

Paradenciopatías en jóvenes

por el
Dr. IRADIER A. MOREIRA,
Asistente de Clínica de Parodontosis.

Aparentemente, siempre se ha demostrado que hay una mayor proporción de adultos que de jóvenes con enfermedad paradencial (E. P.). Se habla más de gingivitis en niños y adolescentes. Se ha deducido por lo tanto que la "piorrea" es afección de la madurez. Esto tal vez no sea así.

En general las paradenciopatías, sean ellas parodontosis o paradentitis, tienen, después de instaladas, largos períodos evolutivos. Es posible comprobar evoluciones de más de veinte años, sin tratamiento y aún sin diagnóstico. No es raro encontrar E. P. de grado medio a los cuarenta o cuarenta y cinco años que se instaló a los veinte. Todos estos casos son tabulados como paradenciopatías de los cuarenta y cinco. Sería interesante estudiar qué porcentaje de enfermedades paradenciales empiezan antes de los treinta y qué porcentaje después de los cuarenta.

Para el ignaro en la materia y aun para muchos odontólogos, parecería existir una diferencia neta entre gingivitis y paradentitis. En realidad sucede lo contrario.

Si se toma como premisa que la gingivitis no tiene destrucción ósea y la paradentitis (E. P.) sí, lo más probable es que ante un diagnósti-

co exhaustivo muchas gingivitis se conviertan en paradentitis y muchas gingivosis en parodontosis.

Las reabsorciones óseas no siempre se pueden diagnosticar bien clínicamente. Hay reabsorciones sin desadherencia epitelial, es decir sin bolsa clínica explorable. Aun radiográficamente una reabsorción ósea puede quedar enmascarada, tal es el caso, por ejemplo, de las destrucciones vestibulares o linguales frente a una raíz dentaria.

Si el diagnóstico paradencial es completo, no debe faltar el radiográfico, es probable que así el número de destrucciones óseas comunicado aumentara.

Se debería dar entidad de enfermedad paradencial a los estados inflamatorios o distróficos de los tejidos blandos. El hecho aparente, de que una gingivitis sea más fácil de hacer retroceder que una paradentitis, no justifica negarle importancia a la primera. Las causas primarias pueden ser similares.

En este trabajo se pretende demostrar que la incidencia de paradenciopatías en los jóvenes es alta, tanto como en los adultos. Se insistirá por lo tanto en la importancia de la higiene, prevención y diagnóstico precoz.

ESTADO ACTUAL

Las alteraciones paradenciales, enfermedad paradencial (E. P.) o paradenciopatías, tienen un alto grado de incidencia en todo el mundo.

Muchas paradenciopatías empiezan en la niñez. La mayoría de las extracciones son debidas a E. P. según (1, 2). En un estudio radiográfico hecho en la India, (3) encontró reabsorción ósea en el 100 % de los pacientes, ya a los diecisiete años. En U. S. A., (4) también radiográficamente, diagnosticó, lo mismo en el 88 % de los pacientes de alrededor de 50 años. En Boston (5) da un promedio de 84 % entre hombres y mujeres. En N. York (6) entiende que de los pacientes examinados, necesitaban tratamiento paradencial el 62 % de los hombres y el 56 % de las mujeres. En Montevideo, (7) encuentran un promedio de 88 % con E. P. Otros autores (8, 9, 10) hayan también altos porcentajes.

Las llamadas gingivitis alcanzan también marcas muy altas en la estadísticas. En personal seleccionado, jóvenes soldados y marinos de guerra, (11) encuentra un 73 % y un 6,9 % de gingivitis de Vincent. También entre las fuerzas armadas (12) encuentra alta incidencia. En Italia, (13) da altos porcentajes promediales.

