

24. 989

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



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

**ENFERMEDAD PARODONTAL**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

**Ma. Susana Uribe Valenzuela**



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

### 1.- Anatomía histología y fisiología del parodonto

- Encía
- Inserción epitelial
- Ligamento parodontal
- Cemento
- Hueso alveolar

### 2.- Etiología de los padecimientos parodontales

- Factores etiológicos locales
- Factores etiológicos sistémicos
- Inflamación
- Sarro como factor desencadenante

### 3.- Padecimientos parodontales y su tratamiento

- Gingivitis marginal crónica
- Respiradores bucales
- Absceso dental
- Diagnóstico diferencial entre absceso denta y absceso parodontal

### 4.- Padecimientos parodontales severos

- Gingivostomatitis herpética aguda
- Gingivitis aguda ulcerativa necrosante
- Moniliasis

### 5.- Manifestaciones orales de padecimientos sistémicos

- Varicela
- Sarampión
- Escarlatina
- Difteria
- Anemia Eritoblástica
- Leucemia
- Diabetes
- Mongolismo
- Padecimiento cardiaco congénito

Deficiencias vitamínicas (nutricionales)  
Gingivitis asociada con la pubertad  
Hiperplasia de la encía  
Hiperplasia causada por dilantina sódica

6.- Tumores Benignos de la cavidad oral

7.- Gingivectomía

8.- Métodos de cepillado

Método de Stillman

Método de Stillman modificado

Método de Charters

Método de Fones

Método Fisiológico

Soluciones Reveladoras

9.- Conclusiones

Bibliografía

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

Parodncia es la rama de la Odontología que tiene por objeto el estudio de los tejidos de soporte del diente así como la prevención y tratamiento de las enfermedades.

El primer factor etiológico es la placa bacteriana, el segundo es el propio dentista debido a esto es objeto - principal de esta tesis es el hacer ver al paciente y al profesional la importancia que tienen las enfermedades parodontales ya que esto se presenta como consecuencia de una mala información sobre el cuidado de la cavidad bucal.

Se considera que una inmensa mayoría de la población mundial padece de afecciones gingivo-parodontales, incidencia que se acentúa si se toman en consideración solamente a personas adultas.

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

Parodoncia es la rama de la Odontología que tiene por objeto el estudio de los tejidos de soporte del diente así como la prevención y tratamiento de las enfermedades.

El primer factor etiológico es la placa bacteriana, el segundo es el propio dentista debido a esto es objeto - principal de esta tesis es el hacer ver al paciente y al profesional la importancia que tienen las enfermedades parodontales ya que esto se presenta como consecuencia de una mala información sobre el cuidado de la cavidad bucal.

Se considera que una inmensa mayoría de la población mundial padece de afecciones gingivo-parodontales, incidencia que se acentúa si se toman en consideración solamente a personas adultas.

CAPITULO I

CARACTERISTICAS NORMALES DE LOS TEJIDOS PARODONTALES:

Es muy importante conocer el estado normal de las estructuras de los tejidos de soporte de las piezas dentarias para poder identificar el estado patológico de las mismas, debido a esto considero necesario mencionar la anatomía, fisiología e histología del tejido en condiciones normales, así como la patología en los diferentes estados de enfermedad.

Encía.- Es la fibromucosa que se extiende desde la porción cervical del diente hasta el vestíbulo. En esta porción existen diferentes cambios en la mucosa, encontrándose la encía marginal, la encía insertada y la mucosa alveolar, tanto la encía libre como la insertada tienen un color rosa coral, firme y fuertemente unida al hueso subyacente, el tamaño de la encía representa la suma total de los elementos celulares e intercelulares; una alteración en su tamaño es una característica común de la enfermedad resultante de modificaciones en sus componentes microscópicos.

El contorno se encuentra intimamente relacionado con

su tamaño; este presenta un aspecto festoneado con prominencias alargadas correspondientes a las raíces de los dientes.

La encía marginal y la insertada están divididas por un surco gingival libre hasta el límite de la mucosa alveolar, límite marcado por una línea ondulada.

En la cara lingual existe una línea ondulada semejante que marca la separación entre la encía insertada y la mucosa del piso de la boca. Esta constitución es diferente por la cara palatina, ya que debido a la semejanza del tejido no existe una diferencia clara y las dos se encuentran firmemente adheridas.

El surco mucogingival es bastante notorio dado que el color es diferente y no presenta el punteado característico de la encía insertada; su color es mucho más subido y adquiere un tono rojizo debido a una mayor irrigación sanguínea.

Encía Marginal.- Corresponde a la porción coronal no adherida de la encía que rodea al diente en forma de collar tiene un ancho de 1 mm., esta separada de la encía insertada por una depresión lineal, llamado surco gingival libre

del cual se hizo mención anteriormente. La superficie de la encía libre es lisa y brillante y algunas veces puede - presentar ondulaciones pequeñísimas, dándole el mismo aspecto punteado que el de la encía insertada.

