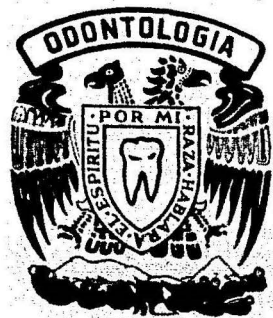


1ej. 952

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



SALUD Y PREVENCION
DE LAS
ENFERMEDADES PERIODONTALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ROSARIO SANCHEZ ORTEGA

MEXICO, D. F.

15340

1979



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.

INDICE.

INTRODUCCION.

CAPITULO I.-- ANATOMIA E HISTOLOGIA DEL PERIODONTO.

CAPITULO II.-- SALIVA.

CAPITULO III.-- PLACA DENTO BACTERIANA-CALCULO DENTARIO.

CAPITULO IV.-- FISIOTERAPIA BUCAL.

CAPITULO V.-- ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

CAPITULO VI.-- CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

CAPITULO VII.-- DIAGNOSTICO CLINICO E INTERPRETACION RADIOGRA-
FICA.

CONCLUSIONES.

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

La mayor pérdida de dientes es por causa de procesos cariosos y la enfermedad periodontal en adultos, por muchos años se considero a la periodoncia como un conjunto de técnicas terapéuticas, cuya finalidad era tratar de salvar los dientes cuya enfermedad era avanzada, pero poco a poco se fue haciendo notorio que la pérdida dentaria era la etapa final de procesos, que se habían originado pero no tratados en la juventud.

Tendremos que diagnosticar acertadamente una enfermedad periodontal ya que nos será de gran ayuda futura, ya que dichas enfermedades nos causan daño para varios tratamientos dentales y no obtendremos el éxito deseado.

Esta es una pequeña síntesis recopilada de la ciencia Odontológica, dentro de la rama Periodontica y que existen muchos conceptos en nuestra profesión sobre dicho tema, que debemos reconocerlos y aplicarlos de la mejor manera, para restaurarles a todos los que nos soliciten su salud perdida por medio del buen ejercicio de nuestra noble profesión.

C A P I T U L O I

ANATOMIA E HISTOLOGIA DEL PERIODONTO.

ENCIA.

La encía es la parte de la membrana mucosa bucal, que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

La encía se divide en tres áreas:

- 1.- Encía Marginal (encía Libre).
- 2.- Encía Insertada.
- 3.- Encía Interdentaria.

ENCIA MARGINAL.

La encía marginal es la encía libre, que rodea los dientes en de collar y se halla demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal es de un ancho mayor que un milímetro, forma la pared blanda del surco gingival.

SURCO GINGIVAL.

Es la hendidura somera alrededor del diente, limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía, es una depresión en forma de V, con una profundidad de 1.8mm, con una variación de 0 a 6mm, 2mm, 1.5mm y 0.69mm.

ENCIA INSERTADA.

La encía insertada se continúa con la encía marginal, es firme y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacente, vestibularmente la encía se extiende hasta la mucosa alveolar relativamente laxa y movable de la que la separa la línea mucogingival (unión mucogingival).

el ancho de la encía insertada en el sector vestibular en diferentes zonas de la boca, varía de menos de 1mm a 9mm en la-

cara gingival del maxilar inferior, termina en la unión con la mucosa que tapiza el surco subgingival en el piso de la boca la superficie palatina igualmente firme y resistente.

ENCIA INTERDENTARIA.

La encía interdientaria ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario. Consta de dos papilas: una vestibular y una gingival el col, este último es una depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal. Cada papila interdientaria es piramidal las superficies mesial y distal son levemente cóncavas.

En ausencia de contacto dentario proximal, la encía se halla firmemente unida al hueso interdentario y forma una superficie redondeada lisa, sin papila interdientaria o un col.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS NORMALES.

ENCIA MARGINAL.

La encía marginal consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado, el epitelio de la cresta y de la superficie externa de la encía marginal es queratinizado, paraqueratinizado o de los dos tipos contiene prolongaciones epiteliales prominentes y se continúa con el epitelio de la encía insertada.

FIBRAS GINGIVALES.

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno y contiene un sistema importante de haces de fibras colágenas denominado Fibras Gingivales.

Las fibras gingivales tienen las siguientes funciones: Mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente, para proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación, si ser separada de la superficie--

dentaria y unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente.

Las fibras gingivales se disponen de tres grupos: Gingivodental, Circular y Transeptal.

GRUPO GINGIVODENTAL.

Estas son las fibras de las superficies vestibular, lingual e interproximal. Se hallan incluidos en el cemento inmediatamente debajo del epitelio en la base del surco gingival, se extienden también sobre la cara externa del periostio del hueso alveolar, vestibular y lingual y termina en la encía insertada.

En la zona interproximal, las fibras gingivodentales, se extienden hacia la cresta de la encía interdientaria.

GRUPO CIRCULAR.

Corren estas fibras a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdientaria y rodean al diente a modo de anillo.

GRUPO TRANSEPTAL.

Situadas interproximalmente, estas fibras forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos en los cuales se hallan incluidos. Están en el área entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdientario y a veces se las clasifica con las fibras principales del ligamento periodontal.

La encía insertada se continúa con la encía marginal y se compone de epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo subyacente.

El epitelio se diferencia en:

- 1.- Una capa basal cuboidea.
- 2.- Una capa espinosa de células poligonales.
- 3.- Un componente granular de capas múltiples de células aplanadas con gránulos de queratocina, basófilos prominentes en el citoplasma y núcleos hipercrómicos contraídos.
- 4.- Una capa cornificada queratinizada, paraqueratinizada o las dos.

El epitelio gingival se asemeja a la epidermis en que presenta diferencias claras por el sexo, en la mujer se ha encontrado

una gran partícula feulgen positiva en la vecindad de la membrana nuclear, en 75% de los casos, en el hombre, una partícula similar pero más pequeña está presente en 1 a 2% de las células.

LAMINA BASAL (MEMBRANA BASAL)

El epitelio se une al tejido conectivo subyacente por una lámina basal que se compone de lámina lúcida y lámina densa, esta lámina es sintetizada por las células epiteliales basales y se compone de un complejo polisacárido-proteínico y -- fibras colágenas y de reticulina incluídas. La lámina basal es permeable a los líquidos pero actúa, como una barrera ante partículas.

LAMINA PROPIA.

El tejido conectivo de la encía es conocido como lámina -- propia es densamente colágena, con pocas fibras colágenas. Fibras Argirófilas de reticulina, se ramifican entre las fibras colágenas y se continúan con la reticulina de las paredes de los vasos sanguíneos, la lámina propia está formada -- por dos caras:

- 1.- Una capa papilar subyacente al epitelio, que se compone de proyecciones papilares entre los brotes epiteliales.
- 2.- Una capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

VASCULARIZACION.

Hay tres fuentes de vascularización en la encía:

- 1.- Arteriolas Supraperiosticas 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 ramas de las arteriolas bajan através --

del hueso alveolar hacia el ligamento periodontal o corren sobre la cresta del hueso alveolar.

- 2.- Vasos del Ligamento Periodontal, que se extienden hacia la encía y se anastomosan con capilares en la zona del surco.
- 3.- Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdentario y se extienden en sentido paralelo a la cresta ósea para anastomarse con los vasos del ligamento periodontal con capilares del área del surco gingival y con vasos que corren sobre la cresta alveolar.

COLOR.

Por lo general, el color de la encía insertada y marginal se describe como rosado coral y es producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentaciones el color varía según la persona y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea.

La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante y no rosada y punteada, el tejido conectivo de la mucosa alveolar, es más laxo y los vasos sanguíneos son más abundantes. La encía insertada está separada de la mucosa alveolar adyacente en la zona vestibular por una línea mucogingival claramente definida.

TAMAÑO.

El tamaño de la encía corresponde a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y la vascularización. La alteración del tamaño es una característica común de la enfermedad gingival.

QUERATINIZACION.

El epitelio que cubre la superficie externa de la encía marginal y la encía insertada es queratinizado o paraqueratinizado o presenta combinaciones diversas de los dos estados la capa superficial es eliminada en hebras finas y reemplazada---

por células de la capa granular subyacente.

Se considera que la queratinización es una adaptación protectora a la función que aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado dental.

LIGAMENTO PERIODONTAL.

El ligamento periodontal es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso, es una continuación de tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

FIBRAS PRINCIPALES.

Los elementos más importantes del ligamento periodontal son las fibras colágenas, dispuestas en haces y siguen un recorrido ondulado los extremos de las fibras principales se insertan en el cemento y hueso, se denominan fibras de Sharpes.

GRUPO TRANSEPTAL.

Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino, estas fibras constituyen un hallazgo notablemente constante. Se reconstruyen incluso una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

GRUPO DE LA CRESTA ALVEOLAR.

Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener el diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente.

GRUPO HORIZONTAL.

Estas fibras se extienden en ángulo recto respecto al eje mayor del diente, desde el cemento hacia el hueso alveolar su función es similar a la del grupo de la cresta alveolar.

GRUPO OBLICUO.

Es el grupo más grande del ligamento periodontal, se extienden desde el cemento en dirección coronaria en sentido oblicuo respecto al hueso, soportan el grupo de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

GRUPO APICAL.

Se irradia desde el cemento hasta el hueso en el fondo del alveolo, no lo hay en raíces incompletas.

OTRAS FIBRAS.

En el tejido conectivo intersticial entre los grupos de fibras principales se hallan fibras colágenas distribuidas con menor regularidad que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos.

Otras fibras del ligamento periodontal, son las fibras elásticas que son relativamente pocas y fibras oxitalánicas (ácido resistente) que se disponen principalmente alrededor de los vasos y se insertan en el cemento del tercio cervical de la raíz.

ELEMENTOS CELULARES.

Los elementos celulares del ligamento periodontal son los: fibroblastos, células endoteliales, cementoblastos, osteoblastos - osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones de células epiteliales, denominados: "CELULAS EPITELIALES EN REPOSO".

En el área apical y cervical son más abundantes los restos epiteliales, están distribuidos cerca del cemento en casi todos los dientes, al ser estimulados proliferan éstos restos epiteliales --

participando en la formación de quistes laterales y la profundización de bolsas periodontales cuando se fusiona con el epitelio gingival.

Los linfáticos vienen a complementar el drenaje venoso ya que en la región apical acompañan a los vasos sanguíneos, drenan la región inmediatamente inferior a la adherencia epitelial y pasan al ligamento periodontal. En la inervación del ligamento periodontal vamos a encontrar fibras sensoriales capaces de transmitir por las vías trigéminas sensaciones dolorosas, depresión y táctiles, hay una serie de haces nerviosos que son receptores, propioceptivos, que cuando el diente hace contacto se encargan del sentido de localización.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

- A.- Funciones Físicas.
- B.- Funciones Formativas.
- C.- Funciones Nutricionales.
- D.- Funciones Sensoriales.