Las alteraciones gingivales en niños son verdaderamente alarmantes. En Inglaterra, (14) citado por (13) da cifras de 85 a 90 % de gingivitis en niños de 10 a 14 años y de 11 a 13, respectivamente. El mismo autor, en 1948, da 88 % para los de 12 a 18 años y de 84 % para los de 21 a 30. Westin, 1937, citado también por (13) da un porcentaje de 86,5 % en escolares en Suecia. En niños y adolescentes en

la India (3) encuentra el 99,43 %. Algunos autores, Dorpf S. (1942) y Bober H. (1939), citados por (26) han comunicado gingivitis desde los dos años de edad. Graves datos al respecto comunican (15, 16, 17).

De esta breve revisión bibliográfica, ya es permitido deducir que las paradenciopatías están muy generalizadas. La mayoría de las personas tiene algún tipo de E. P., o gingivitis en la niñez o adolescencia, que sin profilaxis adecuada se convierten pronto en lesiones casi irreversibles.

MATERIAL Y METODOS *

Se utilizaron las fichas de la "Clínica de Parodontosis" hechas por los estudiantes entre sí. Son jóvenes de ambos sexos de alrededor de 20 a 24 años.

Se podría pensar que la salud paradencial de nuestro estudiantado es buena. Su doble calidad de universitario y futuro odontólogo lo justificaría, pero ello sería un error. Los resultados de este trabajo lo evidencian.

Se tabularon 50 fichas pero no se publica todo el material de las mismas, aunque para el diagnóstico se haya utilizado. De semiología se dan los resultados de los signos subjetivos (S. S.), de paradencio de revestimiento (P. R.), paradencio de superficie (P. S.), dentarios y de bolsas normales y patológicas y una de las conclusiones, el grado de destrucción ósea. Del diagnóstico etiológico se publican algunos datos sobre articulación dentaria y

* El material de este trabajo fue reunido por los estudiantes correspondientes al curso de 1957 y tabulado bajo la dirección del Prof. Dr. J. Mazzoni.

régimen alimentario. El diagnóstico de la enfermedad paradencial (18) se hace siguiendo los métodos de la cátedra.

RESULTADOS

Signos subjetivos

Positivos	74 %
Negativos	26 "

Se tabularon tres S. S., mal gusto, dolor y gingivorragias. Se consideraron positivos aunque sólo hubiera uno.

**Signos objetivos
del paradencio de revestimiento**

Positivos	96 %
Negativos	4 "
Cicatriciales	86 "
Activos	78 "

Paradencio de revestimiento es la encía de inserción ósea. Es afectada en diversas formas y a cualquier edad por causas generales que inciden sobre la mucosa oral. No se considera aparato de soporte dentario. Los signos cicatriciales y activos pueden coincidir. Ellos se refieren al color, consistencia y configuración. (20)

**Signos objetivos
del paradencio de superficie**

Positivos	94 %
Negativos	6 "
Cicatriciales	88 "
Activos	82 "

El P. S. es la encía de inserción dentaria. Cuello, papila y puente. Lo mismo que en el P. R. pueden coexistir signos activos y cicatriciales. Además de las causas generales, sobre él actúan todos los factores locales de injuria directa.

Signos dentarios

Negativos	16 %
Positivos	84 "
Aumento de C. C.	26 "
Movilidad	44 "
Migrac. espont.	10 "
" prov.	54 "

Aumento de corona clínica (A. C. C.), descarnamiento, llamado atrofia. Migración espontánea y movilidad indican siempre E.P. positiva.

Bolsas

Normales	16 %
Incipientes	58 "
Medias	16 "
Profundas	6 "

Bolsas.— Es necesario hacer breves puntualizaciones sobre nuestros conceptos de bolsa.

Bolsa normal, según diversos autores, va de 1 a 3 mm. de profundidad, pero agregamos, los tejidos que la componen deben tener características de normalidad. Estas son: rosado pálido, duros (firmes), lisos y bien adheridos.

Bolsa ideal, sería lo mismo que normal pero de profundidad cero.