El curso de la encía va en dirección mesiodistal para juntarse con el segmento vecino del otro diente en el punto donde se forma la encía proximal en este lugar en el caso de que las piezas encuentren un punto de contacto correcto, la encía proximal adquiere una forma piramidal, pero - existen ocasiones en que la forma y posición de las piezas dentarias no permiten la aposición de esta forma piramidal, como en el caso de que las piezas se encuentren separadas. Lo mismo sucede cuando existe apíñamiento, casos en los cuales la forma y tamaño dependerán del espacio disponible.

La encía libre: está constituida por un núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado y generalmente cubierto por una capa de queratina. Las fibras que contienen esta encía son haces de fibras colágenas que se extienden en la encía contigua y que ayudan a soportar la encía contribuyendo a mantener a esta en estrecha relación con el diente: la encía a su vez soporta - las fuerzas de la masticación.

La forma biselada de la encía libre tiene como función permitir el paso de los alimentos y evitar que estos se empaquen. Esta forma de la encía se mantiene gracias al estímulo que le proporciona el paso de los alimentos.

La porción interna de la encía libre se conoce con el nombre de intersticio gingival y tiene una forma de V que rodea al diente a manera de collar. La profundidad de éste es, clínicamente de 1 a 1.5 milímetros, aunque en ocasiones puede no existir; la profundidad es mayor en estados - patológicos. En estado normal el intersticio apenas permite la entrada de una sonda roma, el límite de este se encuentra marcado por medio de la inserción epitelial. El intersticio gingival está constituido por un tejido conjuntivo - fibroso, cubierto por epitelio escamoso estratificado, pero con ausencia de la capa de queratina.

En la endidura gingival existe un líquido (fluido gingival-Brill), que proviene del tejido conjuntivo. Tendría como función el lavaje del surco y el de la defensa inmunitaria a causa de los anticuerpos que contiene. Para algunos dicho fluido sería de origen inflamatorio.

Encía Insertada o Adherida.- Es la continuación de la

encia marginal hasta el límite marcado por la línea mucoginival, tiene un tamaño aproximado de 3 a 6 milímetros y se caracteriza clínicamente por un puntillado semejante al de una cáscara de naranja el cual tiende a ser de forma fina o burda, este efecto es debido a la presencia de haces colágenas que entran en la papila del tejido conjuntivo. El tipo de puntillado puede variar en diferentes individuos - y también con la edad y el sexo siendo de textura más fina en mujeres y niños. Aquí se puede encontrar células de la capa basal pigmentos de melanina dando a la encía una coloración oscura; esta pigmentación se encuentra generalmente, en personas de tez morena y en las de raza negra.

La superficie epitelial está cubierta por una capa de queratina teniendo una función protectora contra las injurias mecánicas y la invasión bacteriana.

Esta encía recibe numerosas papilas del tejido conjuntivo, formado principalmente por densos haces de fibra colágena quienes se insertan en cemento y en el hueso, manteniéndola firme a los tejidos duros impidiendo su movilidad.

La encía a nivel de los espacios interdentarios constituye la papila gingival cuya forma y altura varía según

la forma anatómica de las piezas dentarias y los puntos de contacto dentario. Generalmente es cónica o piramidal, con sus caras libres planas o cóncavas y su vértice inmediato a los puntos de contacto de los dientes vecinos. Cuando existe separación (diastema) o apifiamiento la papila se aplana.

Encía Alveolar.- La encía insertada de la mucosa alveolar está limitada por una línea ondulada y se llama unión mucogingival. Este cambio de la encía se observa muy fácilmente pues el color de la encía alveolar es de un tono rojizo más subido que el de la encía insertada está ausente de la capa de queratina y cuenta con un mayor flujo sanguíneo. Está constituida por un tejido conjuntivo laxo que permite la movilidad de la mucosa. Cuando tiene un estado patológico la unión mucogingival puede dar la impresión de no existir, pues cuando se encuentra inflamada, la encía insertada adquiere un color rojizo parecido a la de la mucosa alveolar. Su aporte sanguíneo gingival proviene de las arterias suprapariosteicas en las superficies labiales, bucales y linguales del hueso alveolar. La fuente sanguínea proviene de las arteriolas que emergen de la cresta del septum interdental y en menor grado, de las arteriolas de la mem-

brana parodontal ramas de la arteria mentoniana palatina y lingual.

La inervación deriva de las fibras provenientes de los nervios de la membrana parodontal y de los nervios labial, bucal y palatino, ramas del maxilar superior e inferior respectivamente provenientes del quinto par craneal o trigémino.