Dentro de las funciones físicas tenemos, transmisión de fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso y mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, resistencia al impacto de las fuerzas oclusales (absorción del choque) y provisión de una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

Hay cuatro sistemas principales en la resistencia a las fuerzas oclusales:

- 1.- Sistema Vascular.- Ejerce una absorción sobre las fuerzas oclusales de tensión y actuando también como amortiguador de choque.
- 2.- Sistema Hidrodinámico.- A través de los pares de los vasos circundantes, se filtra por los agujeros de los alveolos líquido--

de los tejidos y líquidos que pasan por las paredes de los vasos antes mencionados para resistir las fuerzas axiales.

Cuando se aplica una fuerza horizontal u oblicua, hay dos fases características de movimiento dentario, una que esta dentro de los confines del ligamento periodontal y una segunda parte que produce un desplazamiento de las tablas óseas vestibular y lingual. Así - como el diente depende el ligamento periodontal para que éste lo sostenga durante su función, el ligamento periodontal depende de la estimulación que le proporciona la función oclusal para conservar su estructura.

El ligamento periodontal se atrofia cuando la función disminuye o no existe de la manera inversa cuando se exceden las fuerzas oclusales en la capacidad del ligamento periodontal, producen una lesión llamada: Trauma de la Oclusión.

EL CEMENTO.

Tejido mesenquimatoso calcificado, formados de la capa externa de la raíz anatómica.

El componente del cemento tanto del tipo Acelular (primario) y el Celular (secundario) es una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas, de éstas últimas hay dos tipos:

Las fibras de Sharpey, formadas por fibroblastos y el segundo tipo, producido presumiblemente por cementoblasto.

La mayor parte del cemento acelular, es ocupado por las fibras de Sharpey que tienen un papel primordial en el sostén del diente.

El cemento celular está menos calcificado, que el acelular, la distribución de ambos es variado. Debajo de la unión amelocementaria, se encuentra inmediatamente el cemento; en dicha unión encontramos tres clases de relaciones: el cemento cubre el esmalte en 60-65% de los casos, en 30% hay una unión de borde con borde y hay un porcentaje en el cuál el cemento y el esmalte no se ponen en contacto, siendo esta relación de 5-10%.

Con la edad disminuye la permeabilidad del cemento, su espesor tiene una variante de 16 a 60 micrones.

Hay depósito continuo de cemento sobre las superficies radiculares a un cuando el diente ha erupcionado; en ésta fase hay una pérdida de substancia dentaria producida por el desgaste oclusal e incisal. Durante la erupción el sostén del diente, se debilita ya que queda menos raíz en el alveolo, pero esto es compensado mediante el depósito continuo de cemento sobre la superficie radicular, en los ápices es de mayor cantidad y en las áreas de furcaciones además de la neoformación del hueso en la cresta del alveolo.

Hay un engrosamiento notable del cemento denominado Hiper cementosis, esto ocurre como engrosamiento generalizado del cemento con crecimiento nodular del tercio apical de la raíz, también hay

formas semejantes a espigas por la fusión de cementículos (masa - globulares de cemento en disposición de láminas concéntricas que están libres en el ligamento periodontal o adheridas a la superfi- cie radicular).

Tenemos también que la resorción cementaria ocurre en dientes erpcionados o no; su origen puede deberse a causas locales o gene- rales o ser idiopática (sin etiología evidente).

Por lo general el mayor porcentaje de resorción lo tenemos en- el tercio apical de la raíz,tercio medio y por último tercio gin- gival.

Las masas de cemento situadas por lo general en el ápice del dien- te se llama Cementomas, pueden ser únicos o múltiples, se descu- bren por lo general por exámen radiográfico, en casos aislados de- forman el contorno mandibular, por regla general son benignos.

HUESO ALVEOLAR.

El hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios es el llamado Proceso Alveolar, anatomicamente se divide en dos áreas separadas, pero funciona como unidad.

SE compone de la pared interna del alveolo, de hueso delgado, -- llamado hueso alveolar (lámina Cribiforme) el hueso de sostén, que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatinas de hueso compacto.

En el hueso alveolar vamos a encontrar como componente principal una matriz calcificada, con osteocitos encerrados dentro de -- los espacios (lagunas).

Las sales minerales están depositadas en cristales de Hidroxiapa-- tita, en la composición principal, tenemos el calcio y el fosfato unidos con hidroxilos; carbono y pequeñas cantidades de iones como N2, MG, y F.

Las fibras de Sharpey son las principales dentro del ligamento periodontal, que ancla el diente en el alveolo y se hayan incluídas a una distancia considerable dentro del hueso alveolar.

El aporte sanguíneo proviene de los vasos del ligamento perio-- dontal y espacios medulares; así como pequeñas ramas de vasos per-- riféricos.

Radiograficamente la pared ósea de los alveolos es radiopaca, -- delgada llamada lámina dura, la cuál contra su apariencia está -- perforada por un gran número de canales, que contienen vasos san-- guíneos, linfáticos y nervios; estableciendo la unión entre la -- porción esponjosa del hueso alveolar y el ligamento periodontal. El hueso alveolar es el menos estable de los tejidos periodontales su estructura está en constante cambio, su labilidad fisiológica -- es mantenido por un equilibrio entre la formación ósea y la resor-- ción ósea, la resorción se lleva acabo en zonas de presión y se --

forma en áreas de tensión.

El contorno óseo se adapta a la prominencia de las raíces a las depresiones verticales intermedias. La altura y el espesor de las tablas óseas vestibulares y linguales son afectadas por la alineación de los dientes y la angulación de las raíces respecto al hueso y las fuerzas oclusales.

El hueso existe para sostener los dientes durante la función y en común con el resto del sistema esquelético, depende de la estimulación que reciba la función para la conservación de su estructura, existe un equilibrio constante y delicado entre las fuerzas oclusales y la estructura del hueso alveolar.

C A P I T U L O II

SALIVA.

Es de gran interés hablar algo acerca de la saliva sus propiedades y funciones; ya que este elemento siempre lo tendremos presente en la práctica diaria de nuestra profesión.

Todos los elementos del ligamento periodontal son modificados por el medio bucal, que está compuesto principalmente por la saliva.

La saliva es un líquido inodoro e iridiscente(propiedad de reflejar la luz debidos a restos de células epiteliales y de descamación del epitelio bucal) el volumen normal es de 1 a 1.5 litros -- en 24 horas, está compuesta de 99.3% de agua y 0.7% de sólidos.

BIOQUIMICA.

En la saliva vamos a encontrar: glucoproteínas, mucina, ácido úrico, vitaminas, células epiteliales, aminoácidos, fosfatos y carbonatos.

La saliva tiene un PH que fluctúa entre 6 y 7, la saliva cuando emerge de las glándulas salivales tiene un PH que tiende a ser alcalino, posteriormente, debido a las fermentaciones que se establecen en la boca, el PH de la saliva baja y tiende a ser ácido. Asimismo podemos notar que en la saliva existen gran cantidad de carbonatos y fosfatos que contribuyen a dar a la saliva un poder--amortiguador o sea el de mantener el PH entre límites de neutralidad.

De los constituyentes inorgánicos, más abundantes en la saliva tenemos los iones de sodio y potasio, además la saliva contiene -- cantidades variables de bióxido de carbono, nitrógeno y oxígeno.

Encontramos que los sabores agradables, tienen por resultado gran producción de saliva, ciertos estímulos táctiles como la presencia en la boca de objetos lisos, por el contrario objetos ásperos producen menos saliva, incluso inhiben su secreción.

También pueden aumentar o disminuir la cantidad de saliva los impulsos que lleguen a los núcleos salivales desde centros superiores.

La zona del apetito que controla éstas diferencias, se encuentra en el cerebro, cerca de los centros parasimpáticos del hipotálamo anterior y funciona sobre todo, en respuestas a señales procedentes de las áreas corticales del gusto, olfato o de la amígdala.

El PH de la saliva se encuentra entre 6.0 y 7.0, margen que permite la acción óptima de la Ptiacina.

El PH de la saliva es generalmente neutro y algunas veces ligeramente ácido, como mecanismo de defensa en las enfermedades bucales se ha mencionado la saliva por la propiedad lubricante debido a su contenido en mucina; aunque algunas veces esta misma mucina puede recubrir las bacterias protegiéndolas de la fagocitosis.

Como factores antibacterianos contenidos en la saliva, se menciona la lisozima cuya eficacia, sin embargo, es discutible, encontramos también sustancias que parecen actuar como antibióticos contra el Estreptococo beta, algunas de las bacterias aerobias forman en la saliva humana Peróxido de Hidrógeno que inhibe a los tipos aerobios, se ha observado que la saliva estimulada recientemente inhibe al Clostridium Tetánico; algunos anticuerpos reaccionan contra la Salmonella Tifi y la Shigella Disenteria.

En la saliva los leucocitos varían de 100,000 a 1,000,000 aproximadamente por mililitro de saliva para sujetos con boca sana y de un millón hasta 11 millones para sujetos con boca inflamada o con caries, estos leucocitos provienen de la membrana mucosa, ya que en las glándulas salivales no se han encontrado.

Al iniciarse la dentición, la flora bucal muestra Actinomicetos, Espiroquetas, Cocos y Basilos de diferentes clases y en la boca del adulto encontramos Estreptococos Salivarius, Estreptococos Spirilo, Bacilos Acidófilos Fusiformes, Neisserias y algunas formas de Difteroides.

Una entidad salival con su propia función biológica, es la fase del moco móvil de la saliva, este moco que cubre la mucosa oral es elaborado por las glándulas de la submucosa y por las glándulas salivales mayores principalmente por la Sublingual -- se distribuye sobre toda la boca, sin embargo, sobre la mucosa no permanece estático, sino que la producción constante de nuevas células de epitelio oral a través de la actividad mitótica del extracto germinativo, éste es eliminado ya que dicho proceso es igual a la actividad de descamación; de ésta manera estos -- procesos provienen el estancamiento del moco sobre la mucosa, -- sin embargo en la superficie de los dientes al no haber este -- mecanismo, se estanca esta substancia en la cual se adhieren -- leucocitos polimorfonucleares, células exfoliadas, restos alimenticios y microorganismos de la flora bucal.

La función del moco móvil es recoger o escoger los leucocitos polimorfonucleares a los cuales distribuye sobre todas las áreas en las cuales realizan fagocitosis a la vez constituye su medio de protección.

