

L. J. ...
(546)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ENFERMEDADES PERIODONTALES
EN NIÑOS

Logo
CE

T E S I S
QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL
P R E S E N T A

MERCEDES LERMA ORDOÑEZ

México, D. F.

1979

14931



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TEMARIO

1.- ASPECTO GENERAL DEL PARODONTO NORMAL EN EL NIÑO

2.-ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

3.-PREVENCION

4.-DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

5.-CONCLUSIONES

6.-BIBLIOGRAFIA

INDICE

INTRODUCCION	PAG.	1
ASPECTO GENERAL DEL PARODONTO		
NORMAL EN EL NIÑO	"	3
PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	"	7
INHIBIDORES QUIMICOS DE LA		
PLACA Y CALCULOS	"	11
REGULARIZACION DE LA DIETA	"	11
USO DE FLUORURO	"	12
HILIC DENTAL	"	13
MASAJE GINGIVAL	"	14
ENJUAGATORIOS	"	14
APARATOS DE IRRIGACION	"	14
IMPLANTES INTERDENTARIOS		
DE CAUCHO, MADERA Y PLASTICO	"	15
CENTINOS DE DIENTES Y		
OTROS ACCESORIOS EN LA HIGIENE DENTAL	"	16

MÉTODOS DE CEBILLADO DENTARIO	PAG	18
CAMBIOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS		
CORRESPONDIENTES A LA ERUPCIÓN DENTARIA	"	24
ETIOLOGÍA DE LA		
ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS	"	24
ASPECTOS BACTERIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS		
EN LOS PADECIMIENTOS DEL PERIODONCIO	"	26
INFLAMACIÓN GINGIVAL EN NIÑOS	"	28
GINGIVITIS MARGINAL	"	30
ERUPCIÓN PASIVA, ALTERADA Y RETARDADA	"	35
PERIODONTITIS	"	36
ENFERMEDAD PERIODONTAL	"	39
GINGIVITIS CRÓNICA INSPECÍFICA	"	44
GINGIVITIS FÚRBERA	"	45
FIBROSIS	"	46
ACTINOMICETOSIS BACTERA	"	46
CANDIDIASIS AGUDA	"	48
GINGIVITIS DISMINUIDA	"	51

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA	PAG	53
FRENILLO SUPERIOR E INFERIOR ANCEAL	"	56
CONCLUSIONES	"	57
BIBLIOGRAFIA	"	59
TEMARIO	"	60

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

He optado por el tema de Enfermedades Periodontales en niños, no por la dificultad o sencillez que encierra, sino por la gran importancia que reviste.

Este trabajo lo desarrollo no con nuevas aportaciones, pero si tratando de ahondar más los principios básicos debemos tener los Cirujanos Dentistas para resolver correcta y oportunamente este gran problema odontológico ya que la enfermedad periodontal tiene como consecuencia la destrucción de los tejidos de sostén y hueso, ocasionando la pérdida de dientes, lo que constituye un problema que afecta la salud bucal y general en un alto porcentaje.

Considero que si los Odontólogos tenemos pleno conocimiento de las enfermedades periodontales, podremos describirlas en su forma incipiente y evitar así su avance y repercusión.

Esta tósis se basa e las enfermedades periodontales en niños porque es en esta etapa cuando se inician y desarrollan estos padecimientos.

Para que el niño evite estas causas que producen la enfermedad periodontal, tiene que recibir instrucción bucal para preservar la limpieza dentaria y regule su dieta.

El Odontólogo debe poner todo lo que esté de su parte para lograr que el niño se interese y coopere en el cuidado de su salud bucal y general.

ASPECTO GENERAL DEL PARODONTO NORMAL EN EL NIÑO.

La encía de los niños es de color rosa pálido, firme y bien definida, su grosor es variable según la zona de los dientes que la ocupan.

La encía insertada en la región de primeros premolares inferiores y superiores, es más delgada y la región más gruesa corresponde a incisivos superiores e inferiores.

La encía interdientaria presenta una papila vestibular y una lingual, su grosor está determinado por la superficie dentaria proximal, tiene una depresión intermedia llamada col y la profundidad del surco gingival es de $2.1\text{mm} \pm 0.2\text{mm}$.

Cuando se encuentran diástomas en la región anterior, los tejidos semejan sillas de montar y son reemplazadas por la forma de col determinada por los contactos proximales.

En la dentición mixta la coloración de la encía es más rojiza debido a una mayor vascularización, no existe puntilleo, es más blanda, sus márgenes son redondeados y se encuentran agrandados por la erupción, facilitando la retracción gingival.

El surco es más profundo, el cemento es más delgado con tendencia a la hiperplasia cementoide por apical, - el ligamento periodontal es más ancho y menos tenso, - la cantidad de fibras por unidad es menor.

Presenta mayor hidratación, así como mayor aporte sanguíneo y linfático. El hueso alveolar tiene su cortical más delgada y destaca un menor trabeculado, sus espacios modulares son más amplios, con menor descalcificación, sus crestas alveolares son planas y están -- asociadas a los dientes temporales.

Microscópicamente el epitelio escamoso estratificado tiene proyecciones papilares definidas relacionadas con el puntilleo.

El tejido conectivo es fibrilar con una capa reticular y otra papilar, los haces colágenos no están diferenciados como en el adulto.

El epitelio que recubre al col es de tipo escamoso-estratificado no queratinizado de sólo cuatro capas de células.

Tanto en la dentición temporal, como en la mixta, - la adherencia epitelial puede ser larga y la pared gingival flácida, los tejidos nuevos son más hidratados - y tienen más proteínas y mucopolisacáridos, los tejidos viejos tienen mayor resistencia y atracción.

Histológicamente la encía marginal carece de orientación y densidad en sus fibras colágenas, debilitándose los grupos de fibras A y B circulares.

Las fibras transeptales y las del grupo C se continúan con el perióstio, sostienen la encía libre y la adherencia a la superficie dentaria.

