. "J. A. D. A.", V. 39, 572-589.
- 10) DUMMETT, C. O., 1952.— Traumatism and atrophy etiology, pathology and symptomatology. "J. A. D. A.", V. 39, 712-725.
- 11) EMLSLIE, R. D., 1952.— "Ideal occlusion for periodontal health", 72-179.
- 12) FEE, H. A., 1940.— Contacts and contours. "J. A. D. A.", V. 27, 1035.
- 13) GLICKMAN, I., 1952.— Periodontosis a critical evaluation. "J. A. D. A.", V. 42, 706-714.
- 14) HELD, A. J. L., 1939.
- 15) KRONFELD, R.; VIENMANN, J., 1940.— Changes in the periodontal tissues of deciduous teeth. "J. D. Res.", V. 19, 441-454.
- 16) KUDLER, G. D.; LIEB, J. E.; ARTHUR FRIEND, 1955.— A concept of occlusion. "J. of Per.", V. 26, 119-129.
- 17) LADO, R. A., 1951.— El empaquetamiento alimentario. "R. Odont. B. A.", V. 39, 203-212.
- 18) LEONARD, H. J., 1946.— The occlusal factor in periodontal disease. "J. of Per.", V. 17, 80-89.
- 19) MARSHALL DAY, R. G.; STEPHENE, F.; QUIGLEY, 1955.— Periodontal disease. Prevalence and incidence. "J. of Per.", V. 26, N° 3, 185-202.

- 20) MARSHALL, D.; SCHOUR, I.; CHOPPA, B., 1950.—The epidemiology of periodontal disease. "J. of Per.", V. 22, 13-22.
- 21) MASSLER, M.; SCHOUR, I.; CHOPPA, B., 1950.—Occurrence of gingivitis in suburban Chicago School Children. "J. of Per.", V. 21, 146-164.
- 22) MASSLER, M.; SCHOUR, I., 1951. Relation of malnutrition, endemic dental fluorosis and oral hygiene to the prevalence and severity of gingivitis. "J. of Per.", V. 22, 205-211.
- 23) MAZZONI, J. S., 1953.—Diagnóstico de la enfermedad periodontal. "Odont. Uruguaya", V. VIII, 3-27.
- 24) Mc KENZIE, J. S., 1952.—Some periodontal consideration in partial denture planning. "J. A. D. A.", V. 42, 314-318.
- 25) MOSTELLER, J. H., 1953.—The relation between operative dentistry and periodontal disease. "J. A. D. A.", V. 46, 6-14.
- 26) MOYERS, R. E., 1950.—The periodontal membrane in orthodontics. "J. A. D. A.", V. 40, 22-27.
- 27) NEUROGR, F. G., 1944.—Nealth conservation of the periodontal tissues by a method of functional partial denture design. "J. A. D. A.", V. 31, 59-70.
- 28) ORBAN, B., 1936.—Biologic problems in orthodontic. "J. A. D. A.", V. 23, 1849-1870.
- 29) RELACIONES DEL COMITE, 1952.—Prevention of periodontal disease. "J. A. D. A.", V. 42, 33-39.
- 30) ROMINE, R. E., 1952.—Relation of operative and prosthetic dentistry to periodontal disease. "J. A. D. A.", V. 42, 742-747.
- 31) SCHOUR, I.; MASSLER, M., 1947. Gingival disease in postwar Italy (1945). Prevalence of gingivitis in various age groups. "J. A. D. A.", V. 34, 475-480.

Trabajo realizado en la Cátedra de Parodontosis
de la Facultad de Odontología. Montevideo, Uruguay
Profesor: Dr. Jorge S. Mazzoni

Dr. Jorge S. Mazzoni: Avda. Agraciada 4134. Montevideo, Uruguay.
Dr. Alberto Bertucci: Río Negro, 1216, Piso 3.
Dr. Iradier Moreira: Avda. Larrañaga, 3528.