

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



18. 1979

ELABORADO POR D. G. R. B. C.

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. R. B. C.', is written over the typed text and extends into the title area.

IRRITANTES LOCALES Y SISTEMICOS
EN LAS PARODONTITIS

TESIS PROFESIONAL

ESTHER

MEDINA

FONSECA

1979

15022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
CAPITULO I	
ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL PARODONTO.....	1
A) Anatomía.....	1
B) Fisiología.....	12
CAPITULO II	
RELACION DE ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE AFECTAN EL PARODONTO.....	18
CAPITULO III	
IRRITANTES LOCALES QUE AFECTAN EL PARODONTO.....	39
CAPITULO IV	
TRATAMIENTO.....	55
A) Preventivo.....	55
B) Medicamentoso.....	61
C) Quirúrgico.....	68
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	76

INTRODUCCION

Uno de los problemas a que se enfrenta el cirujano-dentista con mayor frecuencia, en la consulta diaria, es la enfermedad periodontal.

Siendo la enfermedad periodontal una de las causas más comunes de la pérdida dental, es necesario que el cirujano dentista, conozca más a fondo las causas que la originan.

La meta de éste estudio, es dar a conocer la gran importancia que implica saber distinguir las características normales del tejido periodontal sano, las enfermedades sistémicas e irritantes locales capaces de producir algún trastorno patológico, para poder llevar a cabo un tratamiento eficaz, como parte integral de la consulta diaria, teniendo en cuenta que cualquier tratamiento dental puede tener efectos sobre el periodonto.

CAPITULO I

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL PARODONTO

A) ANATOMIA.

El parodonto está constituido por cuatro tejidos:

- 1) Encía.
- 2) Ligamento periodontal.
- 3) Cemento radicular.
- 4) Hueso alveolar.

ENCIA.

La encía es la membrana mucosa unida al cuello de los dientes y procesos alveolares de los maxilares.

Morfológicamente la encía está dividida en tres áreas:

- a) Libre o marginal.
- b) Insertada.
- c) Papilar.

Encía marginal.- La encía libre o marginal es la parte coronaria no insertada de mucosa que rodea al diente, va desde el márgen gingival hasta la zona del surco gingival libre que no siempre está marcada. En su superficie interna se extiende desde el márgen de la encía hasta el fondo del surco gingival o adherencia epitelial.

Forma la pared blanda del surco gingival. El surco gingival es la hendidura que se encuentra alrededor del diente, está limitado por la superficie dentaria y el epitelio de la encía marginal. Su profundidad en estado de salud puede ir desde 1 mm. y no excederse de 3 mm.

La encía se encuentra unida al diente en la base del surco gingival por medio de la adherencia epitelial, que es una banda de epitelio escamoso estratificado, la longitud y el nivel a que se encuentra unido el epitelio depende de la etapa de la erupción dentaria y varía en cada uno de los casos dentarios.

Encía insertada.- La encía insertada es firme y está estrechamente unida al cemento y hueso alveolar. Está limitada por un lado por el surco gingival, que lo separa de la encía marginal, y por el otro por la unión mucogingival, que lo separa de la mucosa alveolar, en el paladar ésta unión no es perceptible. Está queratinizada y es mucho más gruesa que la mucosa alveolar, su superficie se caracteriza por tener -

un aspecto punteado, denominado "cascarita de naranja", su color generalmente es rosa pálido, pudiendo variar de una persona a otra.

La mucosa alveolar es el tejido que se extiende desde la encía insertada hasta el vestibulo. Este tejido es bastante delgado, nunca está queratinizado y es de color más rojo que la encía insertada.

Encía papilar.- Es el tejido gingival que se encuentra en la porción interdientaria y que forma las papilas gingivales. Está formada por dos papilas, una vestibular y una lingual y el col (depresión que conecta las dos papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal).

Las papilas de los dientes anteriores tienen forma piramidal y las de los dientes posteriores tienen forma de cuna. La característica anatómica de la encía depende de la morfología y posición de los dientes, si están separados no existe papila, si están apinados su topografía corresponderá al espacio que haya entre ellos.

FIBRAS GINGIVALES.

Estas fibras están compuestas principalmente de colágeno y se dividen para su estudio en los siguientes grupos:

1.- Grupo dentogingival: van desde el cemento apical hasta la inserción epitelial y corren lateral y coronariamente.

te hacia la lámina propia de la encía.

2.- Grupo alveologingival: nace en la cresta alveolar y se insertan coronariamente en la lámina propia de la encía.

3.- Grupo circular: corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdientaria y rodean al diente en forma de anillo.

4.- Grupo traseptal: se extienden horizontalmente en sentido interproximal y van del cemento de un diente al cemento del diente vecino.

CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA ENCIA.

Color.- El color de la encía normal se describe generalmente como rosa coral, pero este color está sujeto a variaciones dependiendo del grado de vascularización, color de la tez de la persona, grado de queratinización, espesor y pigmentación del epitelio.

La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante ya que en este tejido los vasos sanguíneos son más abundantes y el epitelio es más delgado y no queratinizado.

Contorno.- El contorno marginal debe ser delgado y tener un margen característico en filo de cuchillo. Este contorno también va a depender de la alineación de los dientes en el arco dentario y el tamaño del área de contacto. Las

papilas deben llenar los espacios interproximales. La encía marginal debe rodear los dientes a modo de collar y seguir las ondulaciones de las superficies vestibular y lingual.

Consistencia.- Debe ser firme y estar fuertemente unida al hueso subyacente, con excepción de la encía marginal - que es móvil.

Textura.- La superficie de la encía insertada debe tener un aspecto punteado. Este punteado varía con la edad, en la lactancia no existe y empieza a aparecer aproximadamente a los cinco años, va aumentando hasta la edad adulta y puede empezar a desaparecer en la vejez.

Este puntilleo está dado por las proyecciones dactilares o papilares del epitelio, hacia el tejido conjuntivo.

VASCULARIZACION LINFATICOS Y NERVIOS.

Hay tres fuentes de vascularización en la encía:

1.- Arteriolas suprapariólicas: Corren a lo largo de la superficie vestibular y lingual del hueso alveolar, desde las cuales se extienden capilares hacia el epitelio del surco y entre los brotes epiteliales de la superficie gingival-externa. Algunas de las ramas de las arteriolas pasan a través del hueso alveolar hacia el ligamento periodontal o corren sobre la cresta del hueso alveolar.

2.- Vasos del ligamento periodontal: Se extienden hacia la encía y se anastomosan con capilares de la zona del surco.

3.- Arteriolas del tabique interdentario: Se extienden en sentido paralelo a la cresta ósea para anastomosarse con vasos del ligamento periodontal, con capilares del área del surco gingival y con vasos que corren sobre la cresta alveolar.

El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas de tejido conectivo. Avanza hacia la red colectora, externa al periostio del proceso alveolar, y después hacia los nódulos linfáticos regionales (particularmente el grupo submaxilar). Además los linfáticos que se localizan inmediatamente junto a la adherencia epitelial, se extienden hacia el ligamento periodontal y acompañan a los vasos sanguíneos.

La inervación gingival deriva de las fibras que nacen en nervios del ligamento periodontal y de los nervios labial bucal y palatino.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

El ligamento periodontal es un tejido conectivo denso, compuesto de fibras colágenas que se insertan por un lado en el cemento radicular y por el otro en el hueso alveolar.

Están organizadas en cinco grupos principales:

1.- Grupo de la cresta alveolar: Se extienden oblicuamente desde la región cervical del cemento radicular, hasta la cresta del proceso alveolar.

2.- Grupo horizontal: Corren perpendicularmente desde el cemento hasta el hueso alveolar.

3.- Grupo oblicuo: Se insertan en el cemento y se dirigen oblicuamente en dirección oclusal.

4.- Grupo apical: Se extienden apicalmente desde el hueso hasta el diente. No existen en raíces incompletas.

5.- Grupo traseptal: Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

También encontramos otros tipos de fibras del ligamento periodontal que son las fibras elásticas y las de oxitalan.

Se ha observado que ninguna de las fibras principales atraviezan toda la distancia entre el cemento y el hueso alveolar. A un gran aumento se ha observado que las fibras nacen tanto del cemento como del hueso alveolar, llegando hasta la porción central de la membrana periodontal donde se entretejen, formando el denominado plexo intermedio.

VASCULARIZACION LINFATICOS Y NERVIOS.

La vascularización proviene de las arterias alveolares superior e inferior y llega al ligamento periodontal des

de el hueso alveolar, y vasos anastomosados de la encía. Los vasos apicales entran en el ligamento periodontal en la región del ápice y se extienden hacia la encía, dando ramas laterales en dirección al cemento y hueso. Los vasos dentro del ligamento periodontal, se conectan en un plexo reticular que recibe su aporte principal de las arterias perforantes--alveolares y de los vasos pequeños que entran por canales --del hueso alveolar. La vascularización de este origen aumenta de incisivos a molares; es mayor en el tercio gingival de dientes unirradiculares y menor en el tercio medio; es igual en el tercio apical y medio de dientes multirradiculares; --es brevemente mayor en las superficies mesiales y distales --que en las vestibulares y linguales; es mayor en las superficies mesiales de los molares inferiores que sobre las distales. La vascularización de la encía proviene de ramas de --vasos profundos de la lámina propia. El drenaje venoso del --ligamento periodontal acompaña a la red arterial.

Los linfáticos complementan el sistema de drenaje venoso. Los que drenan la región inmediatamente inferior a la adherencia epitelial pasan al ligamento periodontal y acompañan a los vasos sanguíneos hacia la región periapical. De ahí, pasan a través del hueso alveolar hacia el conducto dentario inferior en la mandíbula, o en el conducto infraorbitario en el maxilar superior, y al grupo submaxilar de los nodulos linfáticos.

El ligamento se halla innervado frondosamente por fibras nerviosas sensoriales capaces de transmitir sensaciones táctiles, de presión y dolor por las vías trigéminas. Los haces nerviosos pasan al ligamento periodontal desde el área periapical a través de canales desde el hueso alveolar. Los haces nerviosos siguen el curso de los vasos sanguíneos y se dividen en fibras mielinizadas independientes que por último pierden su capa de mielina y finalizan como terminaciones nerviosas libres o estructuras alargadas, en forma de hueso. Los últimos son receptores propioceptivos y se encargan del sentido de localización cuando el diente hace contacto.