En el niño desdentado, la encía es firme con puntillado, ancha y fija al hueso.

Al erupcionar los dientes se forman los complejos de fibras transeptales y del grupo III.

Las papilas retrocaninas son estructuras comunes en edades de cuatro años y en adolescentes, pero se han observado en personas de más de cuarenta años, frecuentemente se confunden con abscesos periodontales.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

En un programa de cooperación entre el paciente y el Odontólogo cuyo fin es el de preservar la salud de la dentadura natural previniendo el comienzo de la enfermedad, su avance y repetición.

Algunos autores creen que el origen de la enfermedad periodontal data de la infancia; por ejemplo, Baer opina que la Periodontitis debe haber tenido su origen en la pubertad para tener un grado de destrucción tan avanzado a los 20 ó 30 años-

Ramfjord dice que la transición entre gingivitis y periodontitis comienza alrededor de los 15 años.

Pero la realidad es que si así fuera, habría muchos más casos de enfermedad periodontal en el adulto y no ocurre así.

La presencia de enfermedad periodontal avanzada en el niño es infrecuente, por lo que se cree que la infla

mación crónica es debida a atributos estructurales, ti
ne una relación con la lesión y su evolución en la vida
del adulto.

La enfermedad periodontal es prevenible porque los -
factores que la producen son corregibles y controlables.

La deficiencia en la higiene bucal ocasiona la acumu
lación de placa bacteriana y cálculos que determinan la
frecuencia de la enfermedad periodontal.

PLACA DENTOBACTERIANA.

Se define como un depósito no mineralizado que se - -
adhiera a la superficie de los dientes que no se cepillan
adecuadamente y está compuesta por microorganismos que -
producen sustancias que destruyen a los dientes y a sus -
tejidos de sostén.

PASOS A SEGUIR EN EL CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA.

Cuando la atención en el consultorio se remita a niños
pequeños, se reunirá a sus padres para tener mayor coop-

ración entre el niño y su familia.

Si se tratara de pacientes adolescentes se afectaría un convencimiento individual, dado que en esta etapa, - los jóvenes quieren ser más independientes.

Para la enseñanza del tratamiento de control de placa, se recomienda cuatro visitas al consultorio, se le pide lleve su cepillo dental.

Primera visita: Se efectúa una explicación verbal, - empleándose material audiovisual y si es posible se proporciona una hoja escrita con las indicaciones, para -- reafirmar las indicaciones en su casa.

Se emplearán sustancias reveladoras para que el paciente observe los sitios donde se acumula más la placa bacteriana, en un tipo-donto se le muestra la técnica -- adecuada y se le pide que se cepille de la misma manera.

Segunda visita: De ser posible se realizará dos días después, se aplica la sustancia reveladora y se le pide

se cepille para confirmar si está empleando la técnica -
correctamente.

Tercera visita: Preferentemente en la misma semana, -
se emplea la substancia reveladora de la placa y al cepi-
llarse el paciente se harán las correcciones necesarias.

Cuarta visita: Después de una semana nuevamente se re-
visa la técnica empleada, se hacen las correcciones nece-
sarias y se le cita cada semana ó cada mes según se re-
quiera.

Es necesario en cada sesión retroalimentar al paciente
con el fin de motivarlo mejor.

Se hace énfasis en que la negligencia ó descuido en la
higiene bucal, significa una recaída que puede ocasionar-
la pérdida de las piezas dentarias ó la destrucción de los
tejidos de sostén.

INHIBIDORES QUIMICOS DE LA PLACA Y CALCULOS.

Sea pocos los productos de consumo que pueden prevenir ó reducir la formación de la placa y cálculos, se ha intentado emplear trociscos, enjuagues bucales, goma de mascar, pero la eficiencia es variable. El ascoxal (ácido ascórbico, percarbonato de sodio y sulfato de cobro), el cloruro de cetil piridinio, el agente catiónico de superficie activa, enzimas como la Dextronasa, mucínasa, prolasa, milana y pectinasa entre otros productos más. Antibióticos tales como la Vancomicina y Eritromicina, obtuvieron resultados ambiguos, pero hasta la fecha lo más efectivo es la eliminación mecánica de la placa por medio del cepillado adecuado o la regularización de la dieta.

REGULARIZACION DE LA DIETA.

Todos los microorganismos cariogénicos necesitan un sustrato de sacarosa para su crecimiento, los amíbaros-

refinados producen un rápido crecimiento de estos microorganismos, por lo que hay que reducir su ingestión, lo que es difícil al tratarse de niños.

En general hay que orientar a los padres sobre los productos que favorecen la caries, como son azúcar refinado, mermelada, galletas, pan blanco y pan de levadura entre otros; y tratar de evitar en lo posible su uso sustituyéndolos por ejemplo por pan de centeno, sacarina, verduras, frutas frescas y dulces sin azúcar, leche descremada, etc

USO DE FLUORURO.

Se ha comprobado que el uso del fluor en diferentes productos, principalmente en el agua, en enjuagatorios y en aplicaciones tópicas dos veces al año, reduce marcadamente el ataque de la caries, pero nuevamente si continúa la causa, continúa el efecto. El fluor endurece el esmalte para hacerlo resistente a la enfermedad, pero no la evita.

HILO DENTAL.

Es un hilo de nylon sin encerar que se emplea para - limpiar las caras proximales y surco gingival de residuos y placa bacteriana.

TECNICA DE EMPLEO.

Se cortan 40 a 50 cm de hilo, los extremos se enredan en los dedos indices de cada mano; es conveniente seguir una técnica definida, por lo que seguiremos el siguiente orden: comenzaremos por la cara distal del último molar superior derecho o izquierdo ayudándonos con los dedos - pulgar y mayor para llegar al surco gingival sin lastimar la encía.

El hilo se introduce con un movimiento reciproco de - lingual a bucal, deslizándose a lo largo de la superficie de cada diente, teniendo cuidado de que la acción sea de barrido.

