

24/708

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



---

**TESIS DONADA POR**  
**D. G. B. - UNAM**

**PADECIMIENTOS PARODONTALES EN**  
**ODONTOLOGIA INFANTIL**

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

**VERONICA PATRICIA OLVERA SILVA**

**México, D. F.**

**1980**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



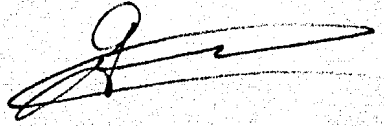
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

No. 10



# I N D I C E

## PADECIMIENTOS PARODONTALES EN ODONTOLOGIA INFANTIL

### INTRODUCCION

### CAPITULO I

#### ANATOMIA, HISTOLOGIA, Y FISIOLOGIA DEL PARODONTO.

- A). - ENCIA
- B). - LIGAMENTO PARODONTAL
- C). - CEMENTO
- D). - HUESO ALVEOLAR

### CAPITULO II

- A). - CARACTERISTICAS DEL PARODONTO EN NIÑOS

### CAPITULO III

#### ANATOMIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS.

- A). - DESARROLLO DE LOS DIENTES
- B). - DESARROLLO DE LA DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE
- C). - MORFOLOGIA DE LA DENTICION PRIMARIA
- D). - DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE.

### CAPITULO IV

#### ETIOLOGIA DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES

- A). - FACTORES EXTRINSECOS
- B). - FACTORES INTRINSECOS

**C). - CLASIFICACION**

**CAPITULO V**

**MANIFESTACIONES ORALES DE ALGUNOS PADECIMIENTOS SISTEMICOS**

**A). - VARICELA**

**B). - SARAMPION**

**C). - ESCARLATINA**

**D). - DIFTERIA**

**E). - ANEMIA ERITROBLASTICA**

**F). - LEUCEMIA**

**CAPITULO VI**

**PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS PADECIMIENTOS  
PARODONTALES.**

**CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFIA**

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

Los padecimientos parodontales son en general, en unión con la caries dental, una de las causas más frecuentes de la pérdida de las piezas dentales, es por ello que el estudio de la histopatogenia de éstos padecimientos se ha intensificado enormemente.

Los padecimientos parodontales se caracterizan por la proliferación apical de la inserción epitelial con la consiguiente formación de bolsas parodontales, exudado purulento, disminución del tejido de soporte y movilidad patológica de las piezas dentarias, con grandes destrucciones del hueso alveolar; afortunadamente esto es poco común en los niños, su presencia indica casi siempre la existencia de factores etiológicos sistémicos de gran importancia por lo que la acción de los factores etiológicos locales es más desfavorable aún sobre el parodonto que en ausencia de los factores sistémicos en cuyo caso la resistencia del organismo a la infección, impide el desarrollo y evolución de las lesiones parodontales a grados más severos.

Sin embargo, la gingivitis es la lesión parodontal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, siendo las regiones de los incisivos superiores e inferiores los más frecuentemente afectados.

A pesar de que se ha observado que el proceso inflamatorio agudo de la encía es más común en niños que en personas adultas, las formas crónicas de gingivitis constituyen la mayoría de las lesiones parodontales en la niñez y casi todos los factores etiológicos son también los responsables de los padecimientos parodontales en el adulto.

El hecho de que la gingivitis no sea un padecimiento caracterizado por excesivas destrucciones de los elementos del parodonto, no justifica -- que el tratamiento sea descuidado y su prevención no sea llevada a grado -- máximo, la oportuna eliminación de los irritantes locales que pudieran causar una gingivitis, evitará en muchos casos males mayores y en general --- mejorará la salud del parodonto.

## C A P I T U L O I

### **ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISILOGIA DEL PARODONTO**

**A). - ENCIA**

**B). - LIGAMENTO PARODONTAL**

**C). - CEMENTO**

**D). - HUESO ALVEOLAR.**



## A). - ENCIA.

La encía es la parte de la mucosa unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares.

### DIVISIONES MORFOLOGICAS

La encía se divide en:

1. - Insertada
2. - Marginal
3. - Papilar

#### 1. - Encía insertada y unión mucogingival.

La encía insertada está limitada por la unión mucogingival y la línea del surco gingival, su ancho es variable en diferentes personas y en las diferentes zonas de la misma boca.

Es más ancha en los dientes anteriores donde llega a tener hasta 4 mm. o más y es más angosta en zona de premolares, en molares llega a tener 1 mm. de ancho y a veces no existe.

La superficie se caracteriza por el aspecto de cáscara de naranja - denominado punteado y este puede ser fino o grueso variando de una persona a otra así mismo varía según la edad o sexo, también suele no presentarse en algunas zonas.

#### 2. - Encía Libre o Marginal.

Es la parte coronaria no insertada que rodea al diente y forma el surco gingival.

### 3. - Encía Papilar.

Las comprenden las papilas gingivales que son de especial importancia clínica y patológica, puesto que son las primeras y más exactas indicadoras de enfermedad parodontal.

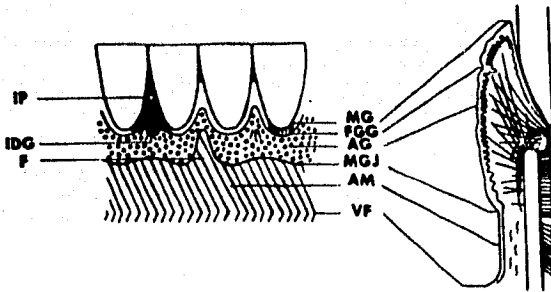


Fig. 1-2. Dibujo esquemático de las características de la superficie de la encía clínicamente normal. IP, Papila interdental; IDG, surcos interdentarios; F, frenillo; MG, encía marginal; FGG, surco gingival libre; AG, encía insertada; MGJ, unión mucogingival; AM, mucosa alveolar; VF, tórnix vestibular.

Entre las manifestaciones que presentan las papilas están:

- Enrojecimiento
- Tendencia a sangrar fácilmente.
- Sensibilidad.
- Ablandamiento.
- Hinchazón leve.

Las papilas tienen forma piramidal en la parte anterior de la boca y forma de cuña en los dientes posteriores, semejando una tienda de campaña.

## CARACTERISTICAS DE LA SUPERFICIE

### Color:

Normalmente es de color rosa pálido, pero este varía según el grado de irrigación, queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

### Textura:

Generalmente hay punteado en las superficies vestibulares de la encía insertada, este ha sido descrito como aspecto de "cáscara de naranja".

### Contorno Papilar:

Las papilas deben llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto. En personas mayores el contorno más normal puede ser redondo y no puntiagudo.

### Contorno Marginal:

La encía debe afinarse hacia la corona para terminar en un borde delgado, a manera de "filo de cuchillo".

### Consistencia:

Deberá ser firme y la parte insertada debe estar firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar.

### Surco:

Este es el espacio entre la encía libre y el diente. Su profundidad es mínima, en estado de salud el surco no deberá exceder más de 3 mm.

## HISTOLOGIA

La superficie de la encía insertada se caracteriza por la presencia del punteado, este punteado es una depresión epitelial y se opina que es el resultado de haces de fibras colágenas que penetran en las papilas de tejido

conectivo.

La enca insertada y la superficie externa de la enca libre se hallan cubiertas de epitelio escamoso estratificado queratinizado.

#### CARACTERISTICAS FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES.

La enca se compone de varios grupos de fibras las cuáles integran el ligamento gingival. Las fibras gingivales se disponen funcionalmente en los siguientes grupos:

- a). - Dentogingivales: Van desde el cemento hasta la punta de la papila.
- b). - Crestogingivales: Nacen en la cresta alveolar y se insertan en la punta de la papila.
- c). - Circulares: No tienen inserción propia, rodea todo el diente en forma de anillo.
- d). - Transeptales: Van del cemento de un diente al del diente vecino.
- e). - Dentoperiosticas: Van del cemento del diente hacia la parte externa del hueso.