El moco resulta del contacto de la mucina de la saliva con -- ello, aparece en la secreción salival y siendo su principal -- componente la mucina, el mucoide es mantenido en solución por -- sus grupos hidrófilos, pero si sus grupos eléctricos positivos -- y negativos llegan a igualarse ocurre su precipitación, esto es factible principalmente cuando el PH desciende a 5.

Finalmente mencionaremos que otro de los mecanismos, debido a la presencia de iones, bicarbonato y fosfato, parece ser la secreción de la glándula submaxilar que tiene una capacidad amortiguadora bastante más alta que el resto de la secreción salival.

FUNCIONES DE LA SALIVA.

Enumeraré algunas de las funciones más importantes de la saliva sin seguir un orden, ya que todas son de gran interés.

La saliva lubrica y humedece la mucosa bucal y labios, facilitando con ello la articulación, con sus propiedades de mojado y lubricación nos disuelve muchas substancias alimenticias, ayudando con ello a la estimulación de las papilas gustativas.

Los dientes se mantendrán húmedos y descubiertos por medio de sus componentes mucosos, ayudándolos a preservarlos por la presencia de los iones de calcio y fósforo, dando al esmalte protección de la disolución por ácidos.

Esta función ha de ser continua, como es sabido la saliva se evapora y es deglutida; por lo cual las glándulas bucales deberán proporcionar constantemente saliva, también permite que la boca quede limpia de restos celulares y alimenticios, siendo éstos unos excelentes medios de cultivo para las bacterias.

Otra función de la saliva es la referente a como los alimentos son humedecidos por la saliva y son transformados a una masa semisólida o líquida para que pueda tragarse fácilmente.

Cabe mencionar que el papel digestivo de las enzimas salivales es dudoso, dentro de este punto, diremos que los alimentos pasan muy poco tiempo en la boca.

Por último tenemos que algunos metales pesados y otras substancias inorgánicas y orgánicas pueden eliminarse parcialmente por la saliva.

C A P I T U L O III

PLACA DENTO BACTERIANA — CALCULO DENTARIO.

PLACA DENTARIA.

Se denomina placa dentaria a una capa de proteína salival que se adhiere a una pequeña porción de la superficie del esmalte dentario principalmente en aquellas zonas que no están sujetas a la autoclisis y en la que se adhieren posteriormente los microorganismos de la flora bucal.

El depósito blando amorfogranular que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios es la llamada Placa Dentaria.

La placa dentaria aparece en sectores supragingivales, en el tercio gingival de los dientes en un porcentaje mayor y subgingivalmente preferentemente en grietas, defectos y rugosidades y márgenes desbordantes de restauraciones dentarias, su color varía del gris y gris amarillento al amarillo.

En pequeñas cantidades no observamos una placa, solo que se manche con los pigmentos de la cavidad bucal o sea teñida con soluciones reveladoras.

La formación de la placa en los maxilares, superior e inferior, es en igual proporción; en cuanto a los dientes se acumula más en los posteriores, que en los dientes anteriores, más en las superficies proximales, en menor cantidad en vestibular y aún menos en la superficie lingual.

PELICULA ADQUIRIDA (CUTICULA ADQUIRIDA).

La placa dentaria se deposita sobre una película acelular formada previamente que se denomina película adquirida, pero se puede formar también directamente sobre la superficie dentaria, las dos situaciones se pueden presentar en áreas cercanas a un mismo diente.

A medida que la placa madura, la película subyacente persiste, experimenta degradación bacteriana o calcificada.

La película adquirida es una capa delgada, lisa, incolora - translúcida difusamente distribuida sobre la corona, en cantidades algo mayores cerca de la encía.

Esta película adquirida es un producto de la saliva, no tiene bacterias, es Acido Periódico de Schiff (PAS) positiva contiene además derivados de polipéptidos, lípidos y glucoproteínas, la aposición de una capa única de bacterias sobre la película adquirida o la superficie dentaria es la que marca el inicio en la formación de la placa.

La velocidad de formación y la localización varían de una persona a otra en diferentes dientes de una misma boca y en diferentes áreas de un diente. La placa crece por el agregado de nuevas bacterias, por la multiplicación de las mismas y la acumulación de productos bacterianos.

Los componentes principales de la placa son, microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos de una matriz adhesiva.

El 20% de la placa está constituida, por los sólidos orgánicos e inorgánicos, el resto es agua, el 70% del material sólido lo constituyen las bacterias y el resto es matriz intercelular.

MATRIZ DE LA PLACA.

CONTENIDO ORGANICO.

Consiste principalmente en un complejo de polisacáridos y proteínas cuyos componentes principales son: Carbohidratos y - Proteínas, aproximadamente 30% de cada uno y lípidos alrededor de 15%.

CONTENIDO INORGANICO.

El calcio y el fósforo son los componentes inorgánicos más

importantes de la matriz de la placa, también se encuentran pequeñas cantidades de magnesio, potasio y sodio.

BACTERIAS DE LA PLACA.

A medida que se desarrolla la placa, la población bacteriana cambia de un predominio inicial de cocos (fundamentalmente gran positivos) a uno más complejo que contiene muchos bacilos filamentosos y no filamentosos, al comienzo, las bacterias son casi en su totalidad cocos facultativos y bacilos -- (Neisseria, Nocordia y Estreptococos).

Los Estreptococos forman un 50% de la población bacteriana con predominio de Streptococcus Sanguis.

Algunos investigadores opinan que ni la presencia o ausencia de alimentos, ni la frecuencia de las comidas afectan el desarrollo de la placa, la placa se forma con mayor rapidez durante el sueño, cuando no se ingieren alimentos, que después de las comidas, tenemos que hay una correlación alta entre la higiene bucal insuficiente, la presencia de placa y la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival y periodontal.

Entre el segundo y el tercer día: cocos gran negativos y bacilos aumentan en cantidades y porcentaje, cuarto y quinto día: fusobacterium, actinomyces y veillonella todos anaerobios puros, aumentan en cantidad el 16% de la flora comprende veillonella.

Al madurar la placa: al séptimo día: aparecen espirilos y espiroquetas en pequeñas cantidades, especialmente en el surco gingival, actinomyces naeslundii de 1 a 14% de aumento, desde el décimo cuarto al vigésimo, entre el vigésimo octavo y nonagésimo; hay una disminución de Estreptococos de 50% a 30 o 40%, hay un aumento de bacilos, principalmente las formas filamentosas en un 40%.

Las poblaciones bacterianas de la placa subgingival y supra gingival son bastante similares, exepcto que hay una mayor cantidad de vibriones y fusobacterias subgingivales.

La placa no es un residuo de alimentos, pero las bacterias de la placa, utilizan los alimentos ingeridos para formar los componentes de la matriz.

En lo que se refiere a la dieta, en relación a la velocidad de formación de la placa, tenemos que no está relacionada con la cantidad de alimentos consumidos. La consistencia de la dieta afecta a la velocidad de formación de la placa, esta se forma con rapidez en dietas blandas, mientras que alimentos duros retardan su acumulación.

La placa es el factor etiológico principal de la caries, --gingivitis y enfermedad periodontal y constituye la etapa primaria del cálculo dentario.

LA PLACA DENTARIA EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL.

Hay muchas causas locales de la enfermedad gingival y periodontal, pero la higiene bucal insuficiente eclipsa a todas las demás, cuando se interrumpen los procedimientos de higiene bucal se acumula placa y la gingivitis aparece entre los 10 y 21 días, la severidad de la inflamación gingival está en relación con la velocidad de formación de la placa.

La importancia fundamental de la placa dentaria en la etiología de la enfermedad gingival y periodontal reside en la concentración de bacterias y de sus productos, las bacterias contenidas en la placa y en la región del surco gingival son capaces de producir daños en los tejidos y enfermedad, pero no se han establecido los mecanismos con los cuales generan enfermedad --gingival y periodontal en el hombre.

CALCULO DENTARIO.

Los cálculos han sido reconocidos como una entidad en cierta forma relacionada con la enfermedad periodontal ya desde el siglo X, Fauchard los denominó tártaro o limo y se refería a los cálculos, como a una substancia que se acumula sobre la superficie de los dientes y que se convierte, si se le deja ahí, en una costra pétreo de volumen más o menos considerable.

La causa más común de la pérdida de los dientes es la negligencia de las personas que no se limpian los dientes cuando debieran y que perciben el alojamiento de estas substancias extrañas que producen enfermedades en las encías.

El cálculo es una masa adherente, calcificada o en calcificación que se forma sobre la superficie de dientes naturales y -- prótesis dentales.

CALCULO SUPRAGINGIVAL.

Es el visible en la cavidad bucal, se refiere al cálculo coronario a la cresta del margen gingival.

Su color va del blanco amarillento, su consistencia es dura, arcillosa, es desprendido fácilmente de la superficie dentaria.

El cálculo supragingival aparece en mayor frecuencia y abundancia, en las superficies vestibulares de los molares superiores, en las superficies linguales de los dientes anteriores inferiores (frente al conducto de Wharton) y más en los incisivos centrales que en laterales. El color es modificado por factores como el tabaco o pigmentos de alimentos.

CALCULO SUBGINGIVAL.

Cálculo que se encuentra por debajo de la cresta, de la encía marginal por lo común en bolsas periodontales y que no es visible durante el examen bucal. Su consistencia es densa y dura, pardo oscuro o verde negruzco, unido firmemente a la super

ficie dentaria. Por lo general el cálculo dentario subgingival se presenta con el supragingival, aunque puede estar uno sin el otro.

También se le denomina al cálculo supragingival como salival y al subgingival como sérico, ambos cálculos aparecen en la adolescencia y aumenta con la edad, el más común es el supragingival.

COMPOSICION DEL CALCULO.

En el cálculo supragingival encontramos componentes inorgánicos y orgánicos, la parte inorgánica consta principalmente de -- fosfato de calcio 75.9%, carbonato de calcio 31.1% y fosfato de magnesio (calcio 39%, fósforo 19%, magnesio 0.8% y 1.9% de anhídrido carbónico y pequeñas cantidades de otros metales).

Sus formas cristalinas principales y sus porcentajes son: la Hidroxiapatita 58%, Brushita 9%, Whitlockita de magnesio y -- fosfato Octocálcico 21% de cada uno.

El componente orgánico es una mezcla de polisacáridos, células epiteliales descamadas, leucocitos y diversas clases de microorganismos, el 1.9 a 9.1% de este componente orgánico, son carbohidratos.

En lo referente al contenido bacteriano, hay una mayor proporción de microorganismos filamentosos gram positivos y gram negativos en el cálculo que en el resto de la cavidad oral, la mayoría son inertes.

FORMACION DEL CALCULO.