CEMENTO.

El cemento es un tejido conectivo especializado y calcificado, se dispone en capas alrededor de la raíz del diente. Existen dos tipos de cemento: acelular o primario y celular o secundario.

El cemento inicialmente depositado es el acelular, es claro y sin estructura, está formado por cementoblastos, mientras se forma el cemento, las fibras de colágeno se incorporan a él; estas se llaman fibras de Sharpey y se encuentran totalmente calcificadas. El cemento acelular cubre la porción cervical del diente y puede extenderse a casi toda la raíz con excepción de la porción apical donde hay cemento

celular.

El cemento celular está menos calcificado que el acelular, las fibras de Sharpey ocupan un lugar menor que en el cemento acelular, algunas de estas fibras están totalmente calcificadas y otras lo están parcialmente.

La superficie del cemento secundario se halla cubierta por una capa de más reciente formación que aún no está calcificada, que es denominada cementoide.

UNION AMELOCEMENTARIA.

Es la parte donde se une el esmalte al cemento.

Existen tres tipos de unión cemento esmalte:

1.- El cemento cubre una pequeña porción del esmalte en el 60-65% de los casos.

2.- Existe una unión del cemento con el esmalte borde con borde en el 30% de los casos.

3.- El cemento y el esmalte no se ponen en contacto en el 5-10% de los casos. En este caso la dentina queda expuesta pudiendo existir mayor sensibilidad en caso de una resorción gingival.

HUESO ALVEOLAR.

El proceso alveolar está compuesto por:

1) Una porción de hueso delgado y compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho o lámina cribiforme, que --

forma la pared interna del alveolo, en ella se insertan las fibras del ligamento periodontal (fibras de Sharpey). Radiográficamente, el hueso alveolar propiamente dicho o pared ósea de los alveolos dentarios se ve como una línea opaca y delgada, denominada lámina dura o cortical. El hueso alveolar está perforado por muchos orificios por los cuales pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento periodontal.

2) El hueso de sostén, que está compuesto de : a) Las tablas vestibular y palatina de hueso compacto y b) El hueso esponjoso que se halla entre las placas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

3) El tabique interdentario que consta de hueso de sostén encerrado en un hueso de borde compacto. Está limitado por las paredes del hueso alveolar de los dientes vecinos y por las láminas corticales vestibular y lingual. Es más ancho en los dientes posteriores que en los anteriores.

La forma general del proceso alveolar sigue la alineación de la dentadura y su grosor nos dará la forma externa de éste. Si el proceso alveolar es delgado hay prominencias sobre las raíces y depresiones interdentarias, si por el contrario es grueso, no existiran prominencias ni depresiones. Cuando el hueso es demasiado delgado el margen óseo de la cresta termina en un borde agudo fino, pero normalmente este margen es redondeado.

Existen dos defectos comunes del proceso alveolar:

1) Las dehiscencias, que es la profundización del margen óseo de la cresta que expone una cantidad anormal de la raíz.

2) La fenestración, que es un orificio circunscrito de lámina cortical y que no se comunica con el margen de la cresta.

B) FISILOGIA.

ENCIA.

Las fibras gingivales tienen la función de mantener la encía marginal firmemente adosada al diente, proporcionando la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación sin ser separada de la superficie dentaria, y unir la encía marginal con el cemento radicular y la encía insertada adyacente.

El epitelio del surco gingival actúa como una membrana semipermeable por la cual pasa a la encía el líquido gingival. Este líquido es producido en poca cantidad y tiene varias funciones:

- 1.- Limpia el surco gingival.
- 2.- Contiene proteínas plasmáticas adhesivas que mejoran la adhesión del epitelio al diente.
- 3.- Posee propiedades antimicrobianas.
- 4.- Puede proteger la encía ejerciendo una actividad -

de anticuerpo en defensa de la encía.

También se cree que el líquido gingival es un exudado-inflamatorio. La cantidad de líquido gingival aumenta con la inflamación, masticación de alimentos duros, cepillado dentario, ovulación y administración de anticonceptivos hormonales, y es debido a un aumento en la permeabilidad de los vasos gingivales y de los capilares.

También sirve de medio para la proliferación bacteriana y contribuye a la formación de placa y de cálculos dentales.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

A través de sus fibras, el ligamento periodontal, tiene la función de unir la raíz del diente con el hueso alveolar, las fibras de la cresta alveolar ayudan a mantener al diente dentro del alveolo, contrarrestando el empuje coronario de las fibras más apicales y a resistir los movimientos más laterales del diente, las fibras oblicuas son las más numerosas y constituyen el sostén principal del diente contra las fuerzas de la masticación.

Otras de sus funciones son: físicas, formativas, nutricionales y sensoriales.

1.-La función física consiste en la transmisión de las fuerzas oclusales al hueso, inserción del hueso al diente, - mantener los tejidos gingivales en relación adecuada con los

dientes, proteger los vasos y nervios de las lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

a) Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales.- Según Porfitt la resistencia a las fuerzas oclusales reside, fundamentalmente, en cuatro sistemas del ligamento periodontal, y no en las fibras principales. Las fibras desempeñan un papel secundario de contención del diente contra movimientos laterales e impiden la deformación del ligamento periodontal cuando se halla sometido a fuerzas de compresión. Los cuatro sistemas que básicamente resisten las fuerzas oclusales son: 1) El sistema vascular, que actúa como amortiguador del choque y absorbe las tensiones de las fuerzas oclusales-bruscas; 2) El sistema hidrodinámico, que consiste en líquido de los tejidos y líquido que pasa a través de las paredes de los vasos pequeños y se filtra en las áreas circundantes, a través de agujeros de los alveolos para resistir las fuerzas axiales; 3) Sistema de nivelación, que probablemente se relaciona estrechamente con el sistema hidrodinámico, y controla el nivel del diente en el alveolo, y 4) El sistema resiliente, que hace que el diente vuelva a adoptar su posición cuando cesan las fuerzas oclusales.

b) Transmisión de las fuerzas oclusales al hueso.- La disposición de las fibras principales es similar a la de un puente suspendido. Cuando se ejerce una fuerza axial sobre -

el diente, hay una tendencia hacia el desplazamiento de la raíz dentro del alveolo. Las fibras oblicuas alteran su forma ondulada, distendida y adquieren su longitud completa para soportar la mayor parte de esa fuerza axial.

Cuando se aplica una fuerza horizontal u oblicua, hay dos fases características de movimiento dentario; la primera está dentro de los confines del ligamento periodontal, y la segunda produce un desplazamiento de las tablas óseas vestibular y lingual. El diente gira alrededor de un eje que puede ir cambiando a medida que la fuerza aumenta. La parte apical de la raíz se mueve en dirección opuesta a la porción coronaria. En áreas de tensión, los haces de fibras principales están tensas y no onduladas. En áreas de presión las fibras se comprimen, los dientes se desplazan y hay una deformación concomitante del hueso en dirección del movimiento de la raíz.

c) Función oclusal.- De la misma manera que el diente depende del ligamento periodontal para que este lo sostenga durante su función, este depende de los estímulos que le proporciona la función oclusal para conservar su estructura.

Dentro de límites fisiológicos, el ligamento periodontal, puede adaptarse al aumento de función mediante el aumento de su espesor, el engrosamiento de los haces fibrosos y el aumento del diámetro y la cantidad de fibras de Sharpey.

Las fuerzas oclusales que exceden la capacidad del ligamento producen una lesión que se denomina trauma de la oclusión. Cuando la función disminuye o no existe, el ligamento se atrofia. Adelgaza y las fibras principales se reducen en cantidad y densidad, pierden su orientación y, por último, se disponen paralelamente a la superficie dentaria.

2.- En la función formativa las células del ligamento-periodontal participan en la formación y reabsorción del cemento y del hueso, estas reacciones se producen durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

Las células y fibras viejas son destruidas y reemplazadas por otras nuevas. Los fibroblastos forman las fibras colágenas y también pueden evolucionar a osteoblastos y cementoblastos. El ritmo de formación y diferenciación de los fibroblastos afecta al ritmo de formación de colágeno, cemento y hueso. La formación de colágeno aumenta con el ritmo de erupción.

3.- La función nutricional es llevada a cabo por la sangre que circula en los vasos sanguíneos, que se encargan de nutrir al cemento, hueso y encía.

4.- La función sensorial es llevada a cabo por medio - de la inervación del ligamento periodontal, que confiere sensibilidad propioseptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y desempeñan un -- papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

CEMENTO.

La función principal del cemento consiste en fijar las fibras del ligamento periodontal a la superficie del diente.

También permite la continua reacomodación de las fi -- bras principales del ligamento periodontal, Ésta función adquiere gran importancia durante la erupción dentaria; compensa en parte la pérdida del esmalte ocasionada por el desgaste oclusal e incisal, gracias a la aposición continua de cemento; reparación de la raíz dentaria cuando ha sido lesionada por medio de la formación de cemento nuevo sobre la zona afectada.

HUESO ALVEOLAR.

El proceso alveolar del maxilar y la mandíbula se encarga de sostener y formar los alveolos dentarios. Se adapta a las demandas funcionales de los dientes de manera dinámica. Cuando es extraído un diente el hueso tiende a reducirse al igual que el hueso de soporte.

CAPITULO II

RELACION DE ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE AFECTAN EL PARODONTO.

A) INFLUENCIAS NUTRICIONALES.