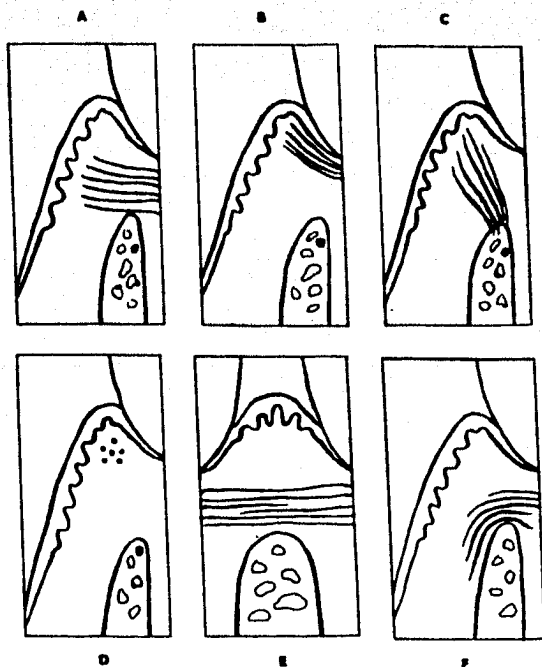


Fig. 25. Esquema de los grupos de fibras de tejido conectivo en la zona de la unión dentogingival. A y B, Fibras dentogingivales. C, Fibras alveologingivales. D, Fibras circulares. E, Fibras transeptales. F, Fibras dentoperforísticas. (Modificado de Erasquin, J.: Histología dentaria humana, Buenos Aires, 1953 Pro-Rental.)

## FUNCION.

Principalmente es de protección, mantienen la posición de los dientes y protege el hueso en la masticación.

## B). - LIGAMENTO PARODONTAL.

El ligamento parodontal es un tejido conectivo denso que une el diente al hueso alveolar.

## HISTOGENESIS.

El ligamento parodontal se forma antes de ocurrir la erupción de los dientes permanentes y su formación se puede ilustrar en 4 pasos:

1. - El ligamento parodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado en el hueso alveolar, sin embargo las fibras cementarias se encuentran muy cercanas unas de otras y son cortas, en cambio las alveolares son escasas y más aisladas. Entre ambos tipos de fibras hay de otro tipo estas son colágenas laxas que corren en sentido paralelo al eje mayor del diente.

2. - Posteriormente el tamaño y número de fibras alveolares aumentan se alargan y se ramifican en sus extremos creciendo estas más aprisa que las fibras cementarias.

3. - Las fibras alveolares y cementarias siguen alargandose y parecen unirse.

4. - Cuando el diente entra en función, los haces de fibras se ensanchan y son continuos entre hueso y cemento.

Una vez constituido el ligamento parodontal, sus fibras se organizan en grupos denominados haces de fibras principales que se distinguen por sus diferentes direcciones.

El ancho del ligamento varía con la edad de la persona y con las demandas funcionales que se ejercen sobre el diente. El ancho del ligamento es de  $0.25 \pm 0.1$  mm. Su ancho mínimo está en el centro del alveolo y su máximo en el ápice.

## ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

Las fibras del ligamento se encuentran por debajo del hueso alveolar a diferencia de las fibras de la encía que se encuentran por arriba del hueso alveolar.

Sus funciones principalmente son:

Físicas

Nutricionales

Sensoriales.

1). - La física abarca lo siguiente:

Transmisión de fuerzas oclusales al hueso, mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, resistencia al impacto de las fuerzas oclusales (absorción del choque).

2 y 3). - Las funciones nutricionales y sensoriales incluyen:

El ligamento parodontal provee de elementos nutritivos al cemento - hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.

La Inervación del ligamento parodontal confiere sensibilidad propia y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y desempeña un papel importante en el mecanismo neuromuscular -- que controla la musculatura masticatoria.

En cuanto a su organización el ligamento parodontal incluye 5 grupos de fibras, las cuales se encuentran onduladas cuando no se ejerce una oclusión, estas fibras son las siguientes:

### 1. - Grupo de la Cresta Alveolar.

Tienen de afuera hacia adentro una dirección oblicua hacia oclusal, impidiendo la extrusión del diente. Su inserción es en cresta alveolar y parte cervical del cemento.

### 2. - Grupo Horizontal.

Se insertan en el cemento dentario y en el hueso alveolar a partir del fulcrum.

### 3. - Grupo Oblicuo.

Son las más abundantes, abarcan la mayor parte de la superficie de la raíz y del alveolo, los haces corren oblicuamente hacia apical, constituye el sosten principal del diente contra las fuerzas masticatorias.

### 4. - Grupo Apical.

Cubren y protegen el paquete vasculonervioso de la pulpa dentaria, tienen forma de abanico desde la región apical de la raíz hacia el hueso circundante.

### 5. - Grupo Interradicular.

Este grupo corre entre las furcaciones de los dientes interradiculares. Las fibras de Sharpey son los extremos de las fibras colágenas incluidas en el cemento y en el hueso.

## C). - CEMENTO.

El cemento es un tejido conjuntivo calcificado, especializado de origen mesenquimatoso. Cubre la superficie de la raíz anatómica del diente. - Su función principal es: La de insertar en la superficie del diente las fibras



del ligamento parodontal entre las cuales hay tejido conjuntivo laxo y vasos linfáticos, sanguíneos y nervios.

### CEMENTOGENESIS.

La formación del cemento comienza con la mineralización de la trama de fibrillas colágenas dispuestas irregularmente en la sustancia fundamental interfibrilar. Aumenta su espesor mediante la adición de sustancia fundamental y la mineralización progresiva de fibrillas colágenas del ligamento parodontal.

La formación de cemento es un proceso continuo que se produce a ritmos diferentes. El depósito de cemento es continuo ya que el desgaste provocado por las fuerzas oclusales hacen que el diente erupcione para equilibrar la pérdida de sustancia dentaria, mientras erupcionan, queda menos raíz en el alveolo y el sostén del diente se debilita, esto se compensa con el depósito continuo de cemento sobre la superficie radicular, en mayores cantidades en los ápices y áreas de furcaciones.

Se presentan dos tipos de cemento: Primario y Secundario.

El primero es acelular y se forma cuando no ha entrado todavía en funcionamiento.

El secundario se forma a partir de la masticación como una serie de nuevas aposiciones de cemento, lo que constituye como anteriormente se dijo, una renovación. La parte más apical de la raíz posee cemento celular y la parte cervical, cemento acelular.

La continua aposición de cemento evita que se pierda la Dimensión-

Vertical, sin embargo en la enfermedad parodontal no aumenta de igual manera, siendo su resorción mayor y más frecuente.

#### D). - HUESO ALVEOLAR.

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios.

Se compone de la pared interna del alveolo, de hueso delgado compacto, denominado hueso alveolar; el hueso de sostén que consiste en trabéculas reticulares o hueso esponjoso, y las tablas vestibular y palatina de hueso compacto. El tabique interdentario consta de hueso de sostén encerrado en un borde compacto.

El hueso existe con la finalidad de sostener los dientes durante la función de la masticación, depende de la estimulación que reciba de esta función para la conservación de la estructura ósea.

El hueso se remodela constantemente como respuesta a las fuerzas oclusales, eliminándose donde ya no se precisa y es añadido donde surgen nuevas necesidades.