Bolsa fisiológica. Se usa como sinónimo de normal. Esto más bien lo entendemos como "condiciones de los tejidos y respuestas frente a los diversos excitantes. Así se puede llegar a comprender como una

B. N. que ha tenido un proceso patológico y lo ha superado puede ser considerada bolsa fisiológica”.*

Bolsa patológica. “Debe entenderse por tal no sólo la profundidad, sino la alteración de los tejidos que la forman y cuyo proceso inicial, no siempre evidente, sucede en el conectivo. Una de las consecuencias es el despegamiento del anillo de adherencia epitelial al diente y el crecimiento en profundidad de ese epitelio. El aumento de la profundidad es una consecuencia.” Se puede comprender así que hayan B. P. de 3 mm.

Se consideran bolsas incipientes de 2 a 4 mm., medias de 4 a 6 mm. y profundas de más de 6 mm. Se insiste que la profundidad es sólo un dato y no el más importante para el estudio de la gravedad del caso.

Grado
(clasificación de las lesiones)

Lesiones sólo gingivales	20 %
Lesiones óseas y gingivales	76 ”
Lesiones óseas incipientes	58 ”
Lesiones óseas medias	16 ”
Lesiones óseas profundas	2 ”

Grado.— Cantidad de paradencio perdido por enfermedad paradencial; no tiene porqué haber coincidencia entre éste y la profundidad de la bolsa. Hay casos de atrofia secundaria, o primaria de grado avanzado y sin bolsas patológicas. Un grado incipiente puede tener algunas agravaciones, que podrían ser B. P. profundas.

* Los entrecorillados corresponden textualmente a apuntes de las clases teóricas del catedrático.

Para obtener el grado de destrucción ósea se realiza primero un periodontograma clínico lo más perfecto posible, que se corrige con ayuda de las radiografías, pues muchas veces hay adherencia epitelial y hay reabsorciones óseas. Es decir, el periodontograma clínico no señala, no coincide en determinados lugares con las reabsorciones que se comprueban radiográficamente. Se dice entonces que la bolsa radiográfica no coincide con la bolsa clínica. (19)

Alteraciones articulares

Negativas	4 %
Positivas	96 ”
Disfunción anterior en O. C.	40 ”
Sobreargas en O. L. D.	84 ”
Sobreargas en O. L. I.	82 ”
Sobreargas en O. P.	70 ”

O. C., oclusión central; O. L. D., oclusión lateral derecha; O. P., oclusión protrusiva. No se han correlacionado estos datos etiológicos con destrucciones paradenciales y por lo tanto no se puede deducir nada de la similitud, igualdad, entre las cifras de 96 % de alteraciones paradenciales positivas y la misma cantidad encontrada aquí.

Dieta

Normal (bien equilibrada)	5 %
Anormales (mal equilibradas)	95 ”
Acidas, exceso de carne	88 ”
Acidas, exceso de glúcidos	90 ”
Carenciada, vitaminas	75 ”
Carenciada, minerales	45 ”

Dieta.— Entendemos por dieta normal a una equilibrada en sus

principios fundamentales de prótidos, glúcidos, lípidos, vitaminas y minerales, adecuada al individuo, trabajo y medio ambiente.

Se hicieron sólo cuatro clasificaciones de desequilibrio: las carencias en frutas crudas, fuente fundamental de vitaminas; las carencias en verduras crudas, fuente fundamental de minerales; las muy ácidas por falta de estos principios con exceso de carnes o de glúcidos (hidratos de carbono).

Los resultados que se han logrado son bien demostrativos del estado paradencial de ese grupo de estudiantes. Lo más probable es que se pueda generalizar.

DISCUSION

Las gingivitis en niños son alarmantes no sólo por el alto porcentaje de afectados, sino por los probables factores etiológicos que obedecen a causas generales diversas en su mayoría de orden nutricional. La misma afección en el adulto y el adolescente presenta similares características de índole semiológica y etiopatogénica.