1.- Deficiencia de vitamina B; Es raro que la enfermedad bucal se deba a la deficiencia de un sólo componente del complejo B, y en realidad tampoco a todo el complejo B. Sin embargo, cuando existen factores irritantes locales, la extensión de la enfermedad periodontal, estará afectada por el estado nutritivo del enfermo. De este modo el estado nutritivo general del paciente influye en la intensidad y las complicaciones de la periodontitis.

a) Deficiencia de tiamina (B₁): Hipersensibilidad y lesiones de tipo herpético en la mucosa bucal. Los tejidos gingivales pierden su coloración normal descrito como color "rosa viejo".

b) Deficiencia de riboflavina (B_2): Puede haber periodontitis dolorosa, con pérdida del diente, por estar afectado el periodonto, y enrojecimiento de quemadura leve en lengua y mucosa bucal.

c) Deficiencia de ácido nicotínico: Aparece una gingivitis que comienza en la papila interdientaria y progresa rápidamente y extensamente. La encía sangra con facilidad, se ulcera y es sensible y dolorosa. El hallazgo más frecuente es la gingivitis ulceronecrotizante aguda, por lo general se presenta en áreas de irritación local.

2.- Deficiencia de vitamina C: Las encías se tornan en grosudas, rojas, tumefactas, de consistencia blanda o esponjosa con tendencia a sangrar fácilmente, pudiendo aparecer petequias en la mucosa bucal, puede llegar a cubrir gran parte de la corona dental. Los dientes se aflojan y pueden exfoliarse, pues el ligamento periodontal se encuentra afectado. Son comunes las infecciones secundarias. En la deficiencia subclínica aparece una forma de gingivitis más leve, con tendencia hemorrágica que no mejora del todo con el uso de procedimientos higiénicos. Las lesiones gingivales no aparecen en bocas edentulas.

3.- Deficiencia de vitamina D: La encía solo está afectada secundariamente.

Hay una coloración roja intensa del margen gingival en las encías de apariencia más o menos normal, comunmente no hay dolor.

4.- Deficiencia de vitamina K: Origina una tendencia hemorrágica, tronándose excesivamente hemorrágica después del cepillado de los dientes e incluso espontáneamente.

5.- Deficiencia de proteínas: La deficiencia de proteínas acentúa los efectos destructivos de los irritantes locales y el trauma oclusal en los tejidos periodontales, pero el comienzo de la inflamación gingival y su intensidad depende de los irritantes locales.

B) INFLUENCIAS ENDOCRINAS.

1.- Tiroides:

a) Hipotiroidismo: A menudo hay resorción alveolar ósea y hay predisposición a la enfermedad periodontal. Se ha señalado hipertrofia gingival extensa.

b) Hipertiroidismo: Muchos enfermos presentan enfermedad periodontal. En algunos casos, se ha descrito una gingivitis hemorrágica. Puede haber susceptibilidad a una gingivitis degenerativa.

2.- Pituitaria:

a) Hipopituitarismo: El apiñamiento de los dientes es frecuente en esta enfermedad, por lo cual hay predisposición a la enfermedad gingival causada por el empaquetamiento de alimentos.

b) Hiperpituitarismo: Los espacios existentes entre los dientes, pueden afectar el periodonto por irritación a causa de la retención de alimentos.

3.- Corteza suprarrenal (Hiperadrenocorticalismo): Debido a los excesivos esteroides circulantes, los enfermos -- son más susceptibles a procesos periodontales.

4.- Pancreas (diabetis): La enfermedad periodontal no sigue patrones fijos en pacientes diabéticos. Las encías están inflamadas, edematosas, rojas y dolorosas que se desprenden de los dientes, la enfermedad periodontal varía de leve a grave. parece ser causada por la fermentación láctica que provoca la glucosa y se elimina por la saliva. Es frecuente que haya inflamación gingival de intensidad poco común, bolsas periodontales profundas y abscesos periodontales en pacientes con mala higiene oral y acumulación de cálculos.

En la diabetis, la distribución y la cantidad de irritantes locales y fuerzas oclusales afectan la intensidad de-

de la enfermedad periodontal.

Asimismo la enfermedad periodontal está en relación -- directa con la baja de glucosa.

5.- Gonadas.

a) Pubertad: Existe inflamación pronunciada, coloración rojo azulada, edema y agrandamiento gingival, esto es ocasionado por una respuesta exagerada a los irritantes locales. Se puede agravar por la erupción incompleta de la corona de los dientes. A medida que se acerca a la edad adulta, - la intensidad de la reacción gingival decrece, incluso en . - presencia de irritantes locales.

Esto no quiere decir que durante la pubertad necesariamente existirá enfermedad gingival, ya que con la limpieza - adecuada se puede prevenir.

b) Ciclo menstrual: Por lo general en esta etapa - no hay cambios gingivales notables, pero puede presentarse - uno que otro problema.

Durante éste período aumenta la frecuencia de gingivitis, las encías se encuentran inflamadas, se pueden observar en ocasiones ulceraciones de la mucosa bucal, hemorragias periódicas con proliferaciones rojo brillantes en las papilas-interdentarias. La movilidad dentaria horizontal aumenta entre la tercera y cuarta semana del ciclo menstrual. El exu -

dado de la encía inflamada aumenta durante la menstruación, agravando la gingivitis existente. Las lesiones no aparecen si la paciente queda embarazada, repitiéndose después del parto.

c) Embarazo: La gingivitis del embarazo se presenta en un 30-50% de todas las mujeres embarazadas pero con diversos grados.

El embarazo acentúa la respuesta gingival a los irritantes locales, no hay cambios notables en la encía en ausencia de estos. Así mismo en el embarazo aumenta la movilidad dentaria, la profundidad de las bolsas y el líquido gingival. La encía está inflamada y su color varía de rojo brillante al rojo azulado. La encía marginal e interdentaria se encuentran edematizadas, se hunde a la presión, es de aspecto liso y brillante, blanda y descamable. El enrojecimiento externo es con secuencia de la gran vascularización, hay aumento de la tendencia a la hemorragia. Por lo general es indolora, a menos que se complique con una infección aguda, úlceras marginales o la formación de una pseudomembrana.

En el 2% de los casos se produce el llamado "tumor del embarazo" y que puede ser una extensión de la hiperplasia inflamatoria de la gingivitis del embarazo, (este tumor es descrito más ampliamente dentro de los agrandamientos gingivales).

Generalmente la alteración desaparece después del parto, pudiendo volver a aparecer en un embarazo posterior.

d) Hipogonadismo: El hombre desarrolla gingivitis de la pubertad. Se han descrito cambios en los tejidos blandos como gingivitis atrófica y descamativa.

Las lesiones que aparecen en esta enfermedad son iguales a las que aparecen en la gingivitis del embarazo, el diagnóstico diferencial estará dado por la historia clínica del paciente.

e) Enfermedad de Hand-Süller-Christian: La gingivitis crónica es un signo temprano de esta enfermedad. Existe hemorragia gingival, movilidad dental y la mucosa bucal se torna sensible y dolorosa.

f) Gingivitis descamativa crónica: También es conocida con el nombre de gingivosis. Se presenta principalmente en las mujeres durante la menopausia o en aquellas con historia menstrual irregular, pero puede producirse a cualquier edad después de la pubertad y asimismo puede presentarse en hombres.

Forma leve: Hay eritema difuso de la encía marginal, interdientaria e insertada, por lo general es indolora. Hay cambio de color generalizado.

Forma moderada: Presenta manchas rojo brillantes y -- áreas grises que abarcan la encía marginal y la encía insertada. La superficie es lisa brillante. La encía firme se torna blanda, se deprime brevemente a la presión. El epitelio se descama facilmente quedando expuesto el tejido conectivo, hay sensación de ardor y sensibilidad a los cambios térmicos. El cepillado produce la denudación dolorosa de la superficie gingival.

Forma severa: La superficie lingual se haya menos afectada que la labial. Existen áreas irregulares en las cuales la encía está denudada y es de color rojo subido, la encía que separa éstas áreas es azul grisácea dando un aspecto moteado. Hay algunos vasos superficiales que al romperse liberan un líquido acuoso y exponen una superficie subyacente -- roja y viva. La lesión es muy dolorosa hay una sensación -- constante de ardor seco en toda la cavidad bucal, que se acentúa en las zonas gingivales denudadas.

g) Gingivoestomatitis menopáusica: La encía y el -- resto de la boca son secas y brillantes, el color varía entre la palidez y el enrojecimiento anormal, sangra facilmente. Existe una sensibilidad externa a los cambios térmicos.

G) ENFERMEDADES DE LA SANGRE.

1.- Leucoemia aguda: Se presenta un color rojo azulado, difuso y cianótico de toda la mucosa bucal. Su superficie se torna brillante, las encías son blandas y esponjosas, de color rojo obscuro y sangran con facilidad. Existe un agrandamiento gingival edematoso y difuso que borra el puntilléo de la superficie gingival.

Manifestaciones de púrpura, pequeños puntos hemorrágicos, engrosamiento importante de las encías, de comienzo reciente y crecimiento rápido.

En algunos casos se observan signos de infección de Vincet, redondeamiento y tensión del margen gingival, papilas interdientarias romas, diversos grados de inflamación con ulceración, necrosis y formación de una pseudomembrana.

2.- Leucemia crónica: Los tejidos bucales pueden tener un aspecto normal pero en otros casos la encía sangra fácilmente, hay petequias, engrosamiento y sensibilidad de las encías, aflojamiento de los dientes, infecciones gingivales, y ulceraciones en la mucosa.

3.- Anemia: La encía tiene un color rojo pálido o pueden estar amarillentas y están suceptibles a las ulceraciones. Hay una gran variedad de cambios inflamatorios y hemorragias espontáneas de la encía y mucosa bucal. Petequias nu

merosas en la boca.

4.- Púrpura trombocitopenica: A veces se observa hemorragia gingival intensa. En los márgenes de la encía puede haber hemorragia capilar, pequeñas y múltiples áreas purpúricas que no decoloran a la presión. La encía está hinchada, blanda, móvil y denotable, el sangrado se produce espontáneamente a la menor presión y es difícil de controlar.

5.- Agranulocitosis: Pueden observarse hemorragias de la mucosa bucal, lesiones necróticas ulceradas, que pueden estar cubiertas de una membrana grisácea en encía y garganta son dolorosas y hacen difícil la deglución.

D) CAMBIOS DE COLORACION EN LA ENCIA POR INTOXICACION METALICA.