El inicio de la formación del cálculo es la placa dentaria mineralizada, no todas las placas necesariamente se calcifican.

La capacidad de concentrar calcio que tiene la placa es de 2 a 20 veces su nivel en saliva, los minerales de los cálculos son supragingivales dados por la saliva y hay la probabilidad de que el líquido gingival provea minerales para los cálculos subgingivales.

El inicio de la calcificación es en la superficie interna de la placa, en focos separados pero junto al diente; tienen aumento de tamaño estos focos y se unen para formar masas sólidas de cálculos.

La calcificación supone la unión de iones de calcio a los completos de carbohidratos y proteínas de la matriz orgánica y la precipitación de sales de fosfato de calcio cristalino en los focos de calcificación hay un cambio de basofilia de osinofilia, las capas que forman al cálculo estan separadas por una cutícula delgada quedándose incluida en él.

Hay variación de personas, dientes y épocas diferentes de una misma persona en cuanto al comienzo y velocidad de calcificación y acumulación; la predominancia mayor es la que encontramos en las superficies linguales de los dientes anteriores inferiores (90% de todos los cálculos) en lo referente a dieta y nutrición en la formación de cálculos depende de su consistencia no de su contenido.

IMPORTANCIA ETIOLOGICA RELATIVA DE LA PLACA Y EL CALCULO.

La placa es más importante que el cálculo en la etiología de la enfermedad gingival y periodontal, la gingivitis se produce en ausencia de cálculos y la formación de la placa genera gingivitis, la cual desaparece cuando se quita la placa.

Resulta difícil separar los efectos del cálculo y la placa en la encía, por que los cálculos están siempre cubiertos por una capa no mineralizada de placa, hay una correlación positiva entre el cálculo y la frecuencia de la gingivitis, pero no es tan alta como la de la placa y la gingivitis.

En personas jóvenes, el estado periodontal tiene que ver con la acumulación de placa que de cálculos, pero la situación se invierte con la edad.

Los cálculos, gingivitis y la enfermedad periodontal aumentan con la edad, es extremadamente encontrar una bolsa periodontal sin cálculos subgingivales, aunque en ciertos casos están en proporciones microscópicas y la inflamación más intensa de la pared de la bolsa es la adyacente al cálculo.

La placa no mineralizada sobre la superficie del cálculo es el irritante principal, pero la porción calcificada subyacente es un factor contribuyente significativo.

No irrita directamente la encía, pero da nido fijo para la acumulación de placa superficial irritante y mantiene la placa contra la encía.

Es posible que los cálculos subgingivales sean el producto y no la causa de las bolsas periodontales, la placa genera la inflamación gingival que comienza la formación de la bolsa, la bolsa proporciona una área protegida para la acumulación de placa y bacterias.

C A P I T U L O IV

FISIOTERAPIA BUCAL.

La fisioterapia bucal, que también se le podría llamar fase de mantenimiento, consiste principalmente en el cepillado gingival y la estimulación de los tejidos periodontales que derivan de dicho cepillado.

La fisioterapia bucal no debe ser considerada como una medida coadyuvante, sino que representa un verdadero tratamiento - basado en su eficiencia, en medida de las valoraciones fisioterapéuticas, se deben evitar los criterios extremos, ya es de suponer que el método más indicado de cepillado, puede por sí mismo eliminar la enfermedad periodontal.

La valoración del papel de la fisioterapia en el tratamiento de la enfermedad periodontal, debe sustentarse basado en su -- contribución al establecimiento de la salud periodontal.

La observación cuidadosa revela modificaciones muchas veces útiles, en el aspecto y consistencia gingival, la encía se hace gradualmente rosada, firme y resistente.

El cepillado y la estimulación de los espacios interdientales pueden participar de las siguientes formas, en el tratamiento - de la enfermedad periodontal:

- 1.- Evitando la acción del medio bucal sobre las estructuras de soporte, impidiendo por lo tanto, acumulación de detritus alimenticios.
- 2.- Acelerando el metabolismo de las sustancias entre células y vasos sanguíneos, así mismo, el masaje hace que el contenido de los vasos linfáticos y los glóbulos rojos de los capilares sean impulsados hacia las vénulas abriendo hacia los capilares a la sangre arterial.

El efecto de este drenaje de los productos finales del metabolismo, es benéfico, ya que permite el paso de oxígeno y aminoácidos que nutren a los elementos histológicos del pe-

riodonto.

3.- El cepillado aumenta o mantiene el grado de queratinización del epitelio y lo fortalece contra las lesiones locales.

El cepillo debe estar hecho de material plástico, mango debe ser recto para facilitar su manejo al poderse sujetar fuertemente, la cabeza del cepillo debe estar constituida por varios manojos de cerdas (2X6), los cuales no tendrán una altura mayor de 12mm, el ancho de la cabeza será de 12mm y el largo de la misma no será mayor de 3cm.

Los manojos deberán estar separados uno del otro, ya que al hacer presión habrá deslizamiento lateral de las cerdas, la altura de las cerdas debe ser la misma, siempre rectas.

Los manojos pueden ser sintéticos o de cerdas naturales, éstos son más duros y resistentes para la humedad que los sintéticos, la cerda natural vista al microscopio, está cubierta por una capa exterior de queratina la que muchas veces tiene desgarraduras, el cepillado debe efectuarse cuatro veces al día, al levantarse para eliminar sustancias acumuladas en la noche y después de cada comida.

MÉTODOS DE ENSEÑANZA PARA EL CEPILLADO DENTAL.

Se le pide al paciente que nos muestre cómo hace su cepillado, ante un espejo y con el cepillo húmedo; al darnos cuenta de sus errores en la técnica, se le enseña la técnica correcta empezando siempre por vestibular superior del lado derecho y terminando en el lado izquierdo, después se cepillan las caras palatinas en la misma forma, al final las superficies masticatorias.

Los pacientes utilizan diferentes o diversos métodos de cepillado, en general emplean el movimiento horizontal, que se limita a las superficies dentarias, lastima la papila y el margen gingival y puede producir retracción de la encía y abrasión dentaria.

MÉTODO CIRCULAR O DE FONES.

Se coloca el cepillo en la arcada superior y se cepilla describiendo movimientos circulares, este método no se recomienda, ya que el paciente a poco de haber comenzado lo transforma en movimientos circulares y a la vez en horizontales.

MÉTODO DE CHARTES.

Se colocan los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte dental y el tejido gingival, con las cerdas apuntadas en ángulo de unos 45° hacia el plano de oclusión, se hace entonces buena presión hacia abajo y lateral con el cepillo y se vibra delicadamente de adelante hacia atrás más o menos --
Imm.

Esta suave presión vibratoria hace que los extremos de las cerdas pasen entre los dientes y limpia bien las caras proximales, esta técnica masajea bien los tejidos interproximales.

METODO DE STILLMAN.

Se coloca el cepillo lo más alto que sea posible en el vestibulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales, excepto que más cercas de las coronas dentales, se hace vibrar el mango suavemente, en un movimiento rápido y ligeramente mesiodistal, este método limpia los espacios interproximales además de dar masaje adecuado a los tejidos gingivales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.

Se colocan las cerdas del cepillo en fondo de saco y desde allí con presión y vibración del cepillo, se llevan a incisal estimulando la encía; este método es el más generalmente aceptado.

Existen en el mercado, soluciones para descubrir placas mucoides o materia alba, se pueden utilizar cuando enseñamos al paciente a cepillarse y son: Lodo Acónito, Fuccina Fenicada al 2% Solución de Mercurio Cromo.

Es difícil cepillar una región cuando existe mala posición o ausencia de piezas dentarias, coronas clínicas grandes con recesión gingival, dientes en linguoversión, piezas dentarias aisladas, labio inferior muy tenso, en arcos inferiores angostos donde el cepillo no cabe, se coloca verticalmente, después se cepillan las caras masticatorias.

Es aconsejable que después se hagan colutorio enérgicos con objeto de eliminar los detritus que hallan quedado entre las piezas dentarias.

Se debe tener tres cepillos, para poder tener siempre seco uno de ellos, para que actue mejor, se recomienda dejar el cepillo al aire libre.

Entre los daños que puede causar el cepillado incorrecto encontramos:

- A).- Abrasión Gingival, puede ser causada por una fuerza exagerada por cepillado incorrecto o por sustancias abrasivas que contenga en el dentrífico.
- B).- Abscesos, debidos a la incrustación de pedazos de cerdas en el intersticio, como los que obran como irritantes.
- C).- Funciones con las Cerdas, la migración gingival y la exposición radicular por cepillado incorrecto, dan como resultado hiperestesia del cuello dentario.

COMPLEMENTOS PROFILACTICOS.

En algunas ocasiones, aunque el cepillado sea cuidadoso los detritus alimenticios no son eliminados, entonces se aconseja usar seda dental, la que pasa entre los espacios interdentarios teniendo cuidado de no lastimar la papila interdentaria.

También se utilizan puntas de goma para dar masaje a las papilas interdentarias y a las áreas interproximales, también pueden usarse atomizadores sobre todo cuando existen prótesis que dificultan el buen aseo interproximal.

La gasa se utiliza en las caras distales de las piezas dentarias aisladas, por último, las zonas de bifurcación y trifurcación, se pueden emplear limpiadores de pipas, los que pasan de vestibular hacia lingual o palatino.

C A P I T U L O V

EPILOGIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

La etiología de las enfermedades periodontales descansan sobre tres puntos de apoyo: uno los factores locales, otra la forman los factores generales o sistémicos, y la tercera tal vez la más difícil pero tan importante como las anteriores, re presenta los factores psicosomáticos.

Estos tres tipos de factores no trabajan aisladamente, sino que los tres se unen para constituir el gran grupo de elementos que van a producir la enfermedad periodontal.

Los factores capaces de producir enfermedad periodontal se dividen en tres grandes grupos:

I.- FACTORES LOCALES.

A).- Factores locales que se refieren al medio bucal:

1.- Sarro.

2.-Materia Alba.

3.- Empaquetamiento Alimenticio (Bromatostasis).

B).- Factores que se refieren a los tejidos dentarios:

1.- Caries.

2.- Anomalías de forma y posición:

a) Coronas grandes con respecto a raíces pequeñas.

b) Raíces dentarias unidas.

c) Anomalías de curvatura de la corona.

d) Versiones.

3.- Disfunciones:

a) Anaclusión.

b) Oclusión traumática.

C).- Factores que desde el punto de vista son malos:

1.- Mala odontología.

2.- Mal cepillado.

3.- Malos hábitos (aquellos que no tienen un origen

psicosomático; como los malos hábitos de los sopladores de vidrio, de algunos zapateros que se ponen los clavos en la boca o de algunas tribus que utilizan abrasivos en su dieta alimenticia).