Entendemos por gingivitis a una alteración inflamatoria de los tejidos blandos, sin comprobar ni clínica ni radiográficamente destrucción ósea.

La palabra gingivosis⁽¹³⁾ podría ser usada para designar a una alteración de los tejidos blandos de tipo distrófico. Esta alteración sería casi asintomatológica. Los tejidos tienen un color más pálido que lo normal, casi lívido a veces, consistencia depresible. No hay inflamación clínica. Predomina el edema.

Entendemos por E. P. "una afección de los tejidos de soporte del diente, que se puede presentar de

diversas maneras, con sintomatología y evolución variable, a tal punto, que podemos decir que cada persona tiene su enfermedad. El elemento común lo constituye la tendencia al aflojamiento de la pieza dentaria".

Muchas de las llamadas gingivitis diganosticadas sólo clínicamente pueden ser algo más. Una bolsa patológica puede no ser explorable con un periodontómetro y comprobarse gran destrucción ósea radiográficamente. Muchas paradentosis empiezan así, y cuando la bolsa es evidente la enfermedad ya está muy avanzada.

Los conceptos antes expuestos hacen pensar que las paradenciopatías, E. P., deben tener índices mayores que los dados en general. Es difícil, aunque no imposible, aceptar que una gingivitis que se ha mantenido según el paciente, "siempre", no se haya convertido en una paradentitis. Comúnmente el diagnóstico radiográfico confirma la regla, de gingivitis a E. P. Los pocos casos en los cuales una gingivitis no ha progresado, merecen una discusión aparte, pues los hay.

Numerosos autores que han hecho estudios radiográficos, confirman lo anteriormente dicho.^(3, 4, 5, 6, 8) Los porcentajes así encontrados de E. P. van desde 88 a 100 %.

Está justificado hablar de epidemia de paradenciopatías. En la especialidad ya se usa esta palabra.^(8, 10, 17, 21)

Evidentemente el cuadro que se descubre estudiando la incidencia de la E. P. en la raza humana, es sombrío. Pero no todo es así.

La mayoría de las paradenciopatías son de naturaleza inflamatoria, polietiológicas y por estados patológicos actuales; en este cuadro es

fundamental el aspecto nutricional del individuo, en su más amplia acepción. Esto, solamente, nos dice que un tratamiento etiopatogénico médico odontológico es capaz de curar la mayoría de los pacientes, si el grado no es muy avanzado. Por esto el diagnóstico precoz es indispensable.

Conservar y mejorar la salud y prevenir el desarrollo de las enfermedades, son dos aspectos fundamentales de salud pública estrictamente relacionados con nuestro tema. Lo ideal sería una asistencia social para todos los habitantes.

Los problemas de higiene y profilaxis están en relación con variados factores del medio en el cual se vive: trabajo, vivienda, alimentación, cultura media, problemas psíquicos, diversas costumbres. Muchas veces la estabilidad física y espiritual de las poblaciones dependen en gran parte de decisiones estadales.

Las medidas de higiene y profilaxis bien orientadas serían capaces de por sí de producir un descenso sensible en los promedios de muchas enfermedades y por ende en él de las paradenciopatías .

Es necesario señalar aquí, en general, a los factores causantes de la E. P. Hoy día se puede casi afirmar sin duda alguna, que las paradenciopatías son una enfermedad de la nutrición. Cualquier carencia, en determinadas condiciones podría provocar alteraciones metabólicas en los paradencios. No es raro encontrar altos porcentajes de E. P. donde hay desnutrición (3, 13) o desequilibrios nutricios varios. (22, 23, 24)

“Pero también los diversos factores que condicionan una buena nutrición, es decir, los que perturban la ingestión (trastornos digestivos

en general), los que aumentan los requerimientos nutricionales (embarazo, lactancia, etc.), los que perturban la absorción (enfermedades gastrointestinales, ciertas terapéuticas, etc.), los que trastornan la utilización (hepatopatías, diabetes, disendocrinias, etc.), los que aumentan la excreción (poliuria, etc.) y los que aumentan la destrucción (aclorhidria, ciertas terapéuticas, etcétera), deben ser señalados en el mismo plano que los factores primarios, que las dietas deficientes.”