1.- Plomo: Aparece una línea delgada de color azul o azul negrusca que sigue los márgenes gingivales interproximales. Esta línea es más marcada en los sitios de inflamación crónica. Puede ir acompañada de gingivitis o estomatitis y ocasionalmente de parotiditis. Se han observado signos de estomatitis ulcerativa necrotizante. Nunca se observa en bocas limpias y en áreas edéntulas. Se produce por el uso excesivo de cosméticos con sales de plomo.

2.- Fosforo: Las encías se ulceran, se vuelven esponjosas, sangran con facilidad y son muy dolorosas.

3.- Bismuto: Se manifiesta por una coloración angosta-negra-azulada, del margen gingival, a menudo acompañada de inflamación gingival. Se ha observado gingivoestomatitis ulcerativa. El depósito de bismuto se produce más fácilmente en encías inflamadas de bocas poco cuidadas o con cálculos o prótesis mal adaptadas.

4.- Mercurio: Ocasiona gingivitis esponjosa y ulcerativa. Se observa una pigmentación difusa azul-gris o negra de las encías. Puede haber movilidad dental si el hueso está invadido.

5.- Arsénico: puede producir una estomatitis ulcerativa necrotizante sumamente dolorosa. La encía se vuelve hiperplástica en pacientes con envenenamiento grave y puede ulcerarse y sangrar.

E) ENFERMEDADES CRONICAS DE ORIGEN INFECCIOSO.

1.- Sífilis: Hay resección del tejido gingival y exposición de la raíz dentaria si la lesión comienza en el margen gingival. Aparecen ulceraciones superficiales perfectamente circunscritas de color rosado a rojo, cubiertas por un

exudado blanco grisáceo, estas lesiones son altamente infecciosas.

El chancro en la encía es relativamente raro pero cuando se presenta crece con rapidéz y es muy doloroso, es de tipo nodular con lesiones superficiales. El chancro puede ser pequeño o puede afectar la encía de varios dientes.

2.- Tuberculósis: Cuando están afectadas las encías, las lesiones pueden consistir en una inflamación difusa o generalizada que ocasiona un aumento general del tamaño gingival. La superficie puede estar salpicada de erosiones o ulceraciones superficiales de varios tamaños e intensamente enrojecidas o estar cubiertas por una masa necrótica grisácea.

3.- Moniliasis: Es ocasionada por *Candida Albicans*, también es conocida con el nombre de algodoncillo.

La inflamación moniliásica puede limitarse a una región determinada como encía o puede afectar a los tejidos de revestimiento.

Hay ulceraciones elevadas de color grisáceo, tienen una consistencia moderadamente blanda. Están debilmente adheridas a los tejidos subyacentes y se desprenden facilmente, una vez separada el tejido puede tener un aspecto normal o pueden observarse puntos hemorrágicos o petequias.

F) ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS.

1.- Pénfigo: Aparecen lesiones bulbosas en forma de -- ampollas que abarcan la encía marginal e insertada. La encía presenta enrojecimiento difuso, hemorragia fácil. Puede ser dolorosa o no serlo. El epitelio de la encía se desprende fácilmente. La higiene bucal se dificulta por la presencia de gingivitis crónica, complicando el cuadro clínico.

2.- Liquen plano: Las lesiones atacan principalmente -- la superficie vestibular de la encía, las lesiones se caracterizan por la aparición de pápulas anguladas violáceas brillantes, simétricas y tienden a ser dendríticas. Las lesiones dendríticas consisten en elevaciones acordonadas, lineales, blanco grisáceas, compuestas por pápulas independientes que por lo regular tienen el tamaño de un alfiler. Cuando -- las ampollas se rompen se forman lesiones erosionadas rojo -- brillantes, que son muy dolorosas y se irritan con facilidad al contacto con alimentos calientes o condimentados.

G) AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

1.- Absceso gingival: Lesión localizada dolorosa, de -- expansión e instalación rápida. Se limita al margen gingival o papila interdientaria. Se presenta como una hinchazón roja de superficie lisa y brillante, entre las 24 y 48 horas la -- lesión se vuelve fluctuante y puntiaguda con una fistula de-

la cual es expulsado exudado purulento. Si se deja que avance, las lesiones se rompen espontáneamente.

2.- Absceso periodontal.

Los abscesos periodontales producen agrandamientos gingivales, pero además afectan a los tejidos periodontales de soporte.

a) Absceso periodontal agudo: Aparece como una elevación ovoide de la encía, localizada en la zona lateral de la raíz. La encía está edemática y roja, con una superficie lisa y brillante. Mediante presión digital suave, es posible expulsar pus del margen gingival.

b) Absceso periodontal crónico: Aparece como una fistula en la mucosa gingival, pudiendo estar cubierta por una masa pequeña rosada esférica de tejido de granulación.

3.- Hiperplasi gingival: (Dilantina). La lesión comienza como un agrandamiento indoloro en los márgenes vestibular y lingual y en las papilas interdientarias. Progresivamente los agrandamientos se unen transformándose en un repliegue macizo de tejido, que puede cubrir gran parte de la corona e inclusive su totalidad.

Cuando no hay inflamación sobreagregada, la lesión tiene forma de mora, firme de color rosa pálido, no tiende -

a sangrar. Cuando hay inflamación sobreagregada presenta una superficie de color rojo u rojo azulado, no existen áreas -- lobuladas y aumenta la tendencia a la hemorragia.

Comunmente la lesión es generalizada, siendo más in -- tensa en las regiones anteriores tanto superior como infe -- rior.

La lesión aumenta de tamaño con lentitud, hasta inter -- ferir con la oclusión. Cuando es eliminada quirúrgicamente -- vuelve a aparecer. No se presenta en áreas desdentadas. Una -- vez eliminada la droga desaparece espontáneamente.

4.- Agrandamiento hiperplásico idiopático: Afecta la -- encía insertada, encía marginal y papilas interdentarias. La encía agrandada es rosada y frme. En casos avanzados, casi -- cubre la totalidad de los dientes, u los dientes en erupción los desvía de su alineación adecuada y puede producir defor -- mación de los maxilares. Las alteraciones inflamatorias se -- cundarias son comunes en el margen gingival.

5.- Granuloma piógeno: Es un agrandamiento gingival de aspecto tumoral. Se cree que es debido a una respuesta exage -- rada ante un traumatismo pequeño. Es de color rojo o púrpura brillante, descamable o firme, puede presentar úlceras super -- ficiales o exudado purulento.

6.- Tumores benignos.

a) Fibroma: Son tumores esféricos, de crecimiento lento, pueden ser firmes y nodulares o blandos y vasculares. Suelen ser pediculados.

Es raro que se encuentren sobre la encía, pudiendo presentarse en casos muy raros.

b) Nevus: Es de crecimiento lento puede ser pigmentado o no pigmentado, cuando es pigmentado su color varía entre el gris pálido y el pardo oscuro. Puede ser plano o nodular.

c) Mioblastoma: Lesión benigna nodular y algo elevada sobre la superficie gingival.

d) Hemangioma: Son lesiones blandas sésiles o pediculadas e indoloras. Su color varía del rojo oscuro al púrpura, a la presión empalidece. La lesión nace en la papila gingival interdientaria y se extiende en sentido lateral hasta abarcar los dientes adyacentes.

e) Papiloma: Es una protuberancia dura de aspecto verrugoso, que sobresale de la encía. Puede ser pequeño y circunscrito o presentarse como elevaciones duras y anchas con superficie irregular.

f) Granuloma reparativo de células gigantes: Nacen de la zona interdientaria o del margen gingival, pueden ser sésiles o pediculadas. Su aspecto va desde un aspecto regular de superficie lisa hasta una protuberancia multilobulada irregular. Su color varía del rojo al rojo oscuro o púrpura azulado. Puede presentar fíceras en los bordes, son indoloras, de tamaño variable y llegan a cubrir varios dientes, pudiendo ser firmes o esponjosas.

g) Granuloma de plasmocitos: Se presenta como una masa localizada o generalizada en roja, descamable, sangra con facilidad, aparece en la encía marginal o en la encía insertada.

h) Leucoplasia: Lesiones blanco grisáceas aplanadas escamosas, con variaciones que van hasta placas gruesas, irregulares y queratinosas.

i) Quiste gingival: Aparecen como agrandamientos localizados en la encía marginal y la encía insertada. Se presenta en la zona de caninos y premolares inferiores con mayor frecuencia en la superficie lingual. Son indoloros.

7.- Tumores malignos.

Al igual que los anteriores son de aparición muy -

rara.

a) Carcinoma: Las lesiones son de dos tipos, crecimientos en la superficie gingival (exofíticos o verrugosos), o lesiones erosivas planas de color blanquesino y sangrado fácil (úlceras). Con frecuencia las lesiones son asintomáticas, afectan la mucosa circundante y el hueso subyacente.

b) Melanoma maligno: Aparece en la parte anterior del maxilar superior. Puede ser plano o nodular, es oscuro de crecimiento rápido.

c) Sarcoma: Se presenta en casos muy raros. La lesión se presenta como una protuberancia en forma de frambuesa, existe supuración, úlceras superficiales y necrosis progresiva de la encía.

U.- Cambios en el contorno gingival: (Festones de McColl). Son agrandamientos periféricos de la línea marginal. Se presentan en la zona de caninos y premolares en la superficie vestibular. En sus inicios el color y consistencia de la encía son normales.

II) INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS.

1.- Gingivitis ulceronecrosante: Existen depresiones -

crateriformes socavadas en la cresta de encía que abarca la papila interdientaria, la encía marginal o puede atacar a ambas. La superficie de los cráteres gingivales está cubierta por una pseudomembrana gris, separada del resto de la mucosa gingival por una línea eritematosa definida. En algunos casos la membrana se desprende, exponiendo el márgen gingival, que es rojo, brillante y hemorrágico. Las lesiones destruyen progresivamente la encía y los tejidos periodontales subyacentes.

Existe olor fétido, aumento de la salivación y de la hemorragia gingival espontánea o hemorragia abundante ante estímulos leves.

Se produce en bocas sanas o puede estar superpuesta a la gingivitis crónica o a bolsas periodontales. La lesión puede estar circunscrita a un sólo diente, a un grupo de dientes o abarcar toda la boca.