#### HISTOFISIOLOGIA

A pesar de su dureza, el tejido óseo presenta plasticidad acentuada en el sentido en que experimenta fenómenos de reabsorción y neoformación que en condiciones normales mantienen el equilibrio de formación del tejido óseo.

## C A P I T U L O II

### CARACTERISTICAS DEL PARODONTO EN NIÑOS.

## CARACTERÍSTICAS DEL PARODONTO EN NIÑOS.

Durante la infancia y la pubertad, el parodonto esta en constante estado de cambio debido a la exfoliación y erupción de los dientes. Es por esto que la descripción de un parodonto normal en niños es difícil por que va de acuerdo a la edad de estos,

Sin embargo, investigadores como Zappler, han hecho una descripción general del parodonto juvenil, enumerando las siguientes características:

### Encía:

1. - Más rojiza, debido a un epitelio más delgado y menos cornificado y más vascularizado.
2. - Ausencia de punteado, debido a que las papilas conectivas de la lámina propia son más cortas y planas.

### Consistencia:

1. - Más blanda, en razón de la menor densidad del tejido conectivo de la lámina propia.

### Márgenes:

1. - Sus márgenes son redondeados y agrandados, originados por la hiperemia y el edema que acompaña a la erupción.

### Intersticio Gingival:

1. - Mayor profundidad del surco, facilidad relativa de retracción gingival.

Cemento:

1. - Más delgado.
2. - Menos denso.
3. - Tendencia a hiperplasia de cemento por apical a la adherencia --  
epitelial.

Ligamento Parodontal:

1. - Más ancho.
2. - Haces de fibras menos densos con menor cantidad de fibras por  
unidad de superficie.
3. - Mayor hidratación, menor aporte sanguíneo y linfático.

Hueso Alveolar:

1. - Cortical alveolar más delgada (radiográficamente).
2. - Menor cantidad de trabéculas.
3. - Espacios medulares más amplios.
4. - Reducción del grado de descalcificación.
5. - Mayor aporte sanguíneo y linfático.
6. - Crestas alveolares más planas, asociadas con los dientes prima-  
rios.

Esta descripción por lo general suele ser similar entre varios auto-  
res y puede haber algunas modificaciones, por ejemplo:

La encía de los niños con dentadura totalmente primaria suele ser  
firme y rosada, con una zona bien definida de encía insertada, no se presen-  
ta ni roja ni blanda como afirma Zapler.

El ancho de la encfa insertada varfa entre 1 y 6 mm. para dentición primaria y entre 1 y 9 mm. para dentición adulta.

La zona más estrecha de encfa insertada se halla en la región de -- primeros premolares inferiores y superiores.

La zona más ancha corresponde a la región de incisivos superiores e inferiores.

Esto sugiere que hay un aumento del ancho promedio de la encfa insertada, aumento que comienza en la dentición temporaria y prosigue hasta que se establece la adulta.

Durante la madurez, sin embargo, se producen pocos cambios, durante el período de la dentición mixta, los hallazgos de Zappler respecto de que la encfa es rojiza y blanda son válidos en razón de las modificaciones de la erupción.

## C A P I T U L O   I I I

### **ANATOMIA DE LOS DIENTES PRIMARIOS**

- A). - DESARROLLO DE LOS DIENTES.**
- B). - DESARROLLO DE LA DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE**
- C). - MORFOLOGIA DE LA DENTICION PRIMARIA.**
- D). - DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE DENTICIONES PRIMARIAS Y PERMANENTE**

## A).- DESARROLLO DE LOS DIENTES.

El diente humano se compone de estructuras especializadas, que pueden clasificarse en tres grupos:

1. - Las estructuras propiódonticas (esmalte y dentina) peculiares al diente, no encontrándose tejidos similares en otra parte del cuerpo.
2. - La pulpa; de estructura endodóntica.
3. - Las estructuras parodontales (cemento, hueso alveolar, membrana parodontal y encía). Estas son estructuras de sostén y protección de los dientes.

### CICLO VITAL DEL DIENTE.

Cada diente pasa sucesivos periodos de desarrollo durante su ciclo vital siendo estos cinco periodos:

#### I. - Crecimiento:

- a). - **Iniciación.** - Comienzo de la formación del brote dentario del epitelio bucal.
- b). - **Proliferación.** - Multiplicación de células y elaboración del órgano del esmalte.
- c). - **Histodiferenciación.** - Especialización de las células. Las células del epitelio interno del órgano del esmalte se transforman en ameloblastos; las células periféricas del órgano de la dentina se convierten en odontoblastos.
- d). - **Morfodiferenciación.** - Alineamiento de las células formativas a lo largo de la futura unión amelodentaria y dentinocementa-



ria de manera de bosquejar el tamaño y forma de la futura corona y raíz.

e). - Aposición. - Depósito de la matriz de esmalte y dentina en capas incrementales.

II. - Calcificación.

Endurecimiento de la matriz por la precipitación de las sales de calcio.

III. - Erupción.

Movimiento del diente a la cavidad bucal.

IV. - Abrasión. - Desgaste de los dientes durante la función masticatoria.

V. - Reabsorción.

Remoción de las raíces de los dientes primarios por acción de los osteoclastos.

#### B). - DESARROLLO DE LA DENTICION PRIMARIA Y PERMANENTE.

Al nacer, la dentición temporal está bien adelantada en su desarrollo. Todos los dientes desiguales empiezan a calcificarse alrededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina; se encuentran calcificadas las coronas de los incisivos centrales en su tercio incisal, un poco menos que la de los incisivos laterales, también se observan las cúspides de los caninos y las caras masticatorias de los molares poco calcificados, los arcos alveolares son pequeños.

Además de la dentición temporal se ven los gérmenes de los dientes permanentes y el inicio de la calcificación de los primeros molares.

La erupción es un proceso dinámico por medio del cual, el diente -- es llevado desde su cripta de desarrollo y colocado dentro de la cavidad bucal en oclusión con sus correspondientes dientes antagonistas.

La erupción de los dientes deciduos empieza en forma variable al terminarse la calcificación de la corona e inmediatamente después de que empieza la calcificación de la raíz.

Durante la erupción de los dientes de reemplazo ocurren muchas actividades simultáneamente:

- a). - La raíz del diente permanente se alarga.
- b). - La raíz del diente temporal se reabsorbe.
- c). - El proceso alveolar aumenta en altura.
- d). - Movimiento del diente permanente hacia oclusal.
- e). - El borde inferior de la mandíbula que muestra mucho menos actividad de crecimiento que los otros procesos.

Los dientes inferiores suelen erupcionar uno o dos meses antes que los superiores correspondientes.

El incisivo central inferior, suele ser el primer diente en erupcionar, esto se presenta entre los seis y siete meses.

La erupción de la dentición temporal se sucede en el siguiente orden cronológico:

1). - Incisivo central inferior

Incisivo central superior

2). - Incisivo lateral inferior

Incisivo lateral superior

3). - Primer molar inferior  
Primer molar superior

4). - Canino inferior  
canino superior

5). - Segundo molar inferior  
Segundo molar superior

El orden en que se efectua la erupción, ayuda a determinar la posición de los dientes en el arco y ejerce mayor influencia en el desarrollo adecuado del arco dental, que el tiempo real de la erupción.

A continuación se mostrará un cuadro sinóptico con el tiempo de inicio de la calcificación y la erupción de cada uno de los dientes de la dentición primaria.