Su uso no está indicado en niños porque si no es emplea

do correctamente lesiona la encía.

MASAJE GINGIVAL.

Produce aumento de la queratinización del epitelio bucal, que es considerado benéfico por proporcionar más -- protección contra bacterias y otros irritantes.

No se ha comprobado si el masaje incorrecto produzca lesiones gingivales.

ENJUAGATORIOS.

Proporcionan sensación de limpieza y eliminan parcialmente residuos de alimentos, reducen temporalmente la -- flora microbiana, cosa que no se ha comprobado sea beneficiosa, su práctica no es suficiente para mantener buena higiene bucal.

APARATOS DE IRRIGACION.

Se recomienda en los tratamientos de Ortodoncia y Prótesis fija, están formados por un chorro de agua fija o intermitente que sale a presión, para su uso hay que --

seguir correctamente las indicaciones del fabricante para no provocar desinserción gingival.

LIMPIADORES INTERDENTARIOS DE CAUCHO

MADERA Y PLASTICO.

Conos de caucho: vienen en el extremo de algunos cepillos o por separado.

Modo de empleo: Se colocan a 45° con relación al diente se activa la punta con movimientos de rotación lateral o vertical, limpiando la superficie dentaria y presionando la superficie gingival, lo que ocasiona mayor queratinización, su uso incorrecto puede ocasionar papilas planas.

Palillos de madera (Stimulents), Puntas de plástico -- (P/S polisher Stimulator), Puntas de palillos en soportes especiales (char-stem-period-aid) y limpia pipas.

Sirven en el periodo posterior al tratamiento periodontal, cuando no se puede cepillar vigorosamente por el estado de los tejidos.

CEPILLOS DE DIENTES Y OTROS AUXILIARES EN

LA HIGIENE BUCAL.

Actualmente existen infinidad de cepillos de diferentes tamaños, anchos, largos y cerdas.

La Asociación Dental Mexicana recomienda cepillos de 2.5 a 3 cm de largo y de 0.75 a 1.0 cm de ancho, con dos o cuatro hileras de cerdas, con cinco a doce penachos cada hilera, de cerda natural de nylon, pero no combinados porque su duración es diferente, con extremos redondeados o no, su dureza no se ha determinado porque las condiciones de uso son diferentes.

La abrasión del dentífrico y principalmente la forma de usar el cepillo, afectan la acción de limpieza más que la dureza de la cerda.

Se debe aconsejar el cambio de cepillo cuando las cerdas se deformen.

CEPILLOS ELECTRICOS.

El uso de estos cepillos está indicado en personas impedidas ya que compensa su incapacidad.

Los resultados son igualmente satisfactorios con cepillo manual ó electrico, lo importante es cepillarse correctamente.

Algunos autores creen que causa menos abrasión que el manual, en la remoción de la placa bacteriana.

En el mercado se encuentran con movimiento en arco, de acción recíproca o combinados.

OTROS AUXILIARES.

Los auxiliares individuales dependen de la velocidad de formación de la placa, hábitos como el de fumar, alineación dentaria y atención especial a los aparatos de Ortodoncia y Prótesis fija, entre ellos tenemos limpiadores interdentarios, aparatos de irrigación, masaje gingival o hilo dental.

MÉTODOS DE CEBILLADO DENTARIO.

A continuación desarrollaremos la técnicas más practi-
cadas y usuales, entre ellas tenemos: el método de Bass,
el de Stillman, Stillman Modificado y el de Charters.

En todos ellos la boca se divide en dos secciones;

Método de Bass: empezamos por el último molar derecho, co-
locando el cepillo paralelo al plano de oclusión con una
angulación de 45° con relación al eje mayor del diente y
se limpia el surco gingival, al forzar y vibrar las cer-
das contra el espacio interproximal.

En los premolares se repite el procedimiento, al lle-
gar al canino superior derecho, el cepillo se coloca digi-
tal a la prominencia canina, no sobre ella porque de ser
así ocasionamos resección gingival en esta área.

Continuamos sector por sector, todo el maxilar hasta-
el último molar izquierdo.

Por palatino se coloca el cepillo horizontalmente a lo largo de todo el arco de izquierda a derecha.

En los dientes anteriores el cepillo se coloca verticalmente presionando las cerdas dentro del surco, con una inclinación de 45° con movimientos cortos y repetidos.

Molares inferiores; empezamos sector por sector de distal del último molar izquierdo hasta distal del molar derecho en la región anterior inferior, el cepillo se coloca verticalmente con las cerdas anguladas hacia el surco gingival.

En las superficies oclusales se presiona firmemente -- introduciendo los extremos en surcos y fisuras, activando recíprocamente y avanzando por todo el arco.

METODO DE STILLIMAN.

Las cerdas del cepillo quedan una parte en la porción cervical y otra en la encía.

Se empieza en la zona molar superior, las cerdas deben

ser oblicuas al eje mayor, se presiona lateralmente contra el margen gingival hasta producir palidez separando el cepillo para que la sangre vuelva a la encía, se repite con movimientos rotativos suaves en todas las superficies dentarias.

En las superficies linguales superiores e inferiores, - el mango del cepillo se coloca paralelo al plano oclusal, - en las superficies oclusales de molares y premolares las - cerdas se colocan perpendiculares al plano de oclusión, -- penetrando en surcos y espacios interproximales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.

Es un movimiento combinado de las cerdas en el sentido del eje mayor del diente.

Se coloca el cepillo con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el margen gingival y superficie dentaria, se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve

el cepillo.

Esta técnica nos ayuda a estimular y queratinizar el tejido gingival conservando su contorno normal.

METODO CIRCULAR.

Se coloca el cepillo 2 mm por debajo del margen gingival con una orientación de 45° , comenzando con el último molar derecho o izquierdo, se barre la superficie del diente en forma circular repitiendo este movimiento 3 ó 4 veces y continuando en cada zona en la misma forma.