La higiene y profilaxis en grandes masas humanas son un asunto de estado y, por lo tanto, todo lo que sea correlacionable, en nuestro caso la enfermedad paradencial. Es suficiente para comprender esto, pensar que la prevención de la E. P. en sus causas primarias está íntimamente unida a todo lo que sea nutrición y sus enfermedades. Además, todos aquellos factores que contribuyen a dar una buena salud intervienen también en el metabolismo paradencial. Un individuo sano, no debe tener ni la más leve gingivitis.

Diversas causas locales contribuyen a desencadenar o agravar una E. P. que se inicia por las causas anteriormente dichas, por ello los factores locales siempre deben eliminarse.

Cada vez que una persona pasa por un estado de bajas defensas, es siempre conveniente que el periodontocista u odontólogo lo examine. Una higiene bucal y cepillado correctos en un momento así previenen muchas veces contra una afección paradencial.

La buena odontología es un factor profiláctico de primer orden. Operatoria dental correctísima. Prótesis fija, o parciales removibles, que tienda a mantener los dientes

que quedan, *más que a resolver un* problema estético, son fundamentales para la conservación en buen estado del aparato de soporte dentario.

La importancia profiláctica de la ortodoncia se destaca doblemente. Primero, por la gran cantidad de desviaciones articulares que coinciden con alteraciones paradenciales, y segundo, por la gran dificultad de curar paradenciopatías, uno de cuyos factores locales es articular. Desde el punto de vista paradencial es preferible la ortodoncia que busca obtener una articulación funcional más que estética.

El diagnóstico paradencial precoz⁽²⁵⁾ es indudablemente de gran ayuda para el paciente, pero, él se hace cuando existe E. P., cuando ya es necesario un tratamiento. Lo ideal es prevenir por medios adecuados, la aparición de la enfermedad. Es necesario que los pacientes sepan y esto no sólo por intermedio de los odontólogos que, encías que sangran al cepillado o casi solas, mal gusto principalmente al levantarse sin causa aparente y dolor al masticar, son síntomas casi seguros de enfermedad paradencial.

Extendemos el término de E. P. a las gingivitis y gingivosis.

Las medidas de higiene y profilaxis que se tomen para los adultos repercutirán en sus hijos. Lo corriente es que de padres sanos nazcan hijos normales.

Lo anterior no quiere decir que las paradenciopatías sean hereditarias fatalmente, sino que el medio ambiente en el cual se ha desarrollado el niño, desde su gestación, es el mismo en el cual están inmersos sus progenitores y por lo tanto sus características físicas serán similares. Si se modifica el medio ambiente favorablemente, se logran

cambios sobre los organismos que viven en él. *Probablemente estos* cambios serán beneficiosos. Si las medidas de higiene y profilaxis alcanzan a la madre en el período de gestación ya se le está dando al feto un medio ambiente favorable. Se empieza a formar una constitución, y, en el mismo sentido los primeros años de vida del niño son fundamentales para la salud general y paradencial.

La nutrición, los ejercicios físicos y la higiene mental son tan importantes o más que el cuidado de los dientes caducos y la profilaxis de la caries.

Según⁽²⁶⁾ muchas parodontopatías tienen su punto de partida en el recambio y harían su eclosión a los cuarenta años. Aunque no aceptamos esta opinión literalmente, lo cierto es que la higiene y prevención general, en el adulto primero y en el niño después, tienden a modificar un terreno, una constitución.

RESUMEN

La incidencia de paradenciopatías es tan alta de los 20 a los 25 años, como de los 40 a 45.