2.- FACTORES GENERALES O SISTEMICOS.

Entre los factores generales o sistémicos, tenemos que hacer mención muy especial de los siguientes grupos que van a -- modificar la resistencia orgánica individual.

a) Insuficiencias vitamínicas:

I.- Principalmente del complejo B y de las vitaminas A C y D.

b) Trastornos Hormonales:

I.- Hiperparatiroidismo.

2.- Embarazo, menstruación, menopausia y pubertad.

3.- Diabetes.

c) Discrasias Sanguíneas:

I.- Anemia, leucemia y agranulocitosis.

d) Alergias.

e) Fármacos:

I.- Mercurio, bismuto y dilantín sódico.

3.- FACTORES PSICOSOMATICOS.

a) Malos hábitos:

I.- Bricomanía o Bruxismo.

2.- Tensiones musculares.

I.- FACTORES LOCALES.

A) MEDIO BUCAL.

La materia alba, es la capa compuesta por células epiteliales, serrín alimenticio (lo que queda después de la masticación) su color varía del blanco al amarillento, la presencia de materia alba es un signo clínico de la falta de cepillado y antecede a la formación de sarro.

El empaquetamiento alimenticio (bromatostasis) se puede dividir en horizontal y vertical, el primero se produce cuando los carrillos o la lengua empuja el alimento a los espacios interproximales, el vertical se produce cuando el área de contacto de una pieza dentaria se ha perdido por diversas causas.

La cúspide en el momento de la oclusión actúa como empaquetador y proyecta la comida en el sentido vertical, este tipo de empaquetamiento, es más lesionante para el periodonto que el horizontal, principalmente con los alimentos fibrosos, carne y algunos vegetales.

Clinicamente el empaquetamiento lo notamos porque la papila interdientaria, que tiene forma de pico de flauta, se empieza a achatar dejando abierto el espacio interproximal.

B) TEJIDOS DENTARIOS.

Las caries, producen destrucción de los elementos histológicos de las piezas dentarias, ocasionando muchas veces la pérdida del área de contacto y favoreciendo la retención de comida en los lugares cercanos al periodonto.

Una de las anomalías de forma más frecuente, es la que consiste en coronas grandes y raíces pequeñas, en todas las superficies masticatorias de las coronas transmitirán estímulos intensos que no van a ser tolerados por el aparato de sostén formado por raíces, cemento y hueso.

Las anomalías de curvatura, se refiere a la corona, la encía recibe un estímulo durante la masticación, en la curvatura anormal el bolo alimenticio, es rechazado y la encía no recibe la -

estimulación mecánica del alimento.

El exceso o falta de curvatura puede ser producido por el dentista cuando efectúa prótesis, sin seguir las formas anatómicas de las piezas dentarias, en los incisivos anteriores es el cingulo, el elemento anatómico que desvía la comida y obedece las mismas leyes de curvatura que se analizan en los molares.

Las anomalías de posición, son cuando las piezas dentarias quedan fuera del arco dentario.

Anomalías del frenillo, la posición normal del frenillo se encuentra en la encía alveolar, cuando el frenillo traspasa ésta zona y se inserta en encía insertada, estará en una posición aberrante y en los movimiento de deglución, fonación y masticación va a ejercer, una tensión constante sobre la encía insertada y la encía marginal, produciendo una entidad patológica denominada, Fisura de Stillman, las fisuras pueden compararse con un desgarramiento de la encía en forma de coma.

La anoclusión, es un fenómeno de la DISFUNCION en el cual una pieza o un número de piezas dentarias, no se ponen en contacto con sus antagonistas en ninguno de los movimientos mandibulares, generalmente se debe a que existen piezas dentarias atrapadas que no llegan al plano de oclusión o piezas dentarias fuera del arco dentario.

La oclusión traumática, es el fenómeno contrario a la anoclusión, se dice que cuando una pieza o un grupo de piezas dentarias reciben estímulos mayores que para lo que están destinados durante la masticación, están en oclusión traumática.

C) MALOS.

Mal cepillado, el cepillado defectuoso puede producir erosiones en los cuellos de las piezas dentarias, hipersensibilidad de las mismas y alteraciones en el contorno y textura de la encía.

La mala odontología, la producen las alteraciones altas, sin áreas de contacto, coronas mal ajustadas, sin anatomía de sus curvaturas fundamentales, puentes fijos o removibles, son factores causales primarios de periodontopatías.

Los malos hábitos, están constituidos por el uso de palillos, cortar hilo, romper cuerpos duros con los dientes, dormir con la boca abierta, son los principales responsables de los trastornos de los tejidos de soporte.

2.- FACTORES GENERALES O SISTEMICOS.

A) INSUFICIENCIAS VITAMINICAS.

La vitamina A, la insuficiencia de este elemento en el periodonto, causa agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos de la encía.

La vitamina B, se le denominó Antiberiberi y Antineurítica; actualmente se le considera al complejo B completo, la insuficiencia o la falta de ella, produce estados de hipersensibilidad y de neuritis considerándose como una causante directa de la estomatitis herpética.

La carencia de vitamina C, produce el Escorbuto, se caracteriza principalmente por las hemorragias espontáneas que produce, afecta las estructuras histológicas del endotelio vascular, así mismo la vitamina C tiene influencia directa sobre la formación y estructura normal del tejido colágeno, es un factor causal directo del tejido conjuntivo, está íntimamente ligada a la enfermedad periodontal.

Vitamina D, regula el metabolismo del calcio y del fósforo se forma al nivel de los tegumentos, es factor causal directo de la formación de hueso.

B) TRASTORNOS HORMONALES.

Se tienen pocos datos sobre la acción de las glándulas endócrinas sobre el periodonto.

Hiperparatiroidismo, el hiperfuncionamiento de la glándula paratiroides, ocasiona cavidades quísticas multiloculares en el hueso, es frecuente encontrar este tipo de cavidades relacionadas con las raíces dentarias, lo que produce movilidad de las piezas dentarias por destrucción de hueso de soporte.

Menstruación, el tejido gingival puede presentar un agrandamiento temporal durante los días que dura la menstruación.

La Pubertad, es la etapa en la que aparecen en el torrente circulatorio las hormonas estrogénicas, altera los tejidos gingivalmente.

Menopausia, es la cesación en la sangre de las hormonas estrogénicas, puede ser causa de una gingivitis descamativa y -- sensaciones de sequedad y quemadura en toda la mucosa bucal.

Diabetes, es una de las enfermedades que se discute si es o no factor causal directo de la enfermedad periodontal.

En la diabetes juvenil, se observa resequedad y abrillantamiento de las superficies gingivales, existiendo agrandamiento gingival y cambios en la textura de la encía.

El colágeno se ve afectado y observamos grandes zonas con pérdida de hueso, el ligamento periodontal tiene zonas hemorrágicas y necrosadas.

C) DISCRASIAS SANGUINEAS.

Anemia, es una reducción por debajo de lo normal de la cantidad o de la calidad de hemoglobina, sus manifestaciones en la cavidad bucal son:

- a) Hemorragia espontánea de la encía.
- b) Petequias.
- c) Palidez de la mucosa bucal.
- d) Antecedentes de sangrado al cepillado.
- e) Ulceraciones intensas de la boca, acompañadas de fiebre.
- f) Infecciones de la mucosa bucal que no responden al tratamiento.

Leucemia, es el aumento de leucocitos, su verdadera causa de la enfermedad se desconoce, representa una actividad maligna de los tejidos hematopoyéticos, los principales signos que presenta son: Aumento de volumen e hipertrofia de la encía, hemorragias frecuentes sin causa aparente, ulceraciones, movilidad dentaria, odontalgias y muchas veces necrosis de la encía y mucosa bucal.

Agranulocitosis, está constituida por zonas necróticas de forma irregular, a veces contiguas a los tejidos gingivales, se ha atribuido la aparición temprana de lesiones gingivales a la ausencia de granulocitos fagocitarios en los tejidos, puede afectar el ligamento periodontal, e incluso el hueso alveolar.

D) ALERGIAS.

La etiología de las alergias es muy variada, la pueden producir alimentos como: pescado, huevo, leche, carne de cerdo, algunas frutas, productos químicos, medicamentos, ropa metales etc.

Las reacciones alérgicas más importantes son: Quelitis ve-

nenata, Glositis venenata y Estomatitis venenata, sus manifestaciones clínicas son: del tipo de quemadura, vesícula en los labios y lengua, dolor, prurito e inflamación.

3.- FACTORES PSICOSOMATICOS.

Dentro del terreno de la periodoncia podríamos citar como una enfermedad psicósomática, la estomatitis de Vincent y los malos hábitos como, morderse las uñas, bricomanía (rechinar los dientes durante el sueño o durante el día) otro hábito -- psicósomático, son las tensiones musculares de los músculos masticadores, que trae por consecuencia, zonas de destrucción de fibras, zonas de necrosis y hemorragias en el ligamento periodontal por disminución del espacio vital.

Al existir presiones exageradas, el diente es proyectado -- hacia el fondo del alveólo disminuyendo el espacio vital del ligamento periodontal, con fenómenos destructivos en el hueso y cemento.

C A P I T U L O V I

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

Es importante para el Cirujano Dentista, dedicado a la práctica general, conocer de manera adecuada la clasificación de -- los diferentes tipos de padecimientos periodontales que sufren los pacientes.

Existen diversidad de criterios para establecer los diferentes tipos o grupos de padecimientos periodontales, se ha tratado de establecer una clasificación y terminología, que es el prefijo: PARO, con el objetivo fundamental para unificar estos conceptos, es el de escribir con uniformidad una enfermedad.

El criterio que se usa para clasificar las principales parodontopatías es el siguiente:

I.- Estados Inflamatorios:

- a) Gingivitis.
- b) Parodontitis.

2.- Estados Distróficos:

- a) Gingivosis.
- b) Parodontosis.

3.- Estados Neoplásicos (benignos):

- a) Parodontomas.

GINGIVITIS.

Etimológicamente gingivitis significa inflamación de la encía, como una respuesta ante los irritantes locales y trastornos generales o sistémicos.

SIGNOS CLINICOS Y SINTOMAS.

La gingivitis se caracteriza por las alteraciones de la encía marginal y de las papilas interdentarias, los cambios de color aparecen tempranamente, más tarde aparece inflamación y agrandamiento gingival, en algunos casos, la encía permanece blanda y edematosa, pero en otros el tejido se agranda endureciéndose.

El tiempo o duración de proceso patológico, también tiene un papel importante, pues la producción de tejido conjuntivo-fibroso es el resultado de una inflamación prolongada en donde predomina la reparación en forma de producción de colágeno o proceso de cicatrización.