METODO HORIZONTAL.

Los extremos de las cerdas se colocan horizontalmente en la encía y el cepillo se mueve en forma de vaivén.

En las superficies linguales anteriores el cepillo se coloca vertical en su extremo posterior y se efectúan movimientos verticales.

METODO DE CHARPERS.

Las cerdas anguladas con 45° se orientan hacia la corona

y se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria, se mueve el cepillo y las cerdas presionan el margen gingival y a los dientes, se continúa sector por sector siguiendo por lingual.

Las superficies oclusales se presionan con movimientos de rotación en surcos y fisuras.

Esta técnica nos ayuda a mantener el contorno gingival cuando éste ha sido alterado.

METODO DE PONES.

Se presiona contra los dientes y encía paralelo a la línea de oclusión, se mueve el cepillo rotatoriamente con los maxilares ocluidos, la trayectoria del cepillado es esférica.

METODO FISIOLOGICO.

Se trata de cepillar la encía siguiendo la trayectoria de los alimentos en la masticación, con movimientos de barrido que comienzan en los dientes, siguen en el margen gingival y mucosa gingival insertada.

CEPILLADO CON CEPILLO ELECTRICO.

Si el cepillo es de movimiento de arriba hacia abajo, -
éste se mueve desde la corona hacia el margen gingival y -
encia insertada y da vuelta.

Si el movimiento es recíproco ó combinado con movimien-
tos elípticos, se emplea la técnica de Bass, de Charters ó
el método de Stillman modificado.

CAMBIOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS CORRESPONDIENTES

A LA ERUPCIÓN DENTARIA.

En la época de erupción de los dientes permanentes, la encía sufre cambios fisiológicos como colaración y agrandamiento previo a la erupción; el color es rosa pálido y el agrandamiento se adapta a la forma de la corona por erupción.

El margen gingival y el surco se forman cuando se perfora la mucosa, existe edema y enrojecimiento.

La prominencia del margen gingival es más ancha en la región anterior superior, porque se superpone al volumen del esmalte subyacente.

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

PERIODONTAL EN NIÑOS

La enfermedad periodontal es una lesión progresiva y destructiva que puede tener origen en la niñez o en la pubertad que puede evolucionar en la vida adulta como periodontitis -

marginal.

La gingivitis papilar aguda tiene una trayectoria clara y transitoria en los pacientes jóvenes, en los adultos es marginal, orónica y progresiva.

No se ha precisado clínica o histológicamente su etiología, pero, influye la anatomía interdientaria, los irritantes exógenos, como puentes, amalgamas, incrustaciones y tratamientos ortodónticos mal ajustados o con salientes, con irregularidades que traumatizan a los tejidos subyacentes.

También las disfunciones endocrinas, deficiencias vitamínicas y nutricionales favorecen la perpetuación de la enfermedad periodontal.

En los niños la encía flácida en la zona marginal, facilita el proceso inflamatorio porque está más débilmente unida al diente.

ASPECTOS BACTERIANOS Y PATOLOGICOS EN LOS PA-
DECIMIENTOS DEL PERIODONCIO.

Las enfermedades generales tienen un papel muy importante como factores predisponentes en todos los casos de enfermedad periodontal, se cree que los endotoxinas son responsables del proceso patológico periodontal. Las bacterias crecen en el intersticio subgingival, penetran a los tejidos - sus productos, a la membrana periodontal y al tejido óseo.

Las bacterias que se han aislado en los cultivos de los cálculos, en la placa bacteriana, en los tejidos inflamados y supurativos de las bolsas parodontales, son:

En zonas de poca separación y banda gingival corta se localizan gérmenes Gram positivos, estreptococos alfa hemolíticos y bacterias aerobias.

En zonas más profundas las bacterias y la flora filamentosas y Gram negativa es abundante, también se encontraron espiroquetas, vibrios y neisseria.

Todos ellos polimerizan los azúcares en dextrosas, producen y liberan colagenasa y lipoproteínas que se adhieren a la matriz de la placa bacteriana.

Existe una relación entre la cantidad de endotoxinas, de placa bacteriana y exudado gingival y la intensidad de la inflamación periodontal.

Estas endotoxinas producen hemorragias y manifestaciones necróticas, actuando sobre la pared de los vasos sanguíneos.

Si el daño es leve, hay sedimentación sanguínea en la luz vascular, formación de trombos y pérdida de contenido hidratante y nutritivo a los tejidos.

Cuando la lesión es más profunda y se produce necrosis endotelial y reabsorción de las membranas basales y del tejido colágeno conectivo, se produce pasaje de sangre a los tejidos ocasionado por la ruptura de los vasos.

La reacción antígeno-anticuerpo no siempre es beneficiosa, porque a su vez puede producir respuestas autoinmunes.

El equilibrio ácido base se considera un factor predisponente porque una alcalinidad mayor que la normal en los líquidos de los tejidos, ocasiona alteraciones en el equilibrio general del organismo.

Este equilibrio pueda estar determinado por la edad, -- dieta, actividad, herencia, etc.

En niños no se han efectuado estudios de la composición de las endotoxinas, enzimas y aminoácidos, probablemente -- sea igual que las lesiones en el adulto.

INFLAMACION GINGIVAL EN NIÑOS.

La inflamación gingival en niños ofrece pocos elementos que la diferencia de la que se observa en la adolescencia -- tardía y en la adultez, desde el punto de vista clínico.

Se piensa que es en la niñez donde comienza la enfermedad periodontal, para perpetuarse en la etapa adulta.

Las zonas interdentarias en mal posición o con caries, -- tienen su col profundo, lo que facilita la colonización --

bacteriana que aunada a la falta de higiene bucal, produce la inflamación gingival, que puede abarcar una zona o extenderse por toda la encía.

Todos los casos de inflamación son diagnosticables como gingivitis.

La gingivitis es una inflamación del tejido gingival que puede ser aguda o subaguda.