Es rara en bocas desdentadas pero a veces se producen lesiones esféricas aisladas en el paladar blando.

Las lesiones son muy sensibles al tacto, el paciente se queja de un dolor constante irradiado que se intensifica al contacto con los alimentos condimentados o calientes y con la masticación.

La encía presenta primeramente una superficie rojiza con puntilleo que posteriormente desaparece alizándose la superficie y apareciendo la ulceración, al principio las ul-

eraciones son poco numerosas y más frecuentes sobre el re-- borde marginal, se recubren de una membrana grisácea, que se desprende fácilmente, mostrando el fondo de la úlcera que es de color rojo vivo. Los bordes son irregulares y la oncia -- que rodea la úlcera es de color rojo subido.

La evolución de la enfermedad no sigue ninguna norma -- fija y varía de una boca a otra e inclusive en una misma boca varía de un día a otro. Tiene tendencia a la residiva -- ante cualquier tratamiento básico que se haya hecho.

No se ha comprobado que sea contagiosa.

2.- Gingivoestomatitis herpética aguda: Aparece como -- una lesión difusa, eritematosa brillante con edema y hemorragia gingival.

En su período primario aparecen vesículas aisladas o -- múltiples, estas son circunscritas esféricas y grises.

Aproximadamente a las 24 horas estas vesículas se rompen quedando pequeñas úlceras dolorosas, con un margen rojo-elevado, y una porción central amarilla grisácea. Existe mucho malestar bucal que hace imposible ingerir alimentos.

La enfermedad dura de 7-10 días, cura espontáneamente-- sin dejar secuelas.

3.- Pericoronitis: Está relacionada con dientes incompletamente erupcionados, la oncia que está cubriendo parcial

mente la corona, se encuentra inflamada.

La inflamación puede ser causada por la acumulación de irritantes debajo del óperculo, el colgajo gingival puede -- estar inflamado e infectado y tiene ulceraciones de diversos grados en su superficie interna. El aumento de volúmen del -- colgajo gingival, en ocasiones, impide el cierre completo de los maxilares. La encía es traumatizada por el contacto con el maxilar antagonista agravandose la inflamación.

CAPITULO III

IRRITANTES LOCALES QUE AFECTAN EL PARODONTO

Gran parte de la enfermedad gingival y periodontal es causada por irritantes locales los cuales actúan directamente sobre el parodonto, produciendo inflamación, que es el -- proceso patológico principal en la enfermedad gingival y periodontal.

Por lo tanto daremos primeramente una explicación de -- lo que es la inflamación.

INFLAMACION

La inflamación es la respuesta normal de los mecanis -- mos de defensa ante la presencia de gérmenes u otros irritan -- tes y por medio de la cual se acumulan células y exudados -- que tienden a proteger al cuerpo de un daño mayor.

El grado de inflamación varía dependiendo de:

- 1) La naturaleza del agente causal.
- 2) El carácter anatómico y funcional del tejido afectado.
- 3) La capacidad del tejido para dar determinada respuesta al estímulo nocivo.

Los síntomas clásicos de la inflamación son rubor, tumor, calor, dolor y trastorno funcional del tejido afectado.

El rubor se produce por aumento de eritrocitos y estasis sanguínea en el área. El tumor es debido al aumento de volumen sanguíneo y el número de células en él área afectada. El aumento de temperatura es ocasionado por una mayor afluencia sanguínea. El dolor se debe a la presión que hay en las terminaciones nerviosas. El trastorno funcional es consecuencia de la alteración tisular y el dolor.

La inflamación puede clasificarse en :

- 1) Inflamación aguda.
- 2) Inflamación crónica.
- 3) Inflamación granulomatosa.

INFLAMACION AGUDA

Es una reacción repentina y grave. Inicialmente hay una vasoconstricción arteriolar breve que cambia a dilatación prolongada de las arteriolas y capilares. Las células dominantes son los leucocitos polimorfonucleares.

Aumenta la permeabilidad capilar y se produce salida - de neutrófilos, sin los cuales no se desarrolla edema local - en la zona de la inflamación, desde el interior de los vasos dilatados. El plasma pasa en grandes cantidades a la región - lesionada, este puede alejar las sustancias tóxicas y apor - tar gran cantidad de sustancias protectoras.

Los neutrófilos tienen capacidad fagocitaria; pueden - incluir en su citoplasma bacterias o partículas extrañas. - Unas veces el neutrófilo puede digerir o destruir la bacte - ria pero frecuentemente sucumbe y se transforma en un cuer - po lleno de gotitas de grasa que al reunirse grandes canti - dades de estas, forman abscesos, si están circunscritos o -- exudado purulento si están dispersos.

Inflamación subaguda.- Es de comienzo lento y de menos intensidad que la inflamación aguda. Se caracteriza por la - infiltración de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y - células plasmáticas.

INFLAMACION CRONICA

Es producida por la acción de un irritante que actúa - durante largo período, la reacción de los tejidos es más le - ve que en la inflamación aguda y subaguda. Los tejidos aumen - tan de volúmen y consistencia, casi no hay dolor, la tempera - tura local puede elevarse ligeramente.

INFLAMACION GRANULOMATOSA

Es una reacción específica del sistema retículo endotelial a cierto tipo de agentes nocivos. Se caracteriza por la gran cantidad de estímulos que pueden provocarla.

Existen tres grandes grupos de respuestas a la inflamación: Vascular, exudativa y reparadora.

FENOMENO VASCULAR

Primeramente hay una constricción breve de las arterias, vénulas y capilares. Esta constricción es seguida por una dilatación, aumento de la presión y permeabilidad capilar, que conduce a un intercambio de los líquidos entre los espacios vasculares y tisulares. La permeabilidad capilar se altera, así el plasma de los capilares y el líquido de las células lesionadas escapa dentro de los espacios tisulares. Este líquido puede ser de varias clases y es conocido con el nombre de exudado.

EXUDADO

La exudación es la consecuencia de las alteraciones circulatorias que favorecen el paso de un líquido a través de las paredes vasculares. El exudado está formado por una gran variedad de elementos celulares, leucocitos polimorfonu

cleares, macrófagos y linfocitos.

Los objetivos del exudado celular son:

Las enzimas proteolíticas de los leucocitos ayudan a disolver y preparar el cuerpo extraño para posteriormente ser fagocitado por los mismos leucocitos. Las células mononucleares que provienen de la corriente sanguínea, también son fagocíticas. La función de los linfocitos es todavía desconocida. Las opsoninas y tropinas forman una película alrededor de las partículas que van a ser fagocitadas favoreciendo su ingestión.

La fiebre, que frecuentemente acompaña la inflamación parece ser el resultado de la piroxina, que es un factor febril liberado por las células muertas.

Hay diferentes tipos de inflamación dependiendo del tipo de exudado existente, así tenemos; inflamación fibrinosa si hay gran cantidad de fibrina; inflamación serosa, cuando el exudado no coagula; inflamación purulenta, si se encuentran gran cantidad de leucocitos lesionados o muertos; inflamación hemorrágica, si se encuentran gran cantidad de eritrocitos; inflamación diftérica, si forma una membrana falsa.

También pueden existir formas mixtas como la fibrino purulenta o la fibrino hemorrágico. El tipo de exudado depende de la respuesta inflamatoria.

CELULAS QUE APARECEN DURANTE LA INFLAMACION

Neutrófilos.- Son los primeros en aparecer en el área lesionada. Se encargan de fagocitar las partículas irritantes. Cuando los leucocitos neutrófilos salen a los tejidos, los productos bacterianos los guían directamente hacia los gérmenes. Se cree que esto sucede porque las bacterias contienen sustancias que atraen a los leucocitos, ejerciendo quimiotactismo positivo sobre ellas.

Macrófagos.- Conforme pasa el tiempo los neutrófilos son reemplazados por macrófagos. Su función más importante es la fagocitosis por medio de la cual engloban a los microorganismos y segregan en su interior fermentos oxidantes y proteolíticos para su destrucción.

Linfocitos.- No desempeñan ningún papel conocido durante la inflamación, pero se cree intervienen en la defensa de el organismo contra las infecciones. En las zonas de inflamación crónica se han encontrado grandes cantidades de linfocitos.

Opsoninas.- Son proteínas contenidas en el plasma sanguíneo, que al cubrir la superficie bacteriana facilitan la adherencia del neutrófilo a la superficie bacteriana.

REGENERACION Y REPARACION

La regeneración y reparación, es la substitución de las células perdidas por células semejantes a las originales pero la diferencia es que en la reparación también pueden ser substituidas por células de tipo diferente pero, en general, más sencillas.

Estas nuevas células provienen de las ya existentes que han conservado la capacidad de volver a funciones embrionarias.

Existen dos formas de reparación: primaria y secundaria.

La primaria ocurre cuando los bordes de la herida se han aproximado y cicatrizan sin infección. La cicatrización secundaria ocurre cuando se observa infección, aquí la reparación se efectúa por tejido de granulación, que a su vez es substituido por tejido conjuntivo fibroso.

Durante las primeras etapas de la reacción inflamatoria tal vez se observen una o dos de las respuestas anteriores, pero en los períodos siguientes todas las etapas están presentes simultáneamente.

A) PELÍCULA ADQUIRIDA

También llamada cutícula adquirida. Es una membrana - acelular delgada, carente de bacterias e incolora. Se encuentra distribuida sobre la superficie de la corona en cantidades algo mayores cerca de la encía. Esta compuesta de proteínas salivales.

La película se forma sobre una superficie dentaria limpia, donde se adhiere con firmeza, se continúa con los prismas del esmalte.

Si ésta placa es removida por medio del pulido dentario se vuelve a formar rápidamente.

B) PLACA DENTARIA

Esta placa se puede formar sobre la película adquirida o directamente sobre la superficie del diente. Se acumula principalmente sobre el tercio gingival de los dientes y -- subgingivalmente sobre defectos, grietas y rugosidades.

Su formación comienza por la aposición de una capa de bacterias que se encuentran firmemente unidas al diente, por medio de una matriz intercelular adhesiva, que se localiza - interbacterialmente.