Los signos y síntomas de la gingivitis pueden describirse así:

- 1.- Cambios en la textura, pérdida del puntilleo gingival y aspecto brillante y liso.
- 2.- Cambios de coloración, del rosado hasta los tonos rojos.
- 3.- Cambios en la forma: edema.
- 4.- Cambios en el intersticio, ulceración del epitelio, sangrado.
- 5.- Cambios del margen gingival, crecimiento excesivo, bolsa virtual.
- 6.- Hendiduras y festones.
- 7.- Presencia de irritante local: sarro.

La lesión gingival puede estar limitada a la región marginal por corto tiempo, extendiéndose hacia la encía insertada.

El sangrado, es un signo importante de la gingivitis cuando se examina una bolsa con un instrumento, la pared lateral del tejido blando sangra fácilmente, la presión provoca hemorragia el paciente suele quejarse de sangrado al cepillado y durante las comidas.

En la radiografía no se observan signos de alteración de la cresta alveolar, el dolor y la sensibilidad a la masticación, son síntomas de proceso agudo.

DATOS MICROSCOPICOS.

Generalmente el epitelio del intersticio gingival es mucho más delgado que el de la encía insertada, en algunos casos, la inflamación gingival muestra signos de ulceración, que penetran profundamente en el tejido conjuntivo.

De este modo la inserción epitelial se hace más gruesa y se extiende lateralmente y hacia apical, cuando se destruyen fibras gingivales adyacentes, el tejido gingival contiene gran cantidad de células inflamatorias esparcidas entre las fibras de colágeno, frecuentemente todo el tejido gingival está compuesto por un infiltrado celular inflamatorio, pero en otras veces se encuentra un tejido conjuntivo denso, con hileras interpuestas de células inflamatorias, como regla general existe acumulación de estas células junto a la inserción epitelial.

IRRITANTES GINGIVALES.

Los irritantes gingivales son de diverso origen, actúan mediante una influencia irritante directa, modificada solamente por la habilidad del paciente para resistirla o para reparar el daño una vez producido, el tiempo es un factor que debe ser considerado, ya que una lesión de dos semanas de duración, no

es igual a otra de dos años, por consiguiente, la acción de los factores etiológicos y la tendencia orgánica a la reparación dan origen a muchas variaciones en el aspecto de las lesiones.

La inflamación gingival temprana, junto con el sarro dental suele ocasionar cambios de coloración en el margen gingival, es te aparece como una porción separada del resto de la encía in-sertada.

La tumefacción con margen redondeado y un posible cambio en el color, la retracción del puntilleo gingival, brindan después algunos de los signos del diagnóstico, más tarde se observan la recesión, la fibrosis y todas las demás características.

El color cambia de una región a otra de la encía y así obs-rvamos que el margen gingival presenta una coloración rosa pálido, signo clínico que acompaña a la fibrosis, la que también se diagnostica cuando el tejido gingival permanece rojo o ma--genta. Una de las características principales de la lesión periodontal, es su cronicidad, el factor causal está siempre pre-sente, lo mismo el sarro que el impacto alimenticio, la lesión es de repetición y no se puede repetir o producir cura-ción com-pleta, entonces se establece un proceso inflamatorio crónico - que persiste a pesar de todos los intentos de reparación, la - frecuencia del irritante es por lo tanto de mucha importancia.

Los irritantes gingivales pueden enumerarse como sigue:

- a) Depósitos calcificados.
- b) Flacas de mucina, bacterias.
- c) Materia alba.
- d) Impacto de alimento, marginal y proximal.
- e) Irritaciones por restauraciones defectuosas.
- f) Respiración bucal.
- g) Higiene inadecuada de la cavidad bucal, retención de alimentos.

h) Cepillado defectuoso.

i) Hábitos que pueden irritar la encía, como el uso incorrecto de palillos.

DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS.

La gingivitis puede estar localizada en la encía correspondiente a un solo diente, a un grupo de dientes o generalizada a toda la encía.

La enfermedad gingival puede ser marginal, papilar y difusa;

Marginal.- Interesa el margen gingival y puede incluir una parte de la encía adherida contigua.

Papilar.- Limitada a la papila interdental, cuando están atacadas las papilas interdenciales y el margen gingival adyacente, se habla generalmente de enfermedad gingival marginal.

Difusa.- Cuando ataca la encía marginal y adherida y la encía palatina, hasta una distancia correspondiente al largo de las raíces, usando los términos anteriores, la situación de la enfermedad gingival puede ser descrita como sigue:

- 1.- Enfermedad marginal localizada, confinada a una o más zonas de la encía marginal.
- 2.- Enfermedad difusa localizada; va del margen al surco vestibular.
- 3.- Enfermedad papilar.
- 4.- Enfermedad marginal generalizada; cubre la encía marginal de todos los dientes.
- 5.- Enfermedad difusa generalizada; ataca la mucosa gingival de toda la boca.

GINGIVITIS ESPECIALES.

Gingivitis Escorbútica, síntomas generales de escorbuto, encía enrojecida, hiperplástica, ulcerada y hemorrágica, la terapéutica inicial se limita a dosis altas de vitamina C 1500mg.

por día durante una semana, después se reduce a 500mg. por día durante cuatro semanas, posteriormente se administra 300mg. por día durante un mes y finalmente la dosis es de 100mg. diarios, al final de este periodo, el aspecto clínico de la encía mejorará considerablemente, la inflamación aguda desapareció pero se observa gingivitis marginal y papilitis crónica.

Gingivitis Crónica, en esta afección las papilas adquieren coloración magenta y aparecen inflamadas y brillantes, la encía marginal es delgada y de color rosa pálido; presenta puntillado gingival firme sin exudado, salvo en las papilas, en las regiones interproximales puede observarse un depósito de sarro fino.

El tratamiento de elección es el raspado y curetaje, así como la enseñanza al paciente de la técnica de cepillado.

Gingivitis del Embarazo, los factores sistémicos, desempeñan un papel importante en la etiología de la gingivitis, no como factores primarios, sino más bien como secundarios o de modificación, una de las características microscópicas de la gingivitis durante el embarazo, es la proliferación capilar, a menudo la hiperplasia de la gingivitis del embarazo está limitada a ciertas regiones; la encía hiperplástica es frías y sangra con facilidad a cualquier estímulo.

Cualquier papila individual hiperplástica puede hacerse extremadamente grande, denominándosele tumor del embarazo, tanto los tumores del embarazo, como la gingivitis, tienden a desaparecer después del parto.

El tratamiento de estos casos, consiste en el raspado de los tejidos blandos, higiene bucal adecuada y estímulo mecánico a los tejidos.

Después del embarazo, es necesario un cuidadoso exámen para asegurarse que todas las manifestaciones de la inflamación han desaparecido sin daño tisular residual.

Gingivitis Necrosante Ulcerosa, esta enfermedad llamada "BOCA DE TRINCHERA", "INFECCION DE VINCENT", "GINGIVITIS NECROTICA-AGUDA", "ESTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSA", hasta el término actualmente aceptado de "GINGIVITIS NECROSANTE ULCEROSA".

Como su nombre lo indica, esta enfermedad es una lesión inflamatoria dolorosa con necrosis del tejido gingival, como una de sus principales características; pero su proceso patológico completo se presta a innumerables confusiones.

Este proceso necrosante, muestra predilección por las papilas interdentes, formándose una pseudomembrana que cubre el tejido necrótico.

La terapéutica con antibióticos, suele dominar la fase aguda. Los factores etiológicos más probables en la iniciación de la gingivitis necrosante ulcerosa, están comprendidos dentro de dos grandes grupos: locales y generales.

Los primeros son los factores irritantes con depósito de sarro higiene bucal deficiente, aletas gingivales como las que se ven alrededor de los dientes en erupción, márgenes irritantes de restauraciones y uso excesivo de tabaco.

Los factores generales pueden abarcar la higiene general, cansancio físico, tensión emocional y desnutrición.

Gingivitis Herpética, es producida por Herpes Zoster, puede confundirse con la Gingivitis de Vincent, que tiene localización en el vértice de la papila interdental, la gingivitis herpética se distingue porque es generalizada, produce una úlcera parecida a la quemadura de cigarro, su terapéutica es a base de medicamentos capaces de elevar los mecanismos de defensa, como la globulina gamma, que no tiene una fase curativa es-

pecífica, sino que atenúa la virulencia del microorganismo en acción, la terapéutica local de elección, es el raspado y el curetaje, eliminando las causas que producen la enfermedad.

PARODONTITIS.

Conjuntamente con la gingivitis, la parodontitis es la entidad patológica más común que encontramos en nuestros pacientes, existe en la parodontitis migración apical de la inserción epitelial, con toda la secuela de inflamación de la pared lateral de la encía, destrucción de hueso que radiográficamente es apreciable.

La parodontitis, es el tipo de padecimiento del periodonto cuyos síntomas coinciden con la descripción de Piorrea Alveolar, existen dos tipos de parodontitis marginal que son:

- 1.- La forma localizada, debido a la pérdida de contacto de las piezas dentarias o en presencia de prótesis -- mal ajustadas que producen infección.
- 2.- La forma generalizada, engrosamiento de margen gingival el cual pierde su adherencia al cuello dental, las encías sangran fácilmente y están inflamadas, al presionar sobre tejido inflamado, se hace salir pus del intersticio gingival, el tejido óseo se atrofia en su cresta, en dirección perpendicular a la longitud del diente.

Las bolsas periodontales pueden encontrarse localizadas en el lado mesial o distal de los dientes, muchas veces se localizan rodeando totalmente a los dientes, existe gran cantidad de cálculos supragingivales , localizados generalmente sobre las coronas de los dientes afectados, presentando una consis-

tencia de mayor dureza y aspecto cristalino.

SINTOMAS Y SIGNOS.

Los síntomas y signos de la parodontitis, son semejantes a los de la gingivitis, la característica principal es la pérdida de la cresta alveolar, lo que pone en peligro la estabilidad del diente, debido al desarrollo de la inflamación gingival, la cresta alveolar puede ser atacada ocasionando así la resorción.

Al asentarse la enfermedad del diente, éste se hace menos firme sufriendo pérdida de estabilidad, pérdida de contacto y migración, son más frecuentes cuando los síntomas están relacionados con las lesiones del aparato de inserción.

PATOGENIA.

El diagnóstico clínico de la parodontitis, se basa en la inflamación gingival en forma de bolsa y se exudado purulento - en la resorción alveolar, movilidad, generalmente la enfermedad es indolora.

La bolsa periodontal, con su exudado purulento y la resorción de la cresta alveolar son las características clínicas de esta enfermedad, la bolsa periodontal tiene por un lado, la superficie del diente con su cuerpo expuesto cubierto por depósito de sarro, el otro lado, está formado por la encía con diferentes grados de inflamación.