El resultado del material estudiado confirma lo anterior. El 76 % de jóvenes (22 a 24 años) estudiantes universitarios, tienen alguna reabsorción ósea diagnosticada clínica y radiográficamente.

Es probable que muchas paradenciopatías que se instalaron a los 20 años y que no fueron diagnosticadas, se registren y tabulen a los 40.

Se ha insistido sobre la insuficiencia del diagnóstico clínico de la gingivitis. Ante los rayos X muchas gingivitis muestran reabsorciones óseas; son paradentitis.

Incluimos en el nombre E. P. o paradenciopatía a las gingivitis y gingivosis. Ellas no serían otra cosa que el cuadro clínico primario de las parodontitis y parodontosis respectivamente.

Dado que la E. P. es una afección polietiológica, y que una de sus principales causas están en la nutrición y sus alteraciones, se señala la necesidad e importancia de la higiene y profilaxis general, principalmente en los niños, como medida tendiente a cambiar una forma de ser del organismo.

La mayor comprensión y colaboración entre médicos y odontólogos es necesaria para combatir con éxito esta epidemia.

CONCLUSIONES

La alteración de los tejidos de soporte dentario, E. P., o paradenciopatías es una afección muy extendida; 88 % a 100 % en algunos lugares.

Sólo estos porcentajes la convierten en un problema social médico-odontológico, pero hay más.

Es una enfermedad cuya gravedad no está solamente en que impide masticar bien o conduce a la pérdida de los dientes, sino en que puede actuar sobre el organismo en general a través de sus secreciones purulentas y aun ser un probable foco de infección.

Por los altísimos porcentajes de afectados y por su gravedad potencial se convierten las paradenciopatías, en una enfermedad con amplias proyecciones sociales. Es al Estado a quien corresponde tomar las medidas de higiene, profilaxis y diagnóstico precoz a fin de reducir sus índices.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The incidence of paradental conditions is just as high at the 20-25 year old period as at the 40-45 age span.

The results of the material studied bear out the above contention. 76 % of undergraduates (22 to 25 years old) evince some degree of bone resorption either clinically and roentgenologically.

Very likely a large number of parodontoses setting in at the age of 20 and which go undiagnosed are recorded and tabulated at 40.

Emphasis has been laid upon the inadequacy of the clinical diagnosis of gingivitis. At X-ray many cases of gingivitis show bone resorptions, i. e., parodontitis.

We include among paradental diseases gingivitis and gingivosis. They constitute no other thing than the primary clinical picture of parodontitis and parodontosis respectively.

Since P. D. is a condition traceable to many sources, the main being nutrition and its alterations the need for and importance of hygiene and general prophylaxis is pointed out, primarily in children, as a means of correcting existing organic flaws.

A better understanding and collaboration between physicians and dentist is necessary to wage a successful fight against the epidemic dealt with.

The changes in the tooth-supporting tissues, i. e., paradental diseases or parodontiopathias, constitute a widespread condition, as high as 88-100 % in some environments.

The mere realization of such high rates would suffice to turn it into

a serious socio-medico-dental problem, but the subject has even further implications.

We are concerned with a disease the severity of which lies in that not only does it preclude adequate mastication or else leads to the loss of teeth but also that it may act upon the organism at large, through its purulent secretion and even become a likely focus of infection.