<u>Pieza Dentaria</u>	<u>Inicio de la Calcificación</u>	<u>Tiempo de Erupción</u>
<b>PIEZAS MAXILARES</b>		
Incisivo Central	4to. mes in útero	7 meses
Incisivo Lateral	4 1/2 mes in útero	9 meses
Canino	5to. mes in útero	10 meses
Primer molar	5to. mes in útero	14 meses
Segundo Molar	6to. mes in útero	24 meses

## DENTICION TEMPORARIA

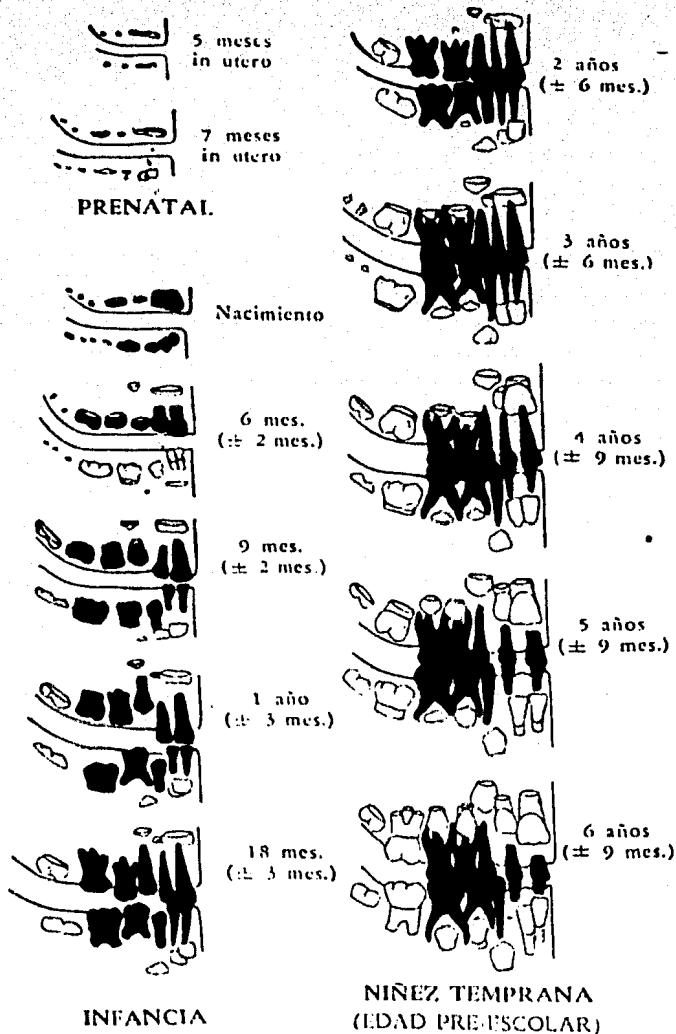
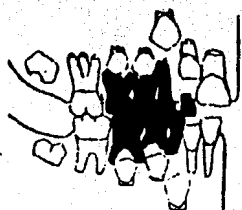


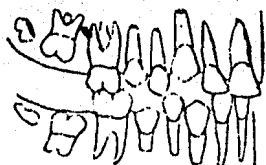
FIG. III-13. — Cronología del desarrollo de las denticiones.

## DENTICION MIXTA

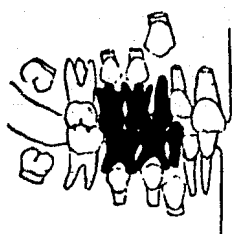
## DENTICION PERMANENTE



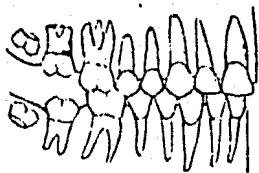
7 años  
(± 9 mes.)



11 años  
(± 9 mes.)



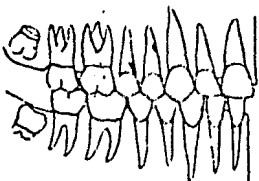
8 años  
(± 9 mes.)



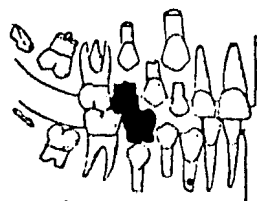
12 años  
(± 6 mes.)



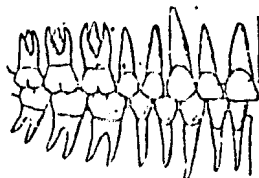
9 años  
(± 9 mes.)



15 años  
(± 6 mes.)

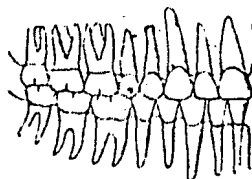


10 años  
(± 9 mes.)



21 años

Niñez Avanzada  
(Edad Escolar)



35 años

Adolescencia  
y Adultez

## PIEZAS MANDIBULARES

Incisivo Central	4 1/2 mes in útero	6 meses
Incisivo Lateral	4 1/2 mes in útero	7 meses
Canino	5to. mes in útero	16 meses
Primer Molar	5to. mes in útero	12 meses
Segundo Molar	6to. mes in útero	20 meses

## C). - MORFOLOGIA DE LA DENTICION PRIMARIA

La dentición primaria consta de 20 dientes y por término medio está completada a la edad de 2 a 2 1/2 años. En el 6to. año de vida comienza su reemplazo por dientes permanentes, proceso que concluye a los 12 años.

Los dientes temporales son más pequeños que los dientes permanentes y tienen color blanco azulado; igual que los dientes permanentes constan de una corona cubierta de esmalte, cuello y raíz.

La cavidad pulpar que se abre hacia el conducto radicular es más ancha, las coronas son más bajas, más convexas y no tan variables como los dientes permanentes.

Los incisivos tienen la corona en forma de escoplo, de perfil tienen forma de boquilla de flauta, con una superficie labial convexa y una superficie lingual algo cóncava, regularmente se encuentra un tubérculo lingual.

La raíz se desvía ligeramente hacia distal, contiene un conducto único y su corte horizontal es más o menos redondeado.

Los incisivos inferiores son más pequeños que los superiores.

Los caninos superiores son más anchos que los inferiores y tienen en la superficie labial un listón mediano bien pronunciado.

La corona es llamativa y es simétrica contrariamente a la corona de los caninos permanentes y tiene un tubérculo lingual prominente, las raíces son triangulares, con bordes redondeados.

Por lo demás, prescindiendo de su forma más compacta concuerdan ampliamente con los caninos permanentes.

Los molares están en el lugar de los premolares de la dentición permanente, pero por su forma son verdaderos molares.

El primer molar es más pequeño que el segundo; teniendo 2 ó 3 raíces.

El primer molar primario inferior tiene una cara vestibular ligeramente convexa y una corona cuadrangular, con la superficie masticatoria reducida. Esta posee 4 ó 5 cúspides a saber, 2 ó 3 cúspides vestibulares bajas y 2 cúspides linguales más puntiagudas separadas entre sí por un surco longitudinal.

A menudo las cúspides vestibulares y linguales anteriores están unidas por un listón de esmalte.

Las 2 raíces, una anterior y una posterior corresponden a la de los molares permanentes.

El segundo molar inferior primario también tiene dos raíces es más ancho que el primero y siempre tiene cinco cúspides.

La corona está más comprimida en dirección vestibulo-lingual. Las raíces son divergentes como en los primeros molares, la raíz mental presenta tendencia a duplicarse.

El segundo molar primario superior también tiene tres raíces y su-

cara oclusal posee 4 ó 5 cúspides, dispuestas como en los molares permanentes y separadas entre sí por un surco transversal.

El Tuberculo de Carabelli falta sólo en pocos casos.

#### FUNCION DE LAS PIEZAS PRIMARIAS.

Una de las importantes funciones que realizan los dientes primarios es que se utilizan para la preparación mecánica del alimento del niño para digerir y asimilar durante uno de los períodos más activos del crecimiento y desarrollo.

Otra destacada función es la de mantenedores de espacio en los arcos dentales para las piezas permanentes.