Del cemento coronal al fondo de la bolsa periodontal es un tejido necrótico sin vitalidad.

PROGRESO DE LA INFLAMACION.

El proceso inflamatorio prolongado, tiene tendencia a profundizarse a los vasos sanguíneos y linfáticos, es característico de la parodontitis, en la radiografía muestra el resulta

do de la destrucción ósea, tiempo después que este proceso ha estado activo.

TRAYECTO DE LOS VASOS SANGUINEOS.

El trayecto de los vasos sanguíneos en la cresta alveolar puede ocurrir en forma de Y y la cresta aparece esfumada en la radiografía.

Si los dientes están cerca unos de otros, separándolos sólo un hueso alveolar delgado, la inflamación puede llegar a la membrana periodontal en ambos lados y la parte coronal de esta cresta puede estar completamente destruida.

Progreso de la Inflamación hasta el Hueso.- El proceso inflamatorio se extiende a los procesos medulares óseos, pues sigue el curso de los vasos sanguíneos, las toxinas derivadas del proceso inflamatorio, son llevadas a las zonas más profundas, lo que explica en parte, la resorción de la cresta alveolar.

El aumento de la presión en la zona, el edema, la tumefacción, la hiperemia activa y pasiva y las enzimas proteolíticas, son las causas de la resorción del hueso, la penetración de toxinas hasta los tejidos más profundos, también pueden producir resorción ósea.

FACTORES ETIOLÓGICOS.

Los principales factores etiológicos de la parodontitis, son locales e irritantes, la parodontitis puede agravarse o complicarse por enfermedades generales, trastornos endocrinos, diferencias nutricionales o otros factores.

Factores Extrínsecos.- La irritación es un factor primario debido a depósitos con sus invisibles gérmenes, es un factor fundamental en la profundización de las bolsas.

Factores Intrínsecos.- Los factores generales juegan un importante papel en el desarrollo, forma y gravedad de algunos casos de esta enfermedad, hay enfermedades que predisponen a la desorganización de los tejidos y a las reacciones inflamatorias; un ejemplo de ellas es la Diabetes.

La Diabetes Mellitus, es una perturbación de los islotes de Langer-Hans del páncreas y de la función del hígado, muchas veces esta enfermedad se asocia con trastornos de otras glándulas endócrinas, como la tiroides y las suprarrenales.

Entre las secuelas más importantes encontramos la degeneración de las proteínas, procesos degenerativos generalizados, disminución de la resistencia a los procesos infecciosos y aumento de las reacciones inflamatorias.

El aumento de la gravedad en la diabetes, cuando existe inflamación, se debe a la glucosa que se forma en el sitio inflamado por la destrucción de las proteínas y a la liberación de exudados tóxicos (necrosina) éstos actúan sobre el hígado y aumentan el nivel de la glucosa sanguínea de tal manera que es necesario administrar grandes dosis de insulina.

El papel de la diabetes en la parodontitis, es el factor agravante hay menor resistencia a las infecciones, debido a la falta de formación de antitoxinas y a que la resistencia tisular está disminuida como consecuencia de la destrucción del material proteico, la regeneración tisular en general, es más lenta y menos eficaz después que se ha iniciado el proceso de degeneración.

Entre los factores generales debe incluirse la constitución orgánica del individuo, la que sin padecer ningún estado morbo so, puede hacer al individuo más vulnerable o que reacciones más intensamente al mismo agente agresor.

PRONOSTICO.

Al hacer el pronóstico de toda la zona afectada, se consideran los siguientes factores:

- 1.- Actividad del Paciente.- Solamente los pacientes interesados es conservar sus dientes permiten un pronóstico favorable y deben estar dispuestos a llevar a cabo una buena higiene bucal.
- 2.- Estado del Hueso Alveolar.- La densidad del hueso alveolar es un factor engañoso del pronóstico, pues en gran parte depende del estudio radiográfico.
- 3.- Profundidad Media de la Bolsa.- Es menos favorable cuando existe una mayor profundidad en las bolsas periodontales.
- 4.- Relación de las Bolsas con la Unión Mucogingival.- Cuando las bolsas se extienden más allá de la encía insertada la mucosa alveolar, el pronóstico debe ser reservado.
- 5.- Carácter del Tejido.- Las diferentes características del tejido como la inflamación, edema, hiperemia, fibrosis y necrosis, tiene influencia en el pronóstico y tratamiento.
- 6.- Edad del Paciente.- El pronóstico es más favorable en pacientes de mayor edad con lesiones periodontales similares a uno más joven.
- 7.- Número y Distribución de los Dientes Remanentes.- Debe existir un número suficiente de dientes para una función y restauración adecuadas.
- 8.- Morfología Dental.- Los pacientes con raíces largas y fuertes y aquellos con raíces cilíndricas a manera de huso, tienen más posibilidades de conservar sus dientes en su sitio que los que tienen raíces cortas y cónicas, los pacientes con hiperementosis tienen generalmente buen pronóstico.
- 9.- Salud y Estado General del Paciente.- El pronóstico es reservado en algunos casos con enfermedad general de posible im-

rtancia.

PRONOSTICO DE CADA DIENTE.

- 1.- Movilidad.- A mayor movilidad del diente es menos favorable el pronóstico, se ha de tener presente que el aspecto radiográfico y la movilidad no siempre concuerdan, en los casos en los que hay alguna movilidad, el pronóstico es bueno si se puede corregir o mejorar cualquier traumatismo periodontal y aplicar férulas.
- 2.- Cantidad de Hueso.
- 3.- Resorción Alveolar Vertical.- En la formación de bolsas profundas y vericales, la cirugía ósea puede ser el único tratamiento, pero se deben medir cuidadosamente los beneficios de esta operación y compararlos con el daño que se hace a los dientes adyacentes que conservan buena estructura alveolar.
- 4.- Los Dientes con lesión de la bifurcación tienen pronóstico reservado, sin embargo cuando las raíces están firmes y largas y la bifurcación expuesta, es accesible a los cuidados caseros, algunos de estos dientes pueden ser salvados.
- 5.- Al hacer el pronóstico de cada diente en la enfermedad periodontal, se debe intentar un balance de todos estos factores.

TERAPEUTICA.

Es obvio que la bolsa periodontal debe ser suprimida, en ella se ocultan espículas de depósitos calcificados que son fuente de irritación, es el foco de donde parte el proceso inflamatorio.

La terapéutica de las afecciones periodontales inflamatorias coincide basicamente en la eliminación de los factores locales. La eliminación de la bolsa periodontal, puede efectuarse de varias maneras, según su extensión y relaciones con el resto del periodonto, no todas las bolsas pueden ser eliminadas por el ras

pado gingival, como tampoco por la gingivectomía en muchas ocasiones es necesario usar varias técnicas, para las diferentes bolsas en un mismo paciente, estos son procedimientos quirúrgicos especiales, el raspado radicular es parte importante de cualquier tratamiento periodontal.

GINGIVOSIS.

La gingivosis es un padecimiento distrófico o degenerativo caracterizado por la caída del epitelio bucal, a nivel de la encía marginal y la encía insertada, con exposición del tejido conjuntivo subyacente.

El padecimiento afecta a la capa basal del tejido conjuntivo y puede observarse que en la unión del tejido epitelial y el tejido conjuntivo existe una línea de separación que hace que pierdan su íntima unión, dando por resultado la descamación del epitelio o descamación epitelial.

El paciente tiene imposibilidad de ingerir alimentos de consistencia dura, ya que el roce de dichos alimentos produce molestias, los alimentos muy condimentados también producen dolor, la mucosa bucal se encuentra seca y el paciente siente en muchas ocasiones sensación de quemadura.

La gingivosis puede confundirse con otros padecimientos, como por ejemplo: las alergias a ciertos alimentos como: el pescado, las frutas, a los fármacos que producen cuadros semejantes pero se diferencian las manifestaciones bucales de un estado alérgico, produciendo pequeñas vesículas que se encuentran rodeadas por una zona indurada y eritematosa que al desprenderse deja una zona de tejido conjuntivo expuesto.

A la gingivosis se le ha denominado de diferentes formas: Gingivoestomatitis Descamativa Crónica, Estomatitis Senil, Estomatitis Menopáusicas, etc.

La etiología de esta enfermedad aún no se establece definitivamente pero a base de estrógenos mejora el cuadro patológico.

La conducta terapéutica a seguir, debe estar basada en la determinación de los agentes causales que están produciendo el padecimiento y para poder llegar a un diagnóstico, se deberá pedir la cooperación del especialista en Endocrinología, el que nos proporcionará datos importantes que permitan formar nuestro criterio para la mejor comprensión de esta enfermedad.

PARODONTOSIS.

La parodontosis, es de las enfermedades distróficas o degenerativas, está caracterizada por la destrucción parcial o total de los elementos de soporte del diente; atacando a un grupo de dientes o a la totalidad de los mismos, Gottlieb la denominó, Atrofia Difusa del hueso alveolar.

Su etiología no se ha definido de una manera precisa, pero sus causas principales son los factores generales o sistémicos tales como: la desnutrición, estados clínicos o subclínicos o avitaminosis.

Es un padecimiento que ataca a personas jóvenes, aparece generalmente alrededor de los 30 años, se observa en ambos sexos pero más frecuentemente en las mujeres.

Los síntomas más importantes son los siguientes:

- a) Se forman diastemas por migraciones vestibulares y mesiales del grupo de los incisivos superiores.
- b) Las piezas dentarias más afectadas son los incisivos superiores e inferiores y la zona de molares.

c) La movilidad es de segundo o tercer grado, según sea la cantidad de tejido de soporte afectado.

El paciente tiene ya síntomas bien determinados como: exudado, formación de abscesos, movilidad, dolor, migración, etc.

El tratamiento adecuado consiste en valorizar por medio del estudio clínico y radiográfico, cuales son las piezas que pueden o intentar salvarse haciendo una valoración del número de paredes que ha atacado la bolsa en cada pieza dentaria, posteriormente, ya determinado el pronóstico, se recurre al raspado y curetaje, ferulización temporal y algunas veces técnica del colgajo, pero este es un tratamiento local y va a resolver solamente la segunda fase de la enfermedad o sea la inflamación, debemos investigar con ayuda del Médico General, que padecimiento es el que afecta al paciente y instituir la terapéutica adecuada para cada caso ya que el factor directo es de origen sistémico y sólo se elimina por el tratamiento médico general, el pronóstico es grave es este padecimiento.

PARODONTOMAS.

Entre las características más sobresalientes de las neoplasias benignas encontramos que son: encapsulados, de crecimiento lento, no producen metástasis y son indoloras.