Etiología: Las causas pueden ser locales y generales — por lo que es indispensable elaborar una historia clínica detallada.

GINGIVITIS MARGINAL.

En la gingivitis marginal la encía presenta una coloración rojiza, edema y tiende a sangrar fácilmente debido a la dilatación de los vasos sanguíneos.

A medida que el proceso avanza aumenta la coloración - que empieza en la papila y avanza hasta la zona marginal.

En los niños y en los adolescentes, la hiperplasia de la encía en la inflamación es pronunciada, en cambio en el adulto es menos marcada y progresiva.

Establecida la inflamación, desaparece el surco gingival el epitelio circundante se ulcera y el corium gingival tiene una marcada infiltración inflamatoria, esta inflamación destruye las fibras gingivales, ocasionando pérdida de rigidez del tejido, la encía se retrae y el margen gingival se redondea.

Esta afección puede abarcar determinadas áreas o puede ser generalizada, puede ser necrotizante en algunos casos.

No se sabe exactamente porque clinicamente existe la inflamación, pero hay ciertas condiciones que facilitan su instalación como por ejemplo la anatomía interdientaria, la enfermedad en el niño generalmente es flocida en la zona marginal los márgenes son redondeados y el col es susceptible a la irritación, en la inflamación se encuentra ulcerado y sirve como vía de escape del exudado, creando separación del epitelio y el diente.

Los factores predisponentes a la enfermedad son: locales y generales; entre los locales tenemos a la irritación mecánica, irritantes químicos de la placa bacteriana, impacción de alimentos, insuficiencia funcional y la sobrecarga oclusal.

Entre los factores generales se encuentran las enfermedades sistémicas y metabólicas.

En los locales, la irritación mecánica puede ser producida por trabajos de prótesis mal adaptados, por bandas de ortodoncia y obturaciones mal adaptadas.

La abrasión causada por el cepillado incorrecto también es causa de inflamación aguda, que puede desaparecer pero en algunos casos persiste y es causa de deformaciones en la encía.

La impacción de alimentos puede efectuarse por la posición anormal de los dientes, como son dientes apiñados, gi rovertidos, sin contacto proximal, en mal oclusión.

La insuficiencia funcional es ocasionada por la dist - blanda, la alimentación moderna en la cual los dientes no tienen un trabajo intenso y a consecuencia de esa inactivi dad los tejidos de soporte se debilitan.

La insuficiencia funcional parcial es ocasionada por la falta de antagonistas y sólo afecta la zona desdentada.

En la sobrecarga oclusal, la maloclusión es factor predis ponente, los cúspides que no tienen oclusión céntrica normal se traban ocasionando traumatismo en el ligamento y en los tejidos adyacentes.

La pérdida de piezas ocasiona que las restantes trabajen más y que efectúen funciones que no les corresponden, la alteración de la oclusión es suficiente para provocar alteraciones del periodonto.

Las condiciones de higiene dental hace que los germenos habituales en la boca rompan su equilibrio y desencadenen enfermedades del parodonto, por ejemplo, las bacterias -- que crecen en el intersticio gingival penetran a los tejidos, a la mucosa, a la membrana periodontal y al tejido óseo y provocan supuración, ulceración, formación de abscesos, y degeneración o hipertrofia de la encía; en los cultivos efectuados en las bocas sépticas se han identificado la *entamoeba bucalis*, el *estreptocoma mucosum* al que se le atribuye el mal olor característico de la enfermedad.

En las causas sistémicas generales, tenemos afecciones de las vías respiratorias en niños durante la parotiditis o sarampión, anemia, deficiencias nutricionales y vitamíni

cas, diabetes, leucemia, síndrome de Down, etc.

En muchos casos de enfermedades generales los signos y síntomas aparecen primero en la boca por lo que se debe tener especial cuidado al diagnosticar, recurriendo si es preciso, a pruebas de laboratorio y elaborando una historia clínica detallada y completa.

Tratamiento: La eliminación minuciosa de la placa -- bacteriana es indispensable tanto para la prevención de la enfermedad como para la prevención de la misma, la -- forma de gingivitis que aparece en la niñez y en la adolescencia raramente requiere tratamiento quirúrgico, se dará la técnica adecuada de cepillado, se hará hincapié en que el descuido o la negligencia ocasionara recidiva.

Se eliminarán todos los irritantes locales (ortodoncia, ajustes oclusales, ajustes protéticos, etc.).

El curetaje y raspado es suficiente para establecer la salud periodontal, pero una leve irritación es sufi-

ciente para la recidiva por lo que es necesario el control periódico en la eliminación de la placa, el problema desaparece generalmente siempre y cuando exista cooperación por parte del paciente.

ERUPCIÓN PASIVA ALTERADA Y RETARDADA.

En la erupción, las fibras gingivales se insertan en el cemento cervical y en la unión amelocementaria, la continuación de la raíz, sirve de barrera a sustancias que producen colagenolisis durante toda la vida del individuo.

Cuando la erupción está retardada, la recesión del margen está entrecortada y alargada la banda gingival, el margen gingival está engrosado y la relación dentogingival alterada -- permite que se acumule la placa bacteriana produciéndose la inflamación acompañada por hiperplasia y edema deformándose el tejido gingival.

Tratamiento: se restaura la forma gingival, se crea una banda gingival corta y adaptada, un surco de tejido conecti-

vo firme, que impedirán la nueva instalación de la enfermedad.

PERIODONTITIS

Es una inflamación del parodonto con reabsorción de la cresta alveolar, los tejidos afectados son: la encía, la cresta alveolar y la membrana parodontal adyacente a la cresta alveolar.

La enfermedad puede localizarse en determinadas zonas ó en toda la dentadura.

Se manifiesta por la pérdida de puntilleo, cambio de color y engrosamiento del margen gingival, las bolsas pueden circundar al diente o limitarse a una cara del mismo, existe una gran cantidad de tártaro dentario supra y subgingival y en algunos casos se encuentra exudado purulento las encías son esponjosas y blandas y sangran fácilmente, puede haber una marcada recesión gingival.