La placa puede crecer por: 1) Aposición de nuevas bacterias; 2) Multiplicación de las bacterias ya existentes; 3) Acumulación de productos bacterianos.

La placa dentaria es un depósito blando amorfo granu -

lar, que en pequeñas cantidades no es visible, a menos que sea teñida con soluciones reveladoras. Conforme se va acumulando se convierte en una masa globular visible, cuyo color varía del gris y gris amarillento al amarillo.

Se desprende únicamente con la limpieza mecánica, pues los enjuagatorios o chorros de agua no la desprenden totalmente.

Esta placa no es un residuo de los alimentos, pero las bacterias los utilizan para la formación de los componentes de la matriz.

C) MATERIA ALBA

Es un depósito amarillo o blanco grisáceo blando y pegajoso, se puede formar en dientes limpios, en pocas horas y en períodos en los que no se ha ingerido ningún alimento.

Es menos adhesivo que la placa dentaria, se ve fácilmente sin la utilización de soluciones reveladoras.

La materia alba no posee la organización estructural de la placa dentaria, sin embargo, produce sustancias que crean reacción en los tejidos gingivales y periodontales.

D) RESIDUOS DE ALIMENTOS

Los residuos de alimentos son diferentes a la placa dentaria, endureciéndose por la precipitación de sales minerales. No todas las placas dentarias se calcifican.

La calcificación comienza en la superficie interna de la placa, junto al diente, y se forma por capas, separadas por una cutícula delgada que queda incluida en él, a medida que avanza la calcificación. La superficie del cálculo siempre está cubierta de placa no calcificada. La velocidad de calcificación y acumulación varían de una persona a otra, en diferentes dientes y en diferentes épocas en la misma persona.

En el 90% de los casos los cálculos se forman en los dientes anteriores inferiores. Según su relación con el margen gingival pueden clasificarse desde el punto de vista clínico en : 1) supragingivales y 2) subgingivales.

Cálculo supragingival.- Lo encontramos sobre la superficie coronaria del diente. Son más comunes frente a la salida de los conductos salivales, que se encuentran en la superficie bucal de los dientes anteriores inferiores (Conducto de Warton) y en las superficies vestibulares de los primeros molares superiores (Conductos de Stenon).

Es de color blanco cremoso o amarillento, salvo que esté manchado por tabaco u otros pigmentos. Su consistencia es dura, se desprende con facilidad de la superficie dentaria mediante un raspador, pero puede reaparecer rápidamente.

Se puede presentar en un diente o en un grupo de dientes o puede estar generalizado en toda la boca, los cálculos pueden formar una estructura a manera de puente a lo largo -

de varios dientes que carecen de antagonistas, este es más común que el subgingival.

Cálculo subgingival.— El cálculo subgingival no es visible en la cavidad bucal y su localización depende de un sondeo cuidadoso con un explorador. Se encuentra debajo de la encía marginal en las bolsas periodontales. Son de color pardo obscuro a verde negrozoo, están firmemente unidos al diente y son densos y duros.

Por lo general los dos tipos de cálculos se presentan juntos, pero pueden presentarse por separado.

Se creó que el cálculo supragingival deriva de la saliva, mientras que el cálculo subgingival deriva del líquido gingival.

Existen diversos tipos de unión del cálculo a los tejidos dentarios. La facilidad para su remoción, depende del tipo de unión del cálculo, estas uniones pueden ser:

- a) Por medio de la película adquirida.
- b) Por penetración en el cemento y la dentina.
- c) En áreas de resorción cementaria y dentinaria no reparada que quedan expuestas por resección gingival.
- d) En espacios creados por la separación cementaria.

E) PIGMENTACIONES DENTARIAS

Las pigmentaciones dentarias aparecen por la tinción de las cutículas adquiridas que generalmente son incoloras. Estas pigmentaciones pueden ser causadas por alimentos, farmacos, bacterias cromógenas o tabaco.

Este tipo de pigmentaciones puede producir problemas estéticos, pero también pueden generar irritación gingival.

Dentro de las pigmentaciones causadas por bacterias cromógenas están:

1) Pigmentación negra.- Se presenta una línea negra y delgada que se presenta en las superficies vestibular y lingual cerca del margen gingival y manchas difusas en las superficies proximales. Es más común en mujeres y puede presentarse aún en bocas con una limpieza excelente. Una vez eliminada puede reaparecer.

2) Pigmentación verde.- Es muy común en los niños. Se presenta en la superficie vestibular de los dientes anteriores superiores, cerca del margen gingival. Por lo general debajo de la pigmentación verde se presenta una superficie adamantina rugosa. Si no se pule bien la superficie del diente ésta pigmentación puede reaparecer rápidamente.

3) Pigmentación anaranjada.- Se puede presentar en las

superficies vestibulares y linguales de dientes anteriores. Es menos común que la pigmentación verde.

4) Pigmentación parda.- Se localiza comunmente en las superficies vestibulares de molares superiores y las superficie lingual de incisivos inferiores. Se presenta en personas con mala higiene bucal.

5) Pigmentación tabáquica.- Existen depósitos pardos o negros muy adheridos. Este pigmento es resultado de la combustión del alquitrán de hulla y de la penetración de estos productos a las fisuras e irregularidades de el esmalte y la dentina.

F) IMPACTO DE ALIMENTOS

Es una causa muy común de enfermedad gingival. Puede ser ocasionado por las irregularidades en la posición y forma dentaria. Así el impacto de alimentos puede estar asociado con los siguientes factores: dientes superpuestos, en mal posición, mesializados o distalizados, cúspides que obren -- como pistón en el diente opuesto.

También la presión lateral ejercida por labios, carrillos y lengua puede forzar los alimentos en los espacios interproximales, produciendo acúñamiento dentro de los nichos gingivales y retención de los alimentos.

La impacción de alimentos da como resultado los siguientes signos y síntomas:

- 1) Sensación de presión.
- 2) Dolor vago.
- 3) Inflamación gingival con sangrado y gusto desagradable en la zona afectada.
- 4) Recesión gingival.
- 5) diversos grados de inflamación del ligamento periodontal.
- 6) Destrucción del hueso alveolar.
- 7) Cáries radicular por retracción del margen gingival quedando expuesto el cemento.

g) RESTAURACIONES DENTALES INCORRECTAS

Los márgenes mal ajustados de prótesis mal diseñadas y lesiones producidas durante el tratamiento protético pueden provocar o iniciar una enfermedad periodontal.

La placa dentaria se acumula fácilmente en los márgenes mal ajustados, provocando irritación gingival. Las restauraciones que no reproducen perfectamente todas las áreas del diente pueden ocasionar desviación e impacción de alimentos produciendo como consecuencia una inflamación en la encía (gingivitis).

H) HABITOS

El uso incorrecto de mondadientes, morder hilos, uñas-lápices, etc., contribuyen a la aparición de la gingivitis.

I) RESPIRACION BUCAL

Ejerce su acción por medio de la deshidratación de la mucosa de la encía con pérdida de la resistencia del tejido, ocasionando procesos inflamatorios en la gingiva.

J) CEPILLADO INCORRECTO

Un cepillado enérgico ya sea horizontal o rotatorio da como consecuencia recesión gingival, abrición en los dientes o puede agravar una inflamación ya existente.

Los cambios gingivales por un cepillado dental incorrecto pueden ser agudos o crónicos:

1) Agudos.- Hay adelgazamiento de la superficie epitelial, hinchazón gingival dolorosa, lesiones puntiformes por la penetración de las cerdas perpendiculares en la encía, formación de vesículas dolorosas en el área traumatizada, eritema difuso y denudación de la encía insertada.

2) Crónicos.- Da como consecuencia recesión gingival con denudación de la superficie radicular.

K) RADIACIONES

El tratamiento con radiación interna y externa, en pa-

cientes con tumores malignos de la cavidad bucal y regiones-adyacentes trae como consecuencia, úlceras gingivales, hemorragia supuración y aflojamiento de los dientes por la denudación de raíces y hueso.

L) ERUPCION DE LA PRIMERA DENTICION

Durante la erupción de la primera dentición, los niños a veces sufren, pues puede haber irritabilidad si hay presión ejercida por el diente que emerge, junto al tejido subyacente, provocando inflamación. Rara vez el diente parcialmente erupcionado, origina infección en su gingiva.

Todos los factores antes enunciados son los que alteran y desencadenan las reacciones patológicas de la gingiva.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO

A) TRATAMIENTO PREVENTIVO

La periodoncia preventiva es un plan de tratamiento para prevenir el comienzo, el avance y la repetición de la enfermedad gingival y periodontal.

El método más eficaz para prevenir la enfermedad gingival es el control personal de placa, y el modo más seguro de controlar la placa es la limpieza mecánica con cepillo de dientes, dentífricos y otros auxiliares de la higiene.

Para llevar a cabo el control personal de placa existen muchas técnicas de cepillado dentario pudiendo hacerse modificaciones individuales, según sea el requerimiento de cada paciente.

METODO DE BASS

Se comienza en las superficies vestibulo proximales -- superiores de la zona de molares derechos, colocando el cepillo paralelo al plano de oclusión con las cerdas hacia arriba y por detras de la superficie distal del último molar, posteriormente se colocan las cerdas a 45° respecto al eje mayor del diente y forzándose los extremos de las cerdas dentro del surco gingival, asegurándose que las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal, activando el cepillo con movimientos vibratorios hacia adelante y atrás. Esta operación se repite en todas las demás zonas del maxilar superior asegurándose que las cerdas lleguen atrás de la superficie distal del último molar izquierdo. Se pasa el cepillo a la superficie palatina de los molares izquierdos, cepillando todo el arco dentario hasta la zona de molares derechos. Si no es posible colocar el cepillo horizontalmente en los dientes anteriores se colocará verticalmente. Se continúa de la misma manera en la superficie vestibular inferior pasando posteriormente a la superficie lingual. Se procede a cepillar a la superficie oclusal, introduciendo los extremos de las cerdas en surcos y fisuras y haciendo movimientos cortos hacia adelante y atrás, hasta que queden cepillados todos los sectores de la superficie dentaria.