También estimulan el crecimiento de las mandíbulas por medio de la masticación, especialmente en el desarrollo de la altura de los arcos dentales.

Intervienen en el desarrollo de la fonación, esta dentición es la que da capacidad para usar los dientes para pronunciar. La pérdida temprana y accidental de dientes primarios anteriores puede causar dificultades para pronunciar los sonidos "F, V, S, Z, y TH".

#### D). - DIFERENCIAS MORFOLOGICAS ENTRE DENTICIONES PRIMARIAS Y PERMANENTES.

Sus diferencias generales son las siguientes:

1. - Diferencia en tamaño; los dientes temporales son un poco más pequeños en todas direcciones.



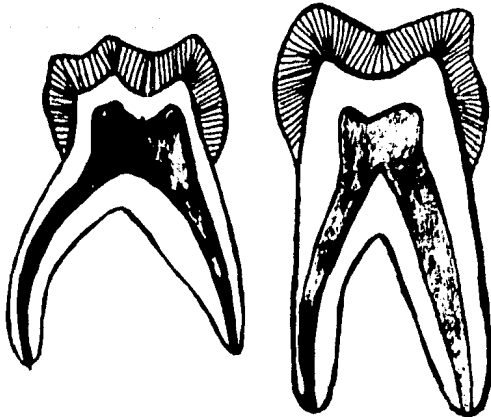
2. - Las coronas de las piezas primarias son más anchas en su diámetro mesio-distal, en relación con su altura cervicooclusal, dando a las piezas anteriores un aspecto de copa y a los molares un aspecto más aplano.

3. - Los surcos cervicales son más pronunciados, especialmente en el aspecto bucal de los primeros molares primarios.

4. - Las superficies Bucal y Lingual de los molares primarios son más planas en la depresión cervical que la de los molares permanentes.

5. - La superficie bucal y lingual de los molares especialmente de los primeros molares, convergen hacia las superficies oclusales de manera que el diámetro Bu-Li de la superficie oclusal es mucho menor que el diámetro cervical.

6. - Las piezas primarias tienen un cuello mucho más estrecho que los molares permanentes.



7. - En los primeros molares la capa de esmalte termina en un borde definitivo, en lugar de ir desvaneciéndose hasta llegar a ser un filo de pluma, como ocurre con los permanentes.

8. - La capa de esmalte es más delgada y tiene profundidad más consistente teniendo en toda la corona aproximadamente 1 mm. de espesor.

9. - Las varillas de esmalte en el cervix se inclinan oclusalmente en lugar de orientarse gingivalmente, como en las piezas permanentes.

10. - En las piezas primarias hay menos estructura dental para proteger la pulpa.

11. - Los cuernos pulpares están más atrás en los molares primarios especialmente los mesiales y las cámaras pulpares son proporcionalmente mayores.

12. - Existe mayor espesor de dentina sobre la pared pulpar en la fosa oclusal de los molares primarios.

13. - Las raíces de las piezas anteriores primarias son mesiodistalmente más estrechos que las anteriores permanentes.

14. - Las raíces de las piezas primarias son más largas en relación con el tamaño de la corona que las piezas permanentes.

15. - Las raíces de los molares primarios se expanden hacia afuera más cerca del cervix, que la de los dientes permanentes.

16. - Las raíces de los dientes primarios se expanden más, a medida que se acercan a los ápices que la de los molares permanentes.

17. - Color, el esmalte de los dientes temporales es más blanco que la de los permanentes y es por esta razón que se les denomina "dientes de leche".

## C A P I T U L O I V

### **ETIOLOGIA DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES**

**A). - FACTORES EXTRINSECOS.**

**B). - FACTORES INTINSECOS.**

**C). - CLASIFICACION.**

## ETIOLOGIA DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES.

Al estudiar la etiología, procuramos descubrir las causas o factores que contribuyen a la enfermedad. Para así eliminar dichas causas y poder -- prevenir o curar dicha enfermedad.

Los factores que ejercen influencia en la salud del periodonto se clasifican, en un amplio sentido:

- a). - Extrínsecos (locales)
- b). - Intrínsecos (sistemáticos)

Las causas extrínsecas incluyen los factores inconscientes y funcionales correspondientes a masticación, deglución y fonación.

Las causas intrínsecas son importantes, pero resulta más difícil -- comprobarlas.

### A). - FACTORES EXTRINSECOS.

Higiene bucal y depósitos calcificados y no calcificados.

La higiene bucal inadecuada o negligente es responsable de un alto -- porcentaje de gingivitis y periodontitis.

La placa dentaria, las bacterias, el cálculo la materia alba y los residuos de alimento retenidos en los márgenes gingivales y en los surcos irritan la encía y generan los cambios destructivos que siguen a la irritación.

Es muy frecuente que la placa bacteriana y los depósitos calcificados estén asociados con la pérdida ósea que se les puede considerar los factores etiológicos principales de la enfermedad periodontal inflamatoria.

### Consistencia de la dieta.

Los alimentos blandos o adhesivos que tienden a acumularse entre los dientes y sobre la encía pueden ser una causa de inflamación.

### Posición y Anatomía Dentaria.

Aún si la consistencia de la dieta no es blanda o adhesiva, las irregularidades de la posición dentaria fomentan la impacción la penetración y la -- retención de placa y alimentos.

Las caries, las restauraciones incorrectas o los defectos congénitos, tales como coronas en forma de campana, también predisponen a la lesión -- del periodonto.

### Aparatos de Ortodoncia.

Los aparatos de ortodoncia pueden producir irritación o entorpecer -- la realización de una buena higiene bucal.

El uso prolongado de estos aparatos se ha asociado con enfermedad -- periodontal inflamatoria o traumática.

### Hábitos.

Los hábitos bucales lesivos, tales como morder hilos, uñas o lápices, contribuyen a la gingivitis, la periodontitis o las alteraciones distrófi- cas.

El uso descuidado de medicamentos, disminuye la resistencia a la -- agresión bacteriana.

El empuje lingual causa malposición dentaria o recesión gingival. --

La respiración bucal o el cierre incompleto de los labios tiende a unir el --  
aspecto eritematoso de la encía.

#### Funcionales.

Los factores funcionales y parafuncionales, consisten en la no oclu-  
sión, masticación indolente, trabamiento, bruxismo y otros.

#### Anatomía de los Tejidos Blandos.

La inserción alta de frenillos y músculos favorece la acumulación --  
de residuos en los márgenes gingivales o impide el cuidado dental en el ho--  
gar.

La encía delgada, de textura fina, puede ser fácilmente lesionada du-  
rante la masticación o el cepillado.

#### B). - FACTORES INTRINSECOS.

La totalidad del organismo participa en la génesis de la enfermedad-  
periodontal. Ya que lo que sucede en cualquier parte del organismo afecta -  
los tejidos bucales.

Sin embargo, aunque la enfermedad periodontal pueda tener origen -  
intrínseco, su papel preciso en la producción de enfermedades periodonta--  
les es cuestión de opiniones.

Sin duda alguna la enfermedad periodontal es una expresión de la ac-  
ción recíproca de factores extrínsecos e intrínsecos.

### C). - CLASIFICACION DE FACTORES EXTRINSECOS E INTRINSECOS.

Aunque es posible que los factores intrínsecos contribuyan a la producción de la enfermedad periodontal, es difícil valorar su papel exacto.

Las causas intrínsecas se pueden dividir en factores demostrables y no demostrables. Algunas enfermedades demostrables han sido asociadas con periodontopatías.

Se incluyen en ellas diabetes no controlada, leucemia, deficiencias nutricionales patentes, cambios endocrinos en embarazo y pubertad, mononucleosis infecciosa, stress, neutropenia cíclica, hiperqueratosis palmoplantar e hipofosfatasa.