Los papilos están decolorados y con exudado purulento -

proviniente de las grietas gingivales, los márgenes gingivales están granulados y ulcerados.

Cuando hay grandes depósitos de tártaro supra y subgingival los dientes pueden estar firmes ya que estos mismos pueden proporcionar fijación en algunos casos, ya que en la mayoría son causa de movilidad dentaria.

En los últimos estadios de la enfermedad, la papila interdientaria es bulbosa y de color púrpura, en algunos casos la encía es de color rosa o hiperplástica con fibrosis, los dientes pueden tener movilidad o no y se encuentran bolsas profundas con pérdida de hueso.

Las radiografías muestran reabsorción de la cresta alveolar en dirección horizontal sin ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

La capa cortical es la primera afectada, en seguida el hueso de soporte, el hueso alveolar o la lámina dura que se reabsorbe posteriormente.

Las manifestaciones clínicas de la periodontitis son las mismas de la gingivitis por lo que se cree que una gingivitis crónica terminará en una periodontitis, en algunos casos la gingivitis dura mayor tiempo, la correlación de los descubrimientos clínicos y radiográficos muestran que la inflamación gingival no siempre es un grado de reabsorción del hueso.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

En la dentición decidua se produce de cuando en cuando, y en los adolescentes sólo se produce en un 5%, sin embargo hay situaciones de destrucción periodontal graves y pérdida temprana de dientes que se consideran enfermedades de generativas del periodonto, en las cuales la inflamación es un factor destructivo, secundario y se le conoce como periodontitis que dividimos en cuatro tipos:

I.- Periodontosis (pérdida alveolar avanzada en adolescentes) la destrucción periodontal aparece en más de un diente pero no necesariamente en toda la dentadura, los primeros afectados son los primeros molares permanentes y los dientes anteriores, la destrucción ósea es vertical y hay migración patológica de los dientes anteriores, hay pérdida ósea pronunciada, pero generalmente se pueden conservar los dientes mediante tratamiento periodontal adecuado.

Se sospecha una etiología sistémica pero no se ha com
probado.

II.- Hiperqueratosis Palmoplantar con destrucción pe-
riodontal temprana (periodontosis) (Síndrome de Papillon-
Lefevre).

Se caracteriza por hiperqueratosis de palmas y plantas
y en algunos casos calcificación de la cortical.

Las manifestaciones en piel y periodonto aparecen alre-
dedor de los cuatro años y la dentición decidua se pierde
alrededor de los cinco.

Los dientes permanentes erupcionan normalmente pero de-
bido a la destrucción periodontal grave activa, se exfo-
lian dos o tres años después por lo que los pacientes que
dan desdentados entre los doce y quince años, lo mismo su-
cede con los terceros molares.

Los cambios microscópicos incluyen: la inflamación cró-
nica de la encía y del tejido periodontal de soporte, con

destrucción de la adherencia epitelial, degeneración de las fibras del ligamento periodontal con resorción de hueso, cemento y dentina.

Es hereditario con patrón recesivo autosómico, los padres pueden no estar afectados, pero los dos deben portar genes autosómicos para que el síndrome aparezca en la descendencia.

Se presenta entre hermanos hombres y mujeres, la frecuencia es de uno a cuatro por millón, se han registrado según Glickman 53 casos solamente.

III.- Destrucción periodontal Idiopática Severa en niños, es en extremo rara con etiología desconocida, sin relación con síndrome alguno.

La destrucción periodontal es extensa y generalizada y algunos dientes están denudados de hueso, hay movilidad y migración patológica concomitante.

Se observa inflamación gingival acentuada, agrandamiento gingival y bolsas periodontales purulentas.

La historia clínica, el examen, y las pruebas de laboratorio son básicamente sin cambios notables en otros órganos.

IV.- Atrofia Alveolar Fresca. Está vinculada con niveles altos de colesterol sérico y calcio y una curva de tolerancia de azúcar anormal.

Los pacientes tienen una dieta alta de carbohidratos, los cambios más importantes se producen en los primeros molares permanentes y en los incisivos.

Factores no identificados debilitan el periodo de la zona de estos dientes en la etapa de erupción, las fuerzas oclusales normales ocasionan la destrucción de los tejidos.

Los dientes que erupcionan después pueden tener buen soporte óseo.

Tratamiento: se efectúa la extracción de los primeros molares afectados para evitar que la lesión involucre a

segundos molares y premolares.

Cambios traumáticos en el periodonto.- En los dientes deciduos la resorción de dientes y hueso debilita el soporte periodontal por lo que las fuerzas funcionales de la oclusión son lesivas para los tejidos de soporte.

Fuerzas Oclusales Excesivas.- Se originan de malposiciones, pérdida ó extracciones dentarias o restauraciones dentarias altas o mal ajustadas, en la dentición mixta hay una sobrecarga oclusal al caerse los dientes deciduos por lo que el ligamento periodontal puede lesionarse.

Microscópicamente.- Los cambios traumáticos menos severos son: compresión, isquemia o hialización del ligamento periodontal.

En algunos casos hay reparación de la lesión y no se pierde el diente, pero éste puede quedar dolorido o flojo, la reparación se anquilosa con el hueso fijando al diente in situ, al erupcionar los dientes permanentes los deciduos quedan sumergidos.

GINGIVITIS CRÓNICA INESPECÍFICA

En el período preadolescente y adolescente se presenta - este tipo de gingivitis, raramente dolorosa que pueda localizarse en los dientes anteriores o extenderse a todos los dientes, puede persistir por períodos largos sin mostrar mejoría.

Su etiología es inespecífica y se cree que un desajuste hormonal puede producirla, también se cree que insuficiencias dietéticas e higiene-defectuosa facilitan su instalación: la mala oclusión, dientes apiñados, caries proximales, restauraciones defectuosas, respiración bucal, producen irritación y el tratamiento de éste tipo de gingivitis consiste en corregir todos estos factores.