Because of the very high involvement rate and its potential graveness paradental diseases entail social implications. It is the state's concern to strive for hygienic and prophylactic measures coupled with early diagnosis, in order to cut down prevalent rates.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BREKHUS, P. J.—Dental Disease and its relation to the loose of human teeth. "J. A. D. A.", 2237; 1929.
- 2) ALLEN, E. F.—Statistical study of the primary causes of extractions. "J. D. R.", 453-458; 1944.
- 3) DAY, C. D.; MARSHALL and SHOURIE, D.—A roentgenographic survey of periodontal disease in India. "J. A. D. A.", 572; 1949.
- 4) BLACK, A. D.—Roentgenographic studies of tissues involved in chronic mouth infections. "Dent. Summary", 924-932; 1918.
- 5) DAY, C. D.; MARSHALL and others.—Prevalence and incidence periodontal disease. "J. of P.", 185-203; 1955.
- 6) MILLER, S. C. and others.—A Correlation between periodontal disease and caries. "J. D. R.", 549; 1946.
- 7) BERTUCCI, A. y MOREIRA, Y.—Ficha estadística. "Anais" (Congresos Odontológicos de São Paulo en su 4º Centenario), V. II: 141-151; 1954.
- 8) BELTING, C. M.—A review of the epidemiology of periodontal disease. "J. of P.", 37-45; 1957.
- 9) BELTING, C. M.; MASSLER, M. and SCHOUR, I.—Prevalence and incidence of alveolar bone disease in men. "J. A. D. A.", 190; 1953.
- 10) RUSSEL, A. L.—Some epidemiological characteristics of periodontal disease in a serie of urban populations. "J. of P.", 286-293; 1957.
- 11) PINDBORG, J. J.—Influence of service in Armed Forces on incidence of gingivitis. "J. A. D. A.", 517-522; 1951.
- 12) STAHL, S. S. and others.—Oral health conditions among army personnel at the army engineer center. "J. of P.", 180-185; 1955.
- 13) SCHOUR, I.—Gingival disease in postwar Italy (1945). I: Prevalence of gingivitis in various age groups. "J. A. D. A.", 475; 1947.
- 14) KING, D.—Gingival disease in Dundee. "Dent. Record.", 65: 9, 32, 55; 1945.
- 15) McINTOSH, W. G.—Gingival and periodontal disease in children. "J. of P.", 99; 1954.
- 16) BENJAMIN, E. M. and others.—Periodontal disease in rural children of 25 Indiana Counties. "J. of P.", 294-298; 1957.
- 17) YOUNT, J. G. and BELTING, C.—Periodontosis. Review of literature. "J. of P.", 149-153; 1956.
- 18) MAZZONI, J.—Diagnóstico de las paradenciopatías. "Anais" (Congresos Odontológicos de São Paulo en su 4º Centenario), V. II: 73-85; 1954.
- 19) MAZZONI, J.—Diagnóstico de la enfermedad periodoncial. Apartado de la Seccional de paradentosis en "Rev. Odont. Uruguay", N° 23: 3-24; 1953.
- 20) MAZZONI, J.—La interpretación de los síntomas gingivales. "Rev. Odont. Argentina", 145; 1953.
- 21) DAY, C. D. and MARCHALL.—The epidemiology of periodontal disease. "J. of P.", 13-22; 1951.

- 22) MOREIRA, I.— Enfermedad paradencial y alimentación acidificante. "Anales de la Fac. de Odont.", 211-216; 1957.
- 23) MASSLER, M.; SCHOUR, I. and CHOPPA, B.— Relation of mal nutricion, endemic dental fluorosis and oral hygiene to the prevalence and severity of gingivitis. "J. of P.", 205-211; 1951.
- 24) BURDET, L. W.— Aspects of periodontal disease. "J. of P.", 7-115; 1953.
- 25) MAZZONI, J.; BERTUCCI, A. y MOREIRA, I.— Diagnóstico paradencial precoz. "Anales de la Fac. de Odont.", 25-35; 1956.
- 26) HOLST, J. J.— The Prophylaxis of parodontal disease. "Paradentologie", 4-17; 1953.

Abreviaturas: J. A. D. A., Journal American Dental Association; J. D. R., Journal Dental Research; J. of P., Journal of Periodontology.

Trabajo realizado en la Clínica de Parodontosis de la Facultad de Odontología
Montevideo, Uruguay

Profesor: Dr. Jorge R. Mazzoni

Dr. Iradier Moreira: Larrañaga 3528. Montevideo, Uruguay