Los factores de desequilibrios metabólicos menores no son demostrables, aunque influyan en la respuesta del huésped ante una agresión.

La siguiente es una lista de factores etiológicos o complicantes de la enfermedad periodontal.

#### Factores Extrínsecos (locales)

##### A). - Bacterianos:

1. - Placa.
2. - Cálculo.
3. - Enzimas y productos de descomposición.
4. - Materia alba.
5. - Residuos de alimentos.

##### B). - Mecánicos:

1. - Cálculo.

**2. - Impacción y retención de alimentos:**

- a). - Contactos abiertos y flojos.
- b). - Movilidad y dientes separados.
- c). - Dientes en malposición.
- d). - Mecanismo de cúspide impelente.

**3. - Márgenes desbordantes de obturaciones.****4. - Consistencia blanda o adhesiva de la dieta.****5. - Respiración bucal.****6. - Higiene bucal inadecuada.****7. - Hábitos lesivos.****8. - Métodos de tratamiento dental inadecuados.****9. - Trauma accidental.****C). - Bacterianos y mecánicos combinados:****1. - Cálculo.****2. - Margen desbordante.****D). - Predisposición anatómica:****1. - Mala alineación dentaria.****2. - Inserción alta de frenillos o músculos.****3. - Vestíbulo somero.****4. - Zona de enca insertada funcionalmente insuficiente.****5. - Enca delgada.****6. - Exostosis.****7. - Relación corona-raíz desfavorable.**



**E). - Funcionales.**

**1. - Función insuficiente.**

- a). - Falta de oclusión.
- b). - Masticación indolente.
- c). - Parálisis muscular.

**2. - Sobrefunción y parafunción.**

- a). - Hipertonicidad muscular.
- b). - Bruxismo.
- c). - Trabamiento y rechinar.
- d). - Trauma accidental.
- e). - Cargas excesivas sobre dientes pilares.

**Factores Intrínsecos (sistemáticos).**

**A). - Demostrables.**

**1. - Disfunciones endocrinas.**

- a). - De la pubertad.
- b). - Del embarazo.
- c). - Posmenopáusicas.

**2. - Enfermedades metabólicas y otras.**

- a). - Deficiencia nutricional.
- b). - Diabetes.
- c). - Hiperqueratosis palmoplantar.
- d). - Neutropenia cíclica.
- e). - Hipofosfatasa.
- f). - Enfermedad debilitante.

3. - Trastornos psicossomáticos o emocionales.

4. - Drogas y venenos metálicos.

a). - Difentihidantofna.

b). - Efectos hematológicos.

c). - Alergia.

d). - Metales pesados.

5. - Dieta y nutrición.

B). - No demostrables.

1. - Resistencia y reparación insuficiente.

2. - Deficiencias nutricionales, emocionales, metabólicas,  
hormonales:

a). - Fatiga.

b). - Stress.

## C A P I T U L O V

### MANIFESTACIONES ORALES DE ALGUNOS PADECIMIENTOS SISTEMICOS.

- A). - VARICELA
- B). - SARAMPION
- C). - ESCARLATINA
- D). - DIFTERIA
- E). - ANEMIA ERITROBLASTICA
- F). - LEUCEMIA

## MANIFESTACIONES ORALES DE PADECIMIENTOS SISTEMICOS.

Algunos padecimientos propios de la infancia y otros padecimientos sistémicos que aunque pueden presentarse en personas adultas son más frecuentes durante la niñez, producen alteraciones específicas en la cavidad bucal que afectan a la mucosa oral y los tejidos del parodonto en forma más o menos severa y que requieren, además, del tratamiento de las lesiones orales, de tratamientos sistémicos específicos que traen como consecuencia en algunos casos la eliminación total o parcial del padecimiento y con ello la desaparición o disminución de los síntomas bucales.

Se tratarán algunos de estos padecimientos dando una especial atención a sus manifestaciones orales.

### VARICELA

La varicela es una enfermedad viral cutánea aguda leve, que suele afectar a niños por lo común en los meses de invierno o primavera.

El periodo de incubación es de una a dos semanas. El virus es el mismo que el causante de herpes zoster y las lesiones de las dos enfermedades tienen muchas características en común.

### MANIFESTACIONES CLINICAS.

La iniciación es brusca y la erupción cutánea es la primera manifestación clínica. Cada erupción cutánea pasa por los estados de macula y pápula antes de formarse la vesícula que una vez completamente desarrollada, es rodeada por una zona de eritema.

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM <sup>40</sup>

Las vesículas se rompen con extrema facilidad dejando escapar un líquido seroso, al cicatrizar dejan una costra; se presentan con mayor frecuencia en la boca y la faringe, en la cara y en el tronco; en algunas ocasiones en las extremidades.

La duración y severidad de la fiebre son proporcionales a la severidad del exantema.

## COMPLICACIONES

Las complicaciones cutáneas de varicela son ericpelas, abscesos, conjuntivitis e incluso gangrena. Otras complicaciones son otitis media, faringitis, laringitis, amigdalitis, neumonía, septicemia, apendicitis, artritis y nefritis.

## MANIFESTACIONES BUCALES

A veces, se observan pequeñas lesiones semejantes a ampollas en la mucosa bucal, principalmente en la vestibular y palatina. Las lesiones mucosas, inicialmente vesículas algo elevadas con un eritema circundante, se rompen poco después de su aparición y dan lugar a pequeñas úlceras erosionadas con un margen rojo, estas lesiones no son particularmente dolorosas.

## SARAMPION.

El sarampión es uno de los padecimientos exantemáticos más comunes y más extendidos en todo el mundo. Se observa principalmente en niños, su origen viral ha sido establecido y un mayor control de este padecimiento se ha podido llevar a cabo con la ayuda de una vacuna efectiva.

Presenta lesiones orales características (**Manchas de Koplik**), seguidas de una erupción difusa.

Durante la crisis de la infección se presenta una estomatitis no específica que está caracterizada por eritema difuso muy marcado en la faringe. La inflamación se hace evidente principalmente en las glandulas mucosas especialmente en el paladar y se manifiesta por medio de manchas pequeñas -- de color blanco que aparecen en los orificios de las glandulas.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS.

El sarampión es altamente **contagioso** y fácilmente transmitido aún durante el periodo inicial y durante algunos días después de la aparición de la erupción cutánea por medio de la saliva, secreciones nasales, prendas de vestir y sábanas.

Durante los últimos días del periodo de incubación (1 a 5 días), los **síntomas** iniciales son, congestión nasal y conjuntivo y dolor en la garganta. También durante éste periodo aparecen las lesiones orales patognomónicas, alrededor de la abertura del conducto de la glandula parótida.

A medida que el padecimiento avanza, la **severidad** de la fiebre y los **síntomas** respiratorios aumenta, posteriormente aparece la erupción cutánea primero en la frente y por detrás de las orejas y se extiende en el resto del cuerpo y se disminuye la fiebre.

También presenta fotofobia y una de las complicaciones más frecuentes es otitis media, con perforación de la membrana timpánica, debida a la infección estreptocócica, quedando sordera parcial después de estas infecciones.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento del sarampión sin complicaciones es sintomático. Los antibióticos son útiles en la prevención de las complicaciones, suero sanguíneo y gamma globulina, son frecuentemente administrados para modificar -- favorablemente el padecimiento.

## ESCARLATINA.

La escarlatina es una faringitis aguda, acompañada con brotes en la piel inducida por estreptococo hemolítico.

El periodo de incubación es generalmente de 2 a 4 días y la infección se presenta primero en la garganta. El principio es rápido y hay manifestaciones tóxicas de cefalalgia, fiebre y aceleración de pulso.