I.- Tumores Benignos:

a) Fibroma.

b) Hemangioma.

2.- Lesiones Traumáticas:

a) Epulis.

3.- Lesiones Inflamatorias:

a) Tumor del Embarazo.

El factor más frecuente se debe, probablemente a una irrita-

ción mecánica a la que la encía parece ser especialmente sensible, dicha irritación, puede ser producida por, una prótesis mal colocada, actualmente no se reconoce la naturaleza tumoral tendiendo a considerarla como neformación inflamatoria.

FIBROMA.

Son neoplasias de tejido conectivo, generalmente se encuentran encapsulados, los fibromas del periodonto provienen de - tejido conectivo gingival o del ligamento periodontal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son tumores esféricos, de crecimiento lento, bien definidos a causa de que están situados superficialmente pueden ulcerarse y sangrar, son raros al dolor, pero cuando la lesión es grande puede interferir en la masticación, se presenta con mayor frecuencia en la edad avanzada, que durante la juventud.

HISTOPATOLOGIA.

Es un tumor relativamente carente de vasos, los elementos - inflamatorios crónicos principalmente linfocitos y plasmocitos suelen estar presentes y a veces dominar el cuadro patológico el depósito de colágeno aumenta con la edad y si el traumatismo es continuado, se produce una cicatrización típica.

TRATAMIENTO.

La resección del tumor se practica previa anestesia, el cuidado de la herida ha de ser el objetivo principal del tratamiento consecutivo de ser posible mediante una resección más amplia del tejido óseo, la herida debe quedar cubierta por el -- desplazamiento de la mucosa para lo cual es necesario movili--

zar dicha mucosa por medio de incisiones más extensas.

HEMANGIOMA.

Es un tumor benigno formado por vasos sanguíneos, generalmente es de dos tipos: capilar y cavernoso, siendo el más común el capilar, aparece ocasionalmente en el periodonto, difiere de la hiperplasia simple en que los vasos tienen una disposición caprichosa, sin relación funcional con el aporte vascular al periodonto.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son blandos, sésiles o pediculados, indoloros, el contorno puede ser liso, irregular o bulboso, el tamaño y la relación del tumor con los tejidos adyacentes es sumamente variable.

Su color depende de la cantidad, tamaño y tipo de los vasos cuando son grandes, son de color rojo brillante, cuando son menores y situados en conductos arteriales o venosos, el color tiende a ser púrpura, al presionar sobre ambos se observan signos de isquemia.

HISTOPATOLOGIA.

En la forma cavernosa los vasos son amplios, notorios y llenos de sangre, frecuentemente también son irregulares y tortuosos.

TRATAMIENTO.

Cuando su tamaño no excede de 1cm, está indicada la radioterapia o tratamiento quirúrgico, pero si los tumores son más extensos, se necesitan altas dosis de radiaciones, lo que hace necesaria la extirpación quirúrgica.

EPULIS.

Llamado también Granuloma, reparador de células gigantes periférico y se trata de un crecimiento de tejido blando, solitario, localizado y que hace excrecencia sobre el espacio interproximal de la encía, a nivel del cuello del diente, es ta adherido a los tejidos por medio de un pedículo estrecho.

La etiología de esta lesión son: la neoplásica u traumática, este padecimiento es iniciado probablemente, por un factor irritante, inicialmente se produce una hemorragia seguida de un proceso fibroendotelial, asociado al aumento, en el número y tamaño de vasos sanguíneos, con la hemorragia se observa producción de células gigantes, con incremento progresivo de la lesión.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Pueden aparecer en la papila interdientaria o en el margen gingival, es más frecuente su aparición en el margen gingival y en la cara labial, pudiendo ser sésil o pediculado, su aspecto varía, desde una masa regular y lisa, hasta una protuberancia.

Las lesiones son de tamaño variable y su color varía desde el rosa hasta el rojo profundo o azul púrpura, cuando aparecen en el periodonto, se les denomina Granuloma Reparador de Células Gigantes Periférico para diferenciarlos de lesiones similares. Al aumentar de tamaño, puede resultar herido el periodonto en la masticación, produciéndose hemorragias y algunas veces necrosis superficiales, es cuando hacen su aparición - los síntomas inflamatorios, dolores y tumefacciones ganglionares.

TRATAMIENTO.

El granuloma reparador de células gigantes, debe ser eliminado quirúrgicamente con la atención puesta en la remoción total de su pedículo que en algunos casos es difícil, porque no está claramente delineado en su base.

En algunos casos el épolis es invasor local, pero puede extender y destruir el hueso subyacente, si no se elimina completamente, son frecuentes las recidivas, si el épolis está pediculado, se secciona el pedículo y se extirpa el hueso subyacente con una cucharilla cortante en los tumores con base ancha, la extirpación será más amplia.

En cada caso habrá de emplearse la técnica quirúrgica más adecuada, el hecho de necesitarse repetidos legrados con el peligro de una posible degeneración y las molestias que para el paciente implican las repetidas intervenciones deben evitarse.

TUMOR DEL EMBARAZO.

El agrandamiento gingival, de aspecto tumoral, no es un neoplasma; es una lesión inflamatoria de la encía que es el resultado de la respuesta a los factores irritantes locales, modificada por el estado del paciente.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Generalmente aparece después del tercer mes del embarazo -- con frecuencia del 2 al 5%, es una lesión indolora a menos que su tamaño y forman favorezcan la acumulación de restos alimenticios o interfieran en la oclusión, aparece como una masa es-

férica, achatada, fungiforme, lobulada en su periferia, emergiendo del margen gingival por su zona interproximal, que es la más común vestibular o lingual e insertada por una base pediculada o sésil, tiende a expandirse lateralmente por la presión que ejercen la lengua y el carrillo, lo que le permite -- retener su aspecto achatado, su color es rojo oscuro o magenta con una superficie brillante y lisa que frecuentemente presenta adundante punteado rojo intenso.

TRATAMIENTO.

Consiste principalmente en la eliminación completa de todos los irritantes locales, higiene bucal adecuada y completa eliminación del tejido enfermo.

Frecuentemente al terminar el embarazo, se reduce espontáneamente el tamaño del agrandamiento gingival, al restablecerse el equilibrio hormonal, pero es necesaria la erradicación quirúrgica del agrandamiento, si no desaparece o si interfiere con la masticación.

C A P I T U L O V I I

DIAGNOSTICO CLINICO E INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

Es importante, que nuestra terminología y nuestro criterio esten unificados para así poder describir las enfermedades según sus propias características.

La historia clínica en periodoncia se puede dividir en dos secciones:

1.- Antecedentes Patológicos del Paciente.

2.- Parodontograma, que es la reproducción de todos los datos obtenidos a través del estudio clínico y radiográfico.

En la historia clínica periodontal se analizará cuidadosamente:

- a) Tratamientos Previos.
- b) Estado de Salud Actual.
- c) Antecedentes Patológicos Familiares.
- d) Hábitos.
- e) Oclusión.
- f) Prótesis.
- g) Apreciación Radiográfica.
- h) Pruebas de Laboratorio.
- i) Diagnóstico.
- j) Plan de Tratamiento.
- k) Indicaciones Protésicas.

Es importante mencionar todos los datos etiológicos por orden de importancia, ya que esto constituye un entrenamiento adecuado y objetivo para la práctica dental.

Los datos más importantes , desde el punto de vista radio-

gráfico son:

- a) Relación Corona-Raíz.
- b) Posición y Forma de la Raíz.
- c) Grado de Calcificación del Hueso, ya que a mayor calcificación, mejor pronóstico.
- d) Resorción Osea, que puede ser horizontal o vertical.
- e) Zonas de Hiper cementosis, producida por trauma oclusal o patología del tejido pulpar.
- f) Espacio del Ligamento Periodontal, si está aumentado, generalmente se debe a oclusión traumática y este aumento indica que existe edema e inflamación del mismo.

La edad avanzada del paciente o la falta de estímulo por dieta blanda, se puede manifestar por una atrofia del ligamento periodontal es de vital importancia, que todos los pacientes que van a recibir un tratamiento periodontal, se les haga un estudio radiográfico, ya que sin él, el diagnóstico no podrá efectuarse totalmente ni de una manera sistematizada.

En el parodontograma, se marca con color rojo, el trayecto del margen gingival con todas las características (agrandamientos, fisuras etc) y con color azul, por ejemplo el fondo de la bolsa, de esta forma se establece la profundidad y el tipo de bolsa que padece el paciente, también se marca, la migración, las piezas ausentes, las piezas incluidas, la movilidad y las prótesis si es que existen.

Una vez que tenemos anotados estos datos, ya podemos establecer un diagnóstico, el cual será importante, ya que determinará que tipo de tratamiento requiere nuestro enfermo y sus posibilidades de recuperación.

C O N C L U C I O N .

Según las estadísticas actuales, sabemos que la principal causa de pérdida de dientes, en niños y adolescentes, hasta los 30 años aproximadamente es por caries dental, de esta edad en adelante la mayoría de pérdidas dentarias es por la enfermedad periodontal.

Con base en lo anterior debemos de conocer de la mejor manera las estructuras anatómicas del periodonto y las reacciones bioquímicas de la inflamación, para así poder hacer un diagnóstico oportuno y acertado de la enfermedad periodontal y su tratamiento correcto.

Lo ideal sería la prevención de la enfermedad periodontal y debemos de hacerlo hasta donde sea posible; aunque aquí nos encontremos con una serie de obstáculos como son:

La poca cooperación por parte de nuestros pacientes, si son niños no conocen realmente la gravedad de la enfermedad y no contamos con la ayuda de los padres; tratándose de pacientes jóvenes- adultos, tenemos la negligencia mostrada por ellos - ante la enfermedad y acuden a nosotros, presentando cuadros - muy severos de esta enfermedad.

Debemos de estimular a nuestros pacientes a que asista regularmente (mínimo cada 6 meses) al Cirujano Dentista para que se le haga un examen cuidadoso y temprano, darle indicaciones sobre la importancia de tener buenos hábitos orales, técnicas de cepillado correctas y enseñarles a que tenga un control de su placa dentobacteriana siendo esto muy importante en la prevenición y tratamiento de la enfermedad periodontal.

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

Bioquímica Dental.

Lazzari Eugene P.

Edi. Interamericana S. A.

Periodontología Clínica.

Glickman.

Edi. Interamericana S. A.

Las Especialidades Odontológicas
en la Práctica General.

Alvin L. Morris.

Harry M. Bohannon.

Edi. Labor S. A.

Periodoncia y Parodontología.

Orban Bacint J.

Edi. Interamericana S. A.

Clínica de Parodontia.

Legarreta Reynoso.

La Prensa Médica Mexicana.