Inserción Epitelial.- La encía marginal y el diente forman el surco gingival; al fondo de éste, se inicia la unión de la encía con los tejidos duros del diente, constituyendo el principio de la membrana parodontal a esto se le da el nombre de inserción epitelial.

Esta inserción epitelial está constituida por un epitelio escamoso estratificado con tres o cuatro capas de espesor, y con la edad aumentan hasta diez o veinte capas. Al comenzar la erupción del diente la inserción se encuentra en el esmalte y con su desarrollo llega a la unión cemento esmalte. En personas de edad avanzada la inserción baja aún más y en ocasiones el cemento queda expuesto sin que esto signifique un estado anormal. En casos de que la

encia migra hacia el ápice la inserción se adhiere al cemento por medio de extensiones protoplasmáticas de las células epiteliales, en los espacios que anteriormente ocupaban las fibras principales. En la mayoría de los casos la inserción epitelial se encuentra adherida en el esmalte casi entre el límite de la unión amelo-cementaria.

Membrana Parodontal.- La membrana parodontal es la estructura conectiva que rodea la raíz del diente conectándola en el hueso y cemento. Continúa con el tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares, a través de los canales vasculares del hueso. El ancho de la membrana parodontal varía con su posición relativa frente al diente, la edad y el grado de funcionamiento del diente; el ancho varía entre 0.01 y 0.35 milímetros siendo sus dimensiones más frecuentes las de 0.15 milímetros. La membrana parodontal tiene mayor espesor en el lado distal que en el mesial, esta variación responde a la migración fisiológica hacia el mesial. La membrana parodontal está compuesta por haces de fibras y células del tejido conectivo, restos epiteliales, vasos sanguíneos linfáticos y nervios. Los elementos más importantes de la membrana son las fibras principales o colágenas, dispuestas en haces y de recorrido ondulado.

Las fibras principales se encuentran dispuestas en 6 grupos distintos y son:

- 1) Fibras gingivales libres.- Estas van del cemento por debajo de la inserción epitelial y se pliegan en la en cía marginal, son las que adhieren la encía a la pieza dentaria.
- 2) Fibras transeptales.- Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se insertan en el cemento de los dientes contiguos. Su misión principal es el man tener el contacto entre las piezas.
- 3) Fibras cresto-alveolares.- Estas fibras van a insertar se por un lado en la cresta alveolar y en el otro extre mo al cemento del diente. Su función es balancear el empuje coronario y detener el diente en su alveolo.
- 4) Fibras horizontales.- Estas corren perpendicularmente de cemento a hueso, su función es soportar los movimientos laterales del diente.
- 5) Fibras oblicuas.- Se insertan en el cemento y se diri gen oblicuamente en dirección oclusal, estas fibras son las más numerosas y soportan la fuerza vertical, trans formandola en tensión sobre el hueso alveolar.
- 6) Fibras aplicales.- Están dispuestas en forma radial -

de cemento a hueso en la porción apical, estas fibras impiden que el diente se desaloje de su alveolo. Al hacer un exámen microscópico de la trayectoria de las fibras, se observa que ninguna fibra atraviesa toda la distancia entre cemento y hueso, sino que existe un entretelado en la región central llamada plexo intermedio. Los elementos celulares de la membrana parodontal son: fibroblastos, fusiformes, largos, delgados y con nucleo ovalado y son paralelos a las fibras colágenas, estas fibras están dispuestas en grupos entre los cuales se encuentran espacios rodeados con vasos sanguíneos y linfáticos y a su alrededor nervios rodeados de tejido conjuntivo laxo. Dentro de la membrana parodontal se encuentran tambien osteoblastos, osteoclastos, cemento--blastos, y Macrófagos, restos epiteliales de Malassez, que son derivados de la vaina de Hertwing, la cual se desintegra cuando el cemento comienza a depositarse en la superficie de la dentina. La función de la membrana parodontal es de vital importancia, dado que sus condiciones fisiológicas normales afectan directamente a la pieza dental, ya que presenta una barrera para la iniciación de la enfermedad.

Esta membrana tiene dos funciones principales; mecáni--

ca y biológica.

**Función Mecánica.-** Esta tiene varios aspectos, entre los cuales deben mencionarse la transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso, la unión de la pieza dentaria al hueso, el mantenimiento de la correcta relación entre los tejidos gingivales y los dientes, la disminución del impacto de las fuerzas externas y la protección de vasos y nervios con tejidos blandos para evitar que éstos sean lesionados.

**Función Biológica.-** Esta tiene tres aspectos; formativo, nutritivo y sensorial.

**Formativo.-** La participación de la membrana en la formación y reabsorción de las estructuras calcificadas adyacentes es esencial para la adaptación del parodonto a los esfuerzos funcionales así como, para la reparación de lesiones de los tejidos calcificados.