GINGIVITIS PUBERAL

Se observa en varones y jovencitas de 11 a 14 años, en los dientes anteriores y limitado a una sólo arcada, el lado lingual puede no afectarse, las papilas proximales son bulbosas y agrandadas.

Tratamiento: El mejorar una dieta alimenticia adecuada y mejorar la higiene bucal son suficientes, pero la administración de ácido ascórbico de 500 mg por 4 semanas mí
no produce mejoría.

Si no responde el tratamiento general se debe hacer gin
givoplastia, se insiste en que la deficiencia en la higiene produce recidiva.

FIBROMATOSIS

Se le conoce también como elefantitis gingival, puede ser hereditaria o idiopática, los tejidos gingivales son normales al nacer, pero crecen con la erupción de los dientes temporales y siguen creciendo con la erupción de los permanentes, hasta cubrirlos, lo que la vuelve dolorosa.

Tratamiento. Esta indicada la eliminación quirúrgica, pero puede presentarse el problema nuevamente a los pocos meses, al momento del tratamiento puede presentarse una hemorragia excesiva por lo que es conveniente hacer cuadrante por cuadrante.

ESTOMATITIS AFTOSA

Es una lesión caracterizada por vesículas esféricas circunscritas que se rompen después de uno o dos días y forman úlceras esféricas hundidas con una porción central roja o grisácea, con su periferia formando un reborde.

Estas lesiones aparecen en la mucosa bucal, paladar blan

do, faringo, mucoso sublingual y lengua, son dolorosas y pueden aparecer agrupadas o aisladas.

La estomatitis aftosa puede ser ocasional, aguda o recurrente crónica.

Las aftas ocasionales pueden ser aisladas, pueden presentarse con intervalos que varían entre meses y años.

Aftas agudas.- Estas lesiones pueden persistir por semanas, apareciendo en forma turnada, este tipo puede estar asociado con trastornos gastrointestinales agudos, presentándose igualmente en niños y adultos.

Aftas recurrentes crónicas.- Es una enfermedad incierta en la que siempre hay una lesión bucal o más, esta - - afección puede prolongarse por años.

La etiología es desconocida, en un principio se creyó que el Herpes Simplex era el causante, pero los diferentes estudios de anticuerpos y cultivos de tejidos comprobaron que no era así.

Ahora se le atribuye a trastornos hormonales, fenómenos, alérgicos, desordenes gastrointestinales y factores psicossomáticos.

Se diferencia de la gingivostomatitis herpética en que en las aftas no hay eritema difuso de la encía, los síntomas generales no son tóxicos agudos y las lesiones son más grandes.

Tratamiento.- En algunos casos al corregir las alteraciones gastrointestinales desaparecen las aftas, se sugiere la administración tópica de corticoesteroides, inyecciones de tripsina, antihistamínicos, tópicos y orales y gamaglobulina, pero los resultados no son muy satisfactorios. La aureomicina (clorhidrato de clortetraciclina) reduce el dolor y acorta el curso de la enfermedad, puede aplicarse en su forma tópica o en colutorio pero no debe tomarse.

El Kenalog Orabase (Acetonuro de Triamcinolona) antes y después de las comidas ayuda un poco a reducir las molestias.

tias, se aplica sobre la superficie de las lesiones.

CANDIDIASIS AGUDA (MUGUET)

Es una enfermedad producida por un hongo que se encuentra normalmente en la boca pero en pacientes debilitados - como diabéticos o pacientes bajo tratamiento con antibiótico por vía oral, se reproduce rápidamente y produce un estado patógeno debido a la disminución de la resistencia de los tejidos.

Los niños recién nacidos pueden contraer la enfermedad por contagio del pasaje vaginal materno al momento de nacer o por contagio a través de pinzas y ropa.

Su diagnóstico se basa en la historia clínica, aspecto clínico de las lesiones y estudio microscópico de un frotis de ellas.

Características bucales.- Las lesiones pueden presentarse agrupadas o aisladas, son placas de color blanco cremoso, que al ser retiradas dejan las zonas que ocupaban san-

grantes.

Candidiasis crónica.- Es un caso raro de candidiasis que desemboca en una lesión granulomatosa, comienza en la niñez temprana y persiste por años, las lesiones bucales se acompañan por lesiones en la piel y uñas, su reacción inflamatoria es profunda con producción de tejido de granulación.

Puede complicarse afectando al riñón y los pulmones, sobreviniendo así la muerte.

Tratamiento.- Se aplica por vía general mycostatin (antibiótico micótico; nistatina), se puede aplicar localmente un milímetro (100,000 unidades) cuatro veces al día, este medicamento no es tóxico ni irritante, también se usa violeta de genciana y solución de lugol tópicamente.

En la candidiasis neonatal la madre proporciona mediante su saliva defensas al niño.

GINGIVITIS DILANTINICA

Se presenta en niños bajo tratamiento prolongado con difenilhidantoína sódica (dilantina) por periodos prolongados generan una hiperplasia indolora de las encías de tipo generalizada y afecta los tejidos proximales vestibulares y linguales, la inflamación de los tejidos antecede a la etapa hiperplásica que es seguida por una proliferación fibroplástica y depósito de colágeno, se produce un engrosamiento gingival que puede ser leve o puede cubrir totalmente a los dientes, esto está relacionado con la cantidad de irritantes locales presentes.

El tratamiento consiste en cuidar que la higiene bucal sea excelente; se recomienda el uso de esteroides antiinflamatorios (el neodecadrón) para masajes en la encía que dan resultados en la primera etapa, los antihistamínicos no proporcionan resultados satisfactorios.