METODO DE STILLMAN

El cepillo se coloca de manera que las puntas de las cerdas queden una parte sobre la encía y otra sobre la porción cervical de los dientes, oblicuamente al eje mayor del diente. Se ejerce presión sobre el margen gingival e imprimiendo al cepillo un movimiento rotatorio, este proceso se repite en todas las superficies dentarias. En las zonas de los dientes anteriores el cepillo se coloca paralelo al plano oclusal. En las superficies oclusales las cerdas se colocan perpendiculares al plano de oclusión, penetrando en los surcos y espacios interproximales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO

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

METODO DE CHARTERS

El cepillo se coloca sobre el diente, con una angulación de 45° , con las cerdas orientadas hacia la corona, se mueve el cepillo a lo largo de toda la superficie del diente hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival, los extremos toquen los dientes y algunas cerdas pe-

netren interproximalmente. Se repite este procedimiento en - todas las superficies dentarias.

En la superficie oclusal se forzan las cerdas dentro - de los surcos y fisuras, activando el cepillo con movimien - tos rotatorios.

METODO DE FONES

El mango del cepillo queda paralelo al plano oclusal y las cerdas perpendiculares a la superficie dentaria vestibular. Se mueve el cepillo en sentido rotatorio con los maxila re ocluidos, la trayectoria esférica del cepillo quedará con finada dentro de los límites del pliegue mucovestibular.

METODO FISIOLOGICO

En este método, descrito por Smith y Bell, se cepilla - la encía de manera comparable a la trayectoria de los ali - mentos durante la masticación. Consiste en movimientos sua - ves de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre - el margen gingival y encía insertada.

Dentro de los auxiliares de la limpieza dental conta -- mos con el uso del hilo dental, conos interdentarios, aparatos de irrigación bucal, enjuagatorios, soluciones revelado - ras, ingestión de alimentos fibrosos duros y limitación de - alimentos con sacarosa.

HILO DENTAL

La finalidad del hilo dental es limpiar las superficies interproximales de los dientes, existen muchos métodos para el uso del hilo dental, uno de estos métodos es el siguiente:

Se toma un trozo de hilo, aproximadamente 90 cm. de largo, se envuelven los extremos alrededor de los dedos medios de cada mano, se pasa el hilo sobre el pulgar derecho y el índice izquierdo, se introduce el hilo en la base del surco gingival por detrás de la superficie distal del último molar. Se lleva el hilo hacia oclusal, con movimientos hacia atrás y adelante, y se pasa al espacio interproximal mesial.

Debe tenerse cuidado de no forzar bruscamente el hilo en el área de contacto pues ello lesionará la encía.

CONOS INTERDENTARIOS

Los conos se utilizan donde se han creado espacios interdentarios por la pérdida de tejido gingival, si la pápila llena el espacio interproximal, los conos limpiarán únicamente el surco gingival en las superficies interproximales.

El cono se coloca con una angulación de 45° respecto al diente, su parte puntiaguda se coloca hacia la superficie oclusal, se desplaza el cono sobre el diente siguiendo la base del surco hasta el área de contacto. Este movimiento se hará por vestibular y lingual.

APARATOS DE IRRIGACION BUCAL

Este tipo de aparatos proporcionan un chorro de agua - fija o intermitente, bajo presión, a través de una boquilla. Este tipo de aparatos es muy eficaz en la higiene bucal, reduce la inflamación gingival, elimina bacterias de la cavidad bucal, es muy útil para la limpieza alrededor de los aparatos de ortodoncia.

ENJUAGATORIOS

Los enjuagatorios reducen la flora bacteriana bucal pero su disminución es temporal, el uso prolongado de un mismo enjuagatorio disminuye su eficacia.

El uso de enjuagatorios no es suficiente para la eliminación de placa, estos se usarán únicamente como coadyuvantes del cepillado dental.

SOLUCIONES REVELADORAS

El uso de reveladores es muy importante en la periodoncia preventiva pues gracias a ellos podremos eliminar la placa que normalmente pasa desapercibida a simple vista.

La solución reveladora teñirá la placa dando al paciente y dentista la oportunidad de observar claramente las áreas de crecimiento de la placa dentobacteriana.

ALIMENTOS FIBROSOS DUROS

Se aconsejará al paciente que incluya en su dieta alimentos fibrosos duros y particularmente al final de la comida pues estos reducirán la acumulación de placa dentobacteriana. Algunos de los alimentos que debemos ingerir son el betabel, chayote, manzanas, piña, etc.

LIMITACION DE ALIMENTOS QUE CONTIENEN SACAROSA

Se recomienda no ingerir alimentos con mucha azúcar, - pues la ingestión de sacarosa aumenta la formación de placa.

B) TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

En la mayoría de las técnicas para el tratamiento de la enfermedad gingival y periodontal, no se basa únicamente en el uso de fármacos, sino en la combinación de medicamentos y tratamiento quirúrgico.

Los medicamentos pueden ser de gran utilidad, en procesos celulíticos, bolsas con supuración, sedación de pacientes aprensivos, evitar infecciones, inflamaciones, hemorragias, en alteraciones dolorosas de la articulación temporomandibular, espasmos musculares dolorosos, anestesia durante el tratamiento quirúrgico etc.

DROGAS DE ADMINISTRACION SISTEMICA

ANTIBIOTICOS

La elección del antibiótico deberá basarse en la especificidad de la droga según la susceptibilidad del paciente, y siempre que haya un cuadro agudo desencadenado a un proceso gelulítico.

Para la elección de un antibiótico es conveniente que el cirujano dentista mande hacer un antibiograma, para encontrar el antibiótico específico y el que no produzca reacciones anafilácticas en el paciente.

Podemos prescribir los antibióticos del orden del H. - penicillium, como son, penicilinas sódicas, potasicas, ampicilinas hasta gentamicinas. Del orden del H. Streptomices como son estreptomioinas, lincomioinas, tetraciclina, eritromioinas, polimexinas, lincocin, rifamicinas, etc. Y también los antibióticos derivados del H. Cefalosporiom, como son, - cefalexinas, cefalotinas, cefalosporinas etc.

El cirujano dentista con el antibiograma, podra tener a su disposición una gama específica de antibióticos y podrá prescribir adecuadamente a las necesidades de su paciente, y sostenerle la dosificación durante el tiempo adecuado, lo -- mínimo seis días, para evitar crearle resistencia al antibiótico prescrito.

SULFONAMIDAS

Se utilizan en pacientes sensibles a los antibióticos y son eficaces contra infecciones causadas por cocos. Son muy tóxicas para los riñones con excepción del sulfisoxal, se usa una dosis inicial de cuatro u cinco tabletas de 0.5 g.,- seguida de una tableta cada cuatro o cinco horas.

ANALGESICOS Y NARCOTICOS

Son drogas que se emplean para aliviar el dolor.

Acido acetilsalicílico (aspirina).- En adultos se administran dos tabletas de 300 mg. cada una, cada tres horas en niños se darán dosis menores.

Acido acetilsalicílico buffer (Buferin).- En adultos se administran dos tabletas cada tres horas. No produce los trastornos gástricos que a veces genera el ácido acetilsalicílico común (aspirina).

Darvon compuesto.- Es un analgésico no narcótico utilizado para dolores intensos. Se administra la cápsula cada tres o cuatro horas.

Clorhidrato de pentazocina (Talwin).- Analgésico no narcótico. La dosis corriente que se usa es de 50 mg. cada cuatro horas. No se administra en niños menores de doce

años.

Codeína.- Analgésico narcótico, utilizado para dolores intensos tiene efectos hipnóticos, analgésicos y sedantes. Se administran dos tabletas de 50 mg. cada cuatro horas.

Morfina.- Solo se administra cuando ninguna otra droga causa alivio, pues es fácil contraer hábito rápidamente. Se receta como sulfato de morfina de 8-10 mg. cada cuatro a seis horas, por vía bucal, subcutánea o intramuscular.

BARBITURICOS

Son sedantes e hipnóticos, se administran para la sedación de pacientes aprensivos antes del tratamiento quirúrgico.

Pentobarbital.- Administrar una cápsula de 100 mg. treinta minutos antes del procedimiento operatorio.

Seconal.- Se administra igual que el pentobarbital.

Clorhidrato de prometazina.- Administrar de 25-50 mg.

Fenobarbital.- Se administra en dosis de 50 mg.

TRANQUILIZANTES

Son eficaces en pacientes con ansiedad y tensión.

Clordiazepóxico (librium).- Se usa en dosis de 5-10 mg. tres o cuatro veces al día.

Meprobamato (Miltown).- Se usa en dosis de 200-400 mg. tres veces al día.

Diazepam (Valium).- Se administra en dosis de 2-10 mg. dos a cuatro veces al día.

Clorhidrato de hidroxizina (vistaril).- Se administra en dosis de 25-100 mg. tres o cuatro veces al día.

RELAJANTES MUSCULARES

So útiles en pacientes con alteraciones dolorosas de la articulación temporomandibular o espasmos musculares dolorosos.

Mefenesina (Tolserol).- Se administran de 2-3 mg. veinte minutos antes de ver al paciente.

Metocarbamol (Robaxin).- Se administra en dosis de 1.5 a 2 gramos cuatro veces al día durante dos o tres días y 1 g. diario los días siguientes.

DROGAS DE ADMINISTRACION LOCAL

CORTICOSTEROIDES

Kenalog en orabase.- Se usa en forma tópica para el tratamiento de determinadas lesiones agudas y crónicas, se aplica sobre la lesión cuatro veces al día.

AGENTES ANTIINFECCIOSOS LOCALES

Actúan como desinfectantes y antisépticos. En perío -- doncia los más comunmente usados son los peróxidos, los com -- puestos mercuriales y las tinturas.

Peróxido de hidrógeno.- Una solución de agua oxigenada al 3% es un coadyugante útil como agente limpiador y antisép -- tico durante el raspaje y curetaje.

Preparaciones mercuriales.- Se utilizan en la limpieza pre y post operatoria del campo de operación, dentro de es -- tos están: El mertiolato, metafero, merbromin, y meoresin.