De 1 a 3 días después de la aparición de estos síntomas, la piel presenta un eritema papular difuso. La cara puede no ser afectada pero cuando esta involucrada existe un área característica de palidez alrededor de la boca, correspondiendo a la distribución del músculo orbicular de los labios.

## LESIONES ORALES Y FARINGEAS.

La faringe es el primer sitio de infección bacteriana y la toxina es producida en esta área después del desarrollo de lesiones locales.

La membrana mucosa de la orofaringe se encuentra enrojecida y edematosa, existiendo un exudado amarillento, las amígdalas están generalmente inflamadas y enrojecidas y presentan un exudado amarillento.

La lengua se encuentra marcadamente eritematosa y edematosa, el dorso está cubierto con una capa blanquesina a través de la cual, las papilas

fungiformes inflamadas se proyectan.

### TRATAMIENTO.

El paciente debe permanecer en reposo, suministrarle una cantidad adecuada de líquidos y dietas blandas. Los analgésicos se indican para disminuir el dolor de cabeza y garganta. También las soluciones salinas para irrigar la faringe y disminuir los síntomas. También queda indicada la antibiocioterapia.

### DIFTERIA

Es éste un padecimiento agudo infeccioso caracterizado por una marcada toxemia y la formación de un exudado fibrinoso en las superficies de la mucosa afectada. Se presenta con mayor frecuencia entre el primero y quinto años de vida. La difteria es producida por el *Corynebacterium diphtheriae*, que produce una potente exotoxina en el sitio de la lesión.

Los microorganismos se encuentran presentes en la saliva y en las secreciones de la mucosa y pueden en ocasiones encontrarse en la faringe de portadores inmunes.

El período de incubación es de 3 a 5 días y los síntomas iniciales son postración, fiebre y vómitos. El pulso es irregular y débil y aumenta independientemente de la temperatura. La garganta se encuentra enrojecida y dolorosa con la consecuente disfagia.

Una membrana blanco-grisácea, es encontrada en forma característica sobre las amígdalas y la región faríngea, se remueve con dificultad -- dejando una superficie ulcerosa y sangrante sobre la cual la membrana se-



vuelve a formar rápidamente.

Las toxinas solubles producidas en este sitio, pueden dar origen a -- miocarditis, otitis media, lesiones en los riñones y otras complicaciones -- serias.

#### MANIFESTACIONES ORALES.

La complicación de la mucosa oral en la difteria es rara. Se han reportado casos en el sitio de dientes primarios en proceso de erupción y en la comisuras de los labios.

La difteria debe ser considerada como posible al realizar el diagnóstico en cualquier paciente que presente lesiones ulcerativas en la faringe y en el paladar con reacciones sistémicas marcadas.

La terapia consiste en la neutralización de la toxina circulante con -- antitoxina, lo más rápido posible. Los antibióticos se emplean para combatir infecciones bacterianas y erradicar *C. diphtheriae* de la faringe. Enjuagues bucales pueden disminuir los malestares de la boca.

#### ANEMIA ERITROBLASTICA.

Anemia es en general una condición patológica en la cual la sangre -- es deficiente tanto en cantidad como en calidad. Puede definirse como una reducción en el número de eritrocitos circulantes, acompañada de una reducción en la cantidad de hemoglobina en una unidad determinada de sangre.

La anemia eritroblástica llamada también anemia de Cooley o enfermedad mediterránea por presentarse con mucha frecuencia en personas que viven en esa región, se encuentra clasificada entre las anemias hemolíticas

caracterizadas por una excesiva destrucción de la sangre; está caracterizada por anomalías de los eritrocitos y un ligero aumento en el número de leucocitos, es hereditaria, aunque no todos los miembros de una familia necesariamente la padecen.

Es de etiología desconocida, se sabe que los globulos rojos tienen una vida más corta y contienen hemoglobina fetal, lo cual indica que existen anomalías en la formación de la hemoglobina adulta.

Este padecimiento se inicia frecuentemente en la niñez, en los primeros dos años de vida, y en ocasiones a los pocos meses.

El niño presenta una coloración pálida de la piel, fiebre, escalofrío y debilidad general. El color icterico se debe a un exceso de pigmentos biliares producidos por la hemolisis de los eritrocitos anormales.

La cara presenta características mongólicas, los huesos frontal y parietal son prominentes, sobredesarrollo de los maxilares y los huesos molares y nariz corta y achatada.

El sobredesarrollo del maxilar y sobrecrecimiento del hueso alveolar, dan por resultado una marcada maloclusión, los dientes se separan produciéndose grandes espacios interproximales.

La mucosa oral presenta la palidez anémica característica observada en la piel. El maxilar y la mandíbula presentan una osteoporosis leve y las radiografías revelan una distribución trabecular muy peculiar con engrosamiento de unas trabéculas y desaparición de otras.

El pronóstico de este padecimiento es pobre y la mayoría de los pacientes mueren durante la pubertad o mucho antes llegando algunos a la edad adulta.

En general, la gravedad del padecimiento es mayor mientras más temprana es la edad en que se presenta.

No existe tratamiento para éste padecimiento, las medidas terapéuticas no dan resultado. Las transfusiones repetidas dan buenos resultados en algunos casos, en otros sólo producen un alivio temporal.

La muerte es generalmente debida a una infección, lesiones cardíacas o lesiones en el hígado.

### LEUCEMIA.

La leucemia es un padecimiento caracterizado por una progresiva sobreproducción de las células blancas de la sangre que generalmente aparecen en el torrente circulatorio en su forma inmadura.

La proliferación de las células blancas de la sangre o sus precursoras se lleva a cabo en forma desorganizada e independiente y es por ello que la leucemia es generalmente considerada como una verdadera neoplasia maligna.

Numerosos tipos de leucemia han sido reconocidos, basándose en las características clínicas y morfológicas del padecimiento ya que cualquiera de las células blancas de la sangre puede estar afectada.

La clasificación se lleva a cabo de acuerdo con:

- 1). - El curso clínico del padecimiento en: aguda, subaguda y crónica.
- 2). - El tipo de células involucradas.
  - a). - Mielóide. (Mielocítica, mielógena, granulocítica).
  - b). - Linfóide. (Linfocítica, linfógena).
  - c). - Monocítica.

Aunque las formas mielógenas de leucemia se presentan con mayor frecuencia, el mayor porcentaje de lesiones orales se encuentra en las leucemias monocíticas agudas y subagudas y en menor grado en leucemias linfocíticas, siendo en ambas el irritante local un factor que precipita la aparición de los cambios orales.

La leucemia se presenta en ambos sexos y en todas las edades, sin embargo; se ha notado cierta predilección de las diferentes formas de leucemia por determinadas edades y sexos.

Las formas agudas se presentan generalmente en niños y las crónicas son más comunes en personas adultas y ambas formas se presentan con mayor frecuencia en personas del sexo masculino.

Los factores etiológicos responsables de estos padecimientos se desconocen, puede ser una actividad anormal de los órganos hematopoyéticos, o puede ser una reacción a infecciones virales. La exposición a pequeñas dosis de radiación, durante largos períodos de tiempo, es un factor predisponente.

El desarrollo de la leucemia aguda es repentino con debilidad y malestar generales, dolor de cabeza e inflamación generalizada de los nódulos linfáticos. Petequias y equimosis de la piel y las membranas mucosas son muy comunes y se consideran como signos de anemia, no obstante la anemia no es una característica importante de las leucemias agudas y junto con la linfadenopatía pueden ser las primeras manifestaciones del padecimiento existiendo casos en que las lesiones orales son los primeros signos del padecimiento.

Dolor en los huesos y en las articulaciones pueden presentarse y es un síntoma temprano de la leucemia principalmente en niños.