Está indicado el tratamiento quirúrgico pero hay resudi-

va. Baer y Palmer construyeron una férula que aplican a la semana del tratamiento quirúrgico, después de retirar el comento quirúrgico, usándola solo en la noche o durante el día según se necesite, los resultados han sido satisfactorios, también se usa el aparato de goma natural y el esqueleto colado de cromo cobalto recubierto por dentro de plástico blando.

Se insiste en conservar una excelente higiene bucal.

INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA

Es una enfermedad inflamatoria aguda de la encía que se puede producir en bocas sanas o con gingivitis crónica o -bolsas periodontales, puede abarcar una zona o toda la boca, rara vez se presenta en pacientes edéntulos pero a veces se producen lesiones en el paladar blando.

Es un padecimiento infeccioso no contagioso que rara vez se presenta en niños en edades de 6 a 12 años y tiene cierta frecuencia en adultos jóvenes.

Se cree que los responsables son los microorganismos *Borrelia* *Vicenti* y Bacilos fusiformes (simbiosis fusoespiroquetal).

Se caracteriza por aparecer repentinamente después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda, algunos pacientes relatan que aparece después de una limpieza dental, la modificación de los hábitos de vida, trabajo intenso y la tensión psicológica son factores predisponentes.

Su forma más leve se denomina subaguda.

Signos Bucales.- Las lesiones características consisten en depresiones crateriformes socavadas que afectan la papila interdientaria y la encía marginal, la superficie de los **oráteres** están cubiertos por una pseudomembrana gris separada del resto de la mucosa por una línea eritematosa definida, en algunos casos quedan sin la pseudomembrana y exponen el margen gingival, que es rojo, brillante y hemorrágico.

Estas lesiones destruyen la encía y los tejidos periodontales subyacentes.

Existe olor fétido, aumento de la salivación, hemorragia gingival espontánea abundante ante el estímulo más leve.

Gingivitis Ulceronecrotizante aguda.- Al igual que la sub-aguda se produce en bocas sanas o superpuestas a la gingivitis crónica limitada a un diente o a un grupo de dientes o abarcan toda la boca.

Síntomas bucales.- El dolor es irradiado, corrosivo, que aumenta con alimentos calientes o condimentados, la saliva es excesiva y pastosa, en los dientes se produce una sensación de estacas de madera, hay un sabor metálico desagradable.

Síntomas generales.- Decaimiento general, temperatura, pulso acelerado, en los niños se presenta insomnio, estreñimiento, cefalea y depresión mental.

An algunos casos se presentan secuelas como meningitis, leperitonitis, fusopiroquetal, infecciones pulmonares, toxemia y absceso cerebral mortal.

Si no es tratada a tiempo puede producir destrucción del parodonto. Algunas ocasiones remite espontáneamente y puede repetirse en pacientes ya tratados.

Tratamiento: Está indicado el curetado subgingival, desbridamiento y empleo de soluciones oxigenantes suaves, cuando los tejidos están muy inflamados está indicada la administración de antibióticos, la vancomicina en unguento se aplica con el dedo en la zona infectada 3 veces al día, es importante cuidar el ajuste de las restauraciones dentales, devolviéndola función adecuada, es necesario que haya un es ecial cuidado en la higiene bucal.

FRENILLO SUPERIOR E INFERIOR ANTERIOR.

Normalmente los frenillos se insertan en la región de los incisivos centrales, cuando se insertan en la encía libre o marginal o en la papila, produce retracción de los tejidos y denudación de la raíz de los dientes anteriores que en algunos casos afecta a los caninos.

Al efectuarse los movimientos del labio para hablar o para la masticación, las fibras insertadas en la encía marginal, se traccionan ocasionando la desinserción del tejido y provocando la impacción de los alimentos y placa bacteriana que ocasionan inflamación y formación de cálculos y bolsas periodontales.

Tratamiento: Esta indicada la cirugía; eliminando mediante una profilaxis los depósitos duros y la placa bacteriana, está indicada la cirugía del frenillo y profundización del vestíbulo en algunos casos.

CONCLUSIONES

- 1.- Todas las enfermedades periodontales constituyen un problema de salud bastante grave.
- 2.- Algunas enfermedades generales presentan sus primeros signos en la boca por lo que se debe tener especial cuidado en la elaboración de la historia clínica, recurriendo de ser posible a pruebas de laboratorio.
- 3.- Las enfermedades periodontales son prevenibles, corregibles y controlables.
- 4.- La principal causa de las enfermedades periodontales es la acumulación de la placa bacteriana.
- 5.- Para la prevención de la enfermedad periodontal, se requiere de la colaboración entre odontólogo y paciente, para lo cual el primero debe proporcionar educación dental adecuada, motivándolo al cuidado de su salud bucal.
- 6.- Si el paciente no se interesa en su salud bucal el tratamiento periodontal fracasa y ocasiona que la en-

fermedad periodontal avance.

7.- El estress emocional ocasionado por la agitación ruidosa y tensión de las ciudades también son causa de enfermedad periodontal.

8.- La dieta actual, a base de alimentos blandos o enlatados, ocasiona alteraciones en los dientes y en los tejidos de sostén de los mismos.

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

- Glickman, Dr. Irving, Periodontología Clínica, México, Interamericana, 1977, de la pág. 121 a la 137, de la 252 a la 259 y de la 356 a la 370.
- Baer, Dr. Benjamín, Enfermedad Periodontal en Niños y Adolescentes, México, Mundi, pág. 15 -28, 30-46, -- 280 a la 284.
- McDonald, Dr. Ralph E., Odontología para el Niño y el Adolescente, México, Mundi, pág. 215-237, 247-258.
- Prichard, John F., Tratamiento Quirúrgico y Protésico de la Enfermedad Periodontal Avanzada, Pág. 409-422, 430-433, 490-502.
- Howard, L. Ward, Manual de Periodontología Clínica, Mundi, México, 1975, Pág. 48-60.
- Orban, Dr. Balint, Periodoncia Parodontológica, México, Interamericana, Pág. 117-119, 202-220, 494-497.