Tinturas.- Son antisépticos locales que se usan como-- complemento en el tratamiento de la enfermedad periodontal - sin riesgo de irritar el tejido gingival, las de uso más co -- mún son: la acriflavina, violeta de genciana y el verde bri -- llante.

La violeta de genciana se usa como tratamiento especí -- fico para la moniliasis bucal.

ANESTESICOS

Se utilizan para prevenir el dolor durante los proce -- dimientos quirúrgicos o el raspaje y curetaje subgingivales. Su administración puede ser por medio de una inyección como -- el clorhidrato de procaína, clorhidrato de lidocaína, clor -- hidrato de butetamina y clorhidrato de mepivacaína.

Dentro de los que se administran por vía tópica los --

más comunes son el sulfato de butacaína, alcohol bencílico y la benzocaína.

El Diclone se usa como un enjuagatorio anestésico. Una pequeña cantidad, cinco minutos antes de la comida, desplaza da dentro de la boca, evita la sensación dolorosa durante la masticación y su efecto es de aproximadamente 40 minutos.

HEMOSTATICOS Y VASOCONSTRICTORES

Los hemostáticos son drogas que detienen la hemorragia que mana de capilares y arteriolas laceradas. No surten efecto en hemorragias intensas. Estos hemostáticos son: polvo de sulfato férrico, se aplica el polvo localmente y se deja durante 20 minutos; trombina, se aplica tópicamente; células oxidada; gelatina absorbible estas dos últimas se usan en heridas profundas.

La drenalina se usa para controlar la hemorragia durante el raspaje y curetaje.

APOSITOS CON EUGENOL Y SIN EUGENOL

Se utilizan para el cuidado post-operatorio de intervenciones quirúrgicas periodontales. Los hay con eugenol como el Kirkland-Kaiser, y sin eugenol como el Coe-Pak que tiene acción antimicrobiana.

DENTIFRICOS

Son complemento del pulido y la limpieza de las superficies dentarias, se usan en forma de polvo, pasta o líquido los polvos y pastas contienen abrasivos como carbonato de calcio, bicarbonato de sodio y cloruro de sodio además tiene otros componentes como jabones y detergentes sintéticos, agentes mejoradores del gusto, humectantes, agua, agentes espesantes y un agente espumante.

ENJUAGATORIOS

Son soluciones de sabor agradable, aromáticas, que eliminan residuos sueltos de alimentos, pero no son sustitutos de la limpieza. Muchos enjuagatorios producen una disminución transitoria de las bacterias bucales, algunas disminuyen el depósito de placa aunque su efecto puede ser leve.

C) TRATAMIENTO QUIRURGICO

RASPADO Y CURETAJE.

El raspado es la técnica por medio de la cual se eliminan los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros o sea cemento y esmalte. El curetaje es la eliminación del tejido degenerado y necrótico que se localiza en la pared lateral del intersticio gingival patológico denomi-

nado bolsa paradontal.

Indicaciones:

1.- Eliminación de bolsas supraóseas en las cuales la profundidad es tal que los cálculos que están sobre la raíz se puedan examinar por completo, mediante la separación de la pared de la bolsa, con un chorro de agua tibia o una sonda. La pared de la bolsa debe ser edematosa y no fibrosa.

2.- Para el tratamiento de la mayoría de las gingivitis excepto el agrandamiento gingival.

3.- Se puede usar también en el tratamiento de algunas bolsas infraóseas.

Técnica:

1.- Se aísla el campo con rollos de algodón o gasa, se aplica un antiséptico suave como el merthiolate. Se aplica la anestesia ya sea tópica o por infiltración.

2.- Se eliminan los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales, obteniendo como resultado la retracción de la encía.

3.- Se introduce un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, debajo del borde inferior del cálculo y se desprende. El cincel se usa para superficies proximales que están tan juntas que no permiten la entrada de otra clase de separadores.

4.- Se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos, de cemento necrótico y el alisamiento de las superficies radiculares. El alisado final se hará con --curetas.

5.- Se curetea la pared blanda, para esta finalidad se usan curetas con bordes cortantes en los dos lados de la hoja para que en la misma operación se alise la raíz.

Se introduce la cureta de modo que tome el tapiz interno de la pared de la bolsa y se desliza por el tejido blanco hacia la cresta gingival. Se hace presión digital sobre la pared blanda de la bolsa en la superficie externa. Se coloca la cureta por debajo del borde cortado de la adherencia epitelial y se separa con un movimiento de pala hacia la superficie del diente. Con esto eliminamos el tejido degenerado, brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación.

6.- Las superficies radiculares y coronarias adyacentes se pulen con tasas de goma y piedra pómez fina con agua.

GINGIVECTOMIA

La gingivectomía es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se elimina la encía enferma y a la vez permite hacer el raspaje y alisado de la superficie radicular, acompañado por un remodelado adecuado de la encía.

Indicaciones:

- 1.- Eliminación de bolsas supraóseas profundas.
- 2.- Eliminación de bolsas supraóseas con pared fibrosa.
- 3.- Eliminación de agrandamientos gingivales.
- 4.- Abscesos periodontales.
- 5.- Papuchones pericoronarios.

Técnica:

1.- En pacientes aprensivos se premedica con sedantes --
tes puede ser Nembutal 100 mg.

2.- Se aplica anestesia por infiltración.

3.- Se marca la profundidad de las bolsas con pinzas -
marcadoras. Se introduce el extremo recto de la pinza hasta
la base de la bolsa y se unen los dos extremos de las pinzas
esto nos produce un punto sangrante en la superficie externa
de la bolsa. Cada bolsa se marca en varias partes, para dibujar
su curso sobre la superficie.

4.- Se hace la incisión, ésta se puede hacer con bisturí
rís periodontales, escalpelos o tijeras. Existen dos clases
de incisión la continua y la discontinua:

a) Continua.- Se comienza en la superficie vestibular
del último diente y se lleva hasta el sector anterior
sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas hasta la
línea media.

b) Discontinua.- Se comienza en la superficie ves-

tibular del ángulo distal del último diente y se avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose la incisión hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. La otra incisión comienza donde la anterior cruza el espacio interdentario. Estas incisiones se repiten hasta llegar a la línea media.

Una vez echas las incisiones vestibulares se hacen las linguales y se les une por medio de una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado.

5.- Se desprende el margen gingival comenzando en la superficie distal del último diente, esto se hace con una azada quirúrgica y raspadores superficiales.

6.- Se elimina el tejido de granulación, antes de proceder al raspaje, con curetas introduciéndose en la superficie dentaria por debajo del tejido de granulación.

7.- Se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se alisa la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos y curetas.

8.- Se lava con suero fisiológico y una vez que se ha formado el coágulo se pondrá un apósito quirúrgico.

El apósito debe cubrir totalmente la superficie cortada de la encía, pero debe evitarse una sobreextensión sobre la mucosa no afectada. Los labios carrillos y lengua modelarán el apósito mientras este blando. El apósito se deja a---

proximadamente una semana después de la gingivectomía, pero - puede llevarse hasta dos semanas.

GINGIVOPLASTIA

Es el método por medio del cual se restablece la forma y arquitectura normal de la encía marginal e insertada.

Indicaciones:

1.- Cuando el remodelamiento no se incluye en el tratamiento inicial.

2.- Cuando la cicatrización produce anormalidades gingivales.

Técnica:

La gingivectomía se puede hacer con bisturí periodontal, escalpelo, piedras rotatorias de diamante de grano grueso o electrocirugía.

COLGAJO SIMPLE

Es uno de los métodos preferidos para el tratamiento de bolsas infraóseas pues proporciona visibilidad y acceso excelentes, a los defectos óseos.

Técnica:

La técnica de Newman y Widman es la que se usa con más-

frecuencia:

- 1.- Incisión interna para eliminar el sector interior de la pared interna de la bolsa.
- 2.- Separación del colgajo que consta de encía, mucosa y periostio alveolar. Quedando expuesto es hueso desde el margen gingival hasta el ápice.
- 3.- Eliminación del tejido de granulación y cálculos y pulido de las superficies radiculares.
- 4.- Recorte del margen de hueso alveolar.
- 5.- Sutura del colgajo en su posición original.
- 6.- Colocación del apósito de cemento quirúrgico de - Kirkland-Kaiser o de Ose-Pak.

CONCLUSION

Dado que gran parte de la enfermedad gingival y periodontal tiene su origen en irritantes locales, el interes del tratamiento periodontal debe enfocarse hacia la prevención.

El control de placa es esencial para la prevención de la enfermedad gingival y evitar el tratamiento quirúrgico o cualquier residiva.

Con una mayor atención en la prevención de la enfermedad periodontal obtendremos menos problemas, que en un tratamiento a partir de lesiones avanzadas ó agudas.

Para lograr mantener la salud periodontal es necesario que el cirujano dentista preste una atención especial, de motivación hacia el paciente, para que use todos los medios preventivos que estén a su disposición, con visitas periódicas y chequeo de control.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alcaayaga
Patología, anatomía y fisiología bucodental.
Editorial El Ateneo.
Cuarta edición, 1960.
- 2.- Burckel Lester W.
Medicina bucal.
Editorial Interamericana.
Sexta edición, 1973
- 3.- Daniel A. Grant, I. Stera, F. G. Everett.
Periodoncia de Orban, teoría y práctica.
Editorial Interamericana.
1975.
- 4.- Glickman Irving.
Periodontología clínica.
Editorial Interamericana.
Cuarta edición, 1975.
- 5.- Hayes Louis V.
Diagnostico clínico de las enfermedades de la boca.
U T E H A
Segunda edición 1954.

6.- Quiroz Gutierrez Fernando.

Patología bucal.

Editorial Porrúa.

Segunda edición, 1959.

7.- Tiecke, Stuteville, Calandra.

Fisiopatología bucal.

Editorial Interamericana.

Primera edición, 1960.

8.- Velázquez Tomás.

Anatomía y patología bucal.

La Prensa Médica Mexicana.

1966.

9.- Zegarelli Edward V.

Diagnóstico en patología oral.

Editorial Interamericana.

Sexta edición, 1977.

10.- Joseph L. Bernier.

Enfermedades orales.

Editorial Bibliográfica Omba S.A.

Segunda edición, 1962.