Las primeras manifestaciones clínicas orales de la leucemia incluyen una decoloración difusa cianótica azulada de la encía, gingivitis, agrandamientos edematosos de la encía, el margen libre de ésta se redondea y aparece --tenso.

Las papilas interdentarias se separan de los dientes y existen grados variables de inflamación de la encía con ulceraciones, necrosis y formación de pseudomembranas. Hiperplasia de la encía que en ocasiones cubre casi la totalidad de las coronas de los dientes y que es generalizada, excepto en las áreas edéntulas; la encía presenta un color rojo y sangra fácilmente, éste --sangrado es debido a una ulceración del epitelio del intersticio gingival y necrosis de los tejidos adyacentes incluyendo el ligamento parodontal con grandes destrucciones de hueso alveolar, movilidad excesiva y pérdida de los ---dientes.

Los leucocitos inmaduros no llevan a cabo en forma adecuada su función fagocitaria y protectora, la respuesta inflamatoria normal no puede presentarse y los tejidos orales son muy susceptibles a infecciones secundarias producidas por la flora microbiana, bucal.

El tratamiento de las lesiones orales en la leucemia debe estar orientado a mantener la mejor higiene bucal posible, disminuir el dolor y la irritación de las lesiones necróticas.

Enjuagues bucales tibios y ligeramente alcalinos pueden ser usados. -  
Terapia a base de antibióticos por vía parenteral. La extracción de piezas -

dentarias, biopsias de tejidos orales y procedimientos de raspado y curetaje, estan contraindicados.

Desafortunadamente todos los tipos de leucemia son de un pronóstico pobre.

## C A P I T U L O V I

### PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS PADE- CIMIENTOS PARODONTALES EN NIÑOS.

## PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES EN NIÑOS.

La etiología de los padecimientos parodontales es muy compleja, en ella como ya se menciono anteriormente, actúan los factores locales y sistémicos, que en conjunto actúan desfavorablemente sobre los tejidos del parodonto, lesionando estos tejidos en grados de severidad variables.

La gran mayoría de las inflamaciones de la encía son causadas por la colección de residuos alimenticios, en la superficie de los dientes, en las cercanías del margen libre de la encía y por lo tanto todos los factores que contribuyen a la colección de éste material a éste nivel deberán ser eliminados.

Los factores etiológicos locales más comunes encontrados en niños son: malas posiciones de los dientes, que traen como consecuencia maloclusiones que a su vez originan malas posiciones de los labios, bocas abiertas como ya se mencionó originan gingivitis hiperplásicas e higiene bucal deficiente que facilita la iniciación de procesos cariosos y la acumulación de residuos alimenticios, materia alba y sarro; todos ellos factores etiológicos locales de gran importancia en los padecimientos parodontales.

Las bocas con dentición mixta atraviezan por un periodo de transición, entre la dentición primaria y la permanente, durante este periodo de transición es necesario enfatizar aún más la necesidad de una buena higiene bucal, los dientes parcialmente exfoliados traumatizan en muchas ocasiones los tejidos del parodonto y dificultan la limpieza correcta de la boca.



Puesto que la enfermedad periodontal tiene etiología de múltiples factores, es posible aplicar procedimientos preventivos en diferentes puntos de la cadena de fenómenos que se producen durante el proceso de la enfermedad.

Las fases de prevención precedentes se dividen en los siguientes cinco niveles:

- 1). - Promoción de la salud.
- 2). - Protección específica
- 3). - Diagnóstico temprano y rápido tratamiento.
- 4). - Limitación de la incapacidad.
- 5). - Rehabilitación.

La promoción de la salud, tiene por finalidad mejorar la resistencia de los tejidos mediante buena nutrición, educación de la salud general y bucal, motivación para el mantenimiento de una buena higiene bucal y mejores condiciones de vida.

La protección específica contra la enfermedad bucal, se consigue mediante la profilaxia regular y periódica y procedimientos de higiene bucal correctos y eficaces.

Una vez que la enfermedad comenzó y ha avanzado, es preciso aplicar el diagnóstico temprano y rápido tratamiento para impedir un avance mayor; en éste nivel se harán exámenes clínicos y radiográficos periódicos de los tejidos bucales para diagnosticar las lesiones periodontales incipientes. Así el tratamiento se hace un procedimiento rápido y seguro.

Si la enfermedad ha escapado al diagnóstico y ha avanzado, hay que hacer limitación de la incapacidad y rehabilitación.

En estos niveles los procedimientos del tratamiento periodontal se harán para tratar de prevenir el progreso ulterior de la enfermedad.

Raras son las veces que está indicada la cirugía periodontal durante la pubertad, porque por lo general la encía es edematosa y no de naturaleza fibrosa.

## CONCLUSIONES

1. - El padecimiento parodontal es independiente de la edad.
2. - Los estadíos primarios de estos padecimientos, se encuentran en la mayoría de los niños antes de llegar a la pubertad. Considerando que la incidencia de los padecimientos parodontales aumenta con la edad, la frecuencia con que estos estadíos se presentan, es mayor después de este período de la vida.
3. - Conviene eliminar las manifestaciones tempranas de estos padecimientos disminuyendo así las posibilidades de que un padecimiento parodontal más severo se presente posteriormente.
4. - A pesar de que las piezas primarias son reemplazadas por los dientes permanentes, llevan a cabo numerosas funciones todas ellas de gran importancia. Es necesario conservarlas hasta que llegue el momento en que deben ser sustituidas por las piezas permanentes, con ello se evitan cambios de posición, evitando el empaquetamiento de alimentos.
5. - Padecimientos de origen hereditario pueden presentarse en la boca afectando a los tejidos del parodonto.
6. - Numerosos padecimientos sistémicos, muchos de los cuales son propios de la infancia, presentan manifestaciones orales que afectan en ocasiones a los tejidos del parodonto.
7. - La necesidad de una higiene bucal adecuada debe hacerse notar tanto al niño, como a los padres del mismo. Estudios sobre el hábito de cepillado e higiene bucal realizados en niños de edades entre 6 y 15

años han demostrado una baja frecuencia de cepillado y un tiempo mínimo dedicado a la fisioterapia oral.

8. - La gran mayoría de los niños no son convenientemente instruidos acerca de una higiene bucal correcta, hasta que un padecimiento parodontal o la caries dental se manifiesta en sus bocas. No es necesario esperar hasta que esto suceda, la instrucción oportuna al respecto, contribuye a mantener la boca de los padecimientos en un buen estado de salud.

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

- Finn, Sidney  
Odontología Pediátrica  
Ed. Interamericana  
1976.
- McDonald E., Ralph  
Odontología para el niño y el adolescente  
Ed. Mundi  
Buenos Aires, Argentina  
1975.
- Ewaldharndt  
Odontopediatría Clínica  
Ed. Mundi  
1967.
- Braver  
Odontología para niños  
Ed. Mundi.  
Buenos Aires, Argentina.  
1960.
- Baer., Paul N.  
Enfermedad Periodontal en niños y adolescentes.  
Ed. Mundi.  
Buenos Aires, Argentina  
1975.
- Goldman, Henry.  
Periodoncia.  
Ed. Interamericana  
1970.
- Carranza, Fermin.  
Periodoncia  
Ed. Mundi  
Buenos Aires, Argentina  
1978.

**Orban, Balint**  
**Periodoncia. Teoría y Práctica**  
**Ed. Interamericana**  
**1978.**

**Thoma, Kurt**  
**Patología Bucal**  
**Ed. Salvat**  
**1974.**

**Shafer, William G.**  
**Patología Bucal**  
**Ed. Interamericana**  
**1977**

**Diamond, Moses**  
**Anatomía Dental**  
**Ed. Uteha.**