**Nutritivo.-** Este aspecto comprende el aporte de sustancias nutritivas a los tejidos del parodonto, dentina, cemento y hueso, por medio de los vasos sanguíneos y linfáticos. Además, incluye la remoción de productos de desecho de los tejidos del parodonto.

**Sensorial.**- La membrana parodontal tiene la inervación que provee el sentido propioceptivo que localiza los estímulos externos a las piezas individuales.

**Cemento.**- El cemento es la parte del diente que tiene más íntima relación con la membrana parodontal; es de origen mesodérmico, se encuentra más delgado en cervical que en apical y tiene más o menos 150 micras de espesor. Es un tejido conjuntivo especializado de origen mesenquimatoso que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente. Su función principal es la de insertar en la superficie del diente las fibras de la membrana parodontal, por medio de la producción de cementoide o neocemento, el cual se origina a su vez, los cementoblastos. Esta aposición es un proceso continuo en el hueso; existe, en cambio un proceso de aposición y resorción. El cemento puede ser celular o acelular, pero esta diferencia no parece tener importancia funcional. Si en algún proceso patológico la superficie de la raíz sufre una resorción, ésta puede ser reparada por la aposición tanto del cemento celular como del acelular. El cemento acelular se encuentra cervicalmente y el celular en la porción apical. El cemento acelular es claro y sin estructuras y está formado por los cementoblastos, los cuales, a diferencia del cemento celular, no se presentan como

elementos distintos dentro del tejido.

El cemento en relación con el esmalte puede aparecer en diferentes disposiciones. Aquellos casos en que se encuentra dentina expuesta representan alrededor de un 5 a - 10%. En una tercera parte de los casos observados aparece punta a punta. Sin embargo el caso más frecuente es cuando el cemento cubre al esmalte, representado entre un 60 a 65% de los casos estudiados.

Hueso alveolar.- El hueso alveolar es la estructura ósea que rodea al diente formando alveolos. Dentro del hueso alveolar se distinguen un tejido compacto, y otro esponjoso o trabecular y contiene un 40% de sales inorgánicas.

El tejido compacto comprende una pared interna llamada pared alveolar o lámina dura, que radiográficamente se presenta como una línea radioopaca delgada; sin embargo, esta porción presenta numerosas perforaciones para dar paso a - vasos y nervios y no se encuentra cubierta de periostio, correspondiendo a la zona donde se insertan las fibras principales de la membrana parodontal, ya que con la aposición del ostioide quedan invaginadas las fibras.

La pared ósea externa o lámina cortical si está cubierta -

de periostio y es ahí donde se adosa la encía.

El tejido esponjoso o trabecular, se encuentra entre la pared alviolar y la pared ósea externa y está formado por - trabéculas óseas de diferentes tamaños que limitan los espacios medulares y que se modifican según la función que - tenga la pieza dentaria que soportan. Las trabéculas tienen pequeñas cavidades que se comunican entre sí por pequeños espacios. Dentro del seno del hueso se encuentran pequeños restos epiteliales de Malassez.

## CAPITULO II

## ETIOLOGIA DE LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES.

Factores etiológicos locales.- En la enfermedad periodontal las causas locales son aquellas que tienen contacto por vecindad sobre la encía y pueden provocar inflamación. La más importante es la falta o un inadecuado cepillado dentario, y como consecuencia de este se llegan a formar placas bacterianas, saburra, restos alimenticios y finalmente la acumulación del tártaro.

Los factores iatrogénicos como las provocadas por restauraciones dentarias incorrectas. Algunas veces dependen de dietas alimenticias blandas o hábitos de masticación unilateral, la masticación de alimentos duros (fibrosos) favorece la limpieza dentaria y la salud gingival al estimular su circulación y queratinización.

"FACTORES LOCALES":

- a) Cepillo para dientes (excoriación, ampollas, heridas, atrofias, retracciones).
- b) prótesis (inflamación, úlceras, cicatrices, tumores).
- c) Dientes en mal posición y dientes con caries u obturaciones o coronas desbordantes (inflamaciones) (ulceraciones).

- d) Tártaro (inflamación).
- e) Empaquetamiento de alimentos (inflamación).
- f) Cuerpos extraños (palillos) inflamación abscesos).
- g) Algodón (erosiones).

### LA INFIAMACION.

Se considera como una reacción de defensa ya que si la inflamación no existiera, la destrucción sería mayor ya que proviene la destrucción de tejido y evita que se disemine - la infección, es un proceso banal de la cavidad bucal, en - la que pueden observarse generalmente dos o tres de los sín tomas fundamentales de Celso que son calor, rubor, dolor, y tumor. Puede establecerse el absceso que es una colección purulenta.

Se llama celulitis a la inflamación difusa del tejido subcutáneo. Como se inicia el proceso inflamatorio.- Con una vasoconstricción momentanea seguida de una vasodilatación con liberación de histamina bradisinina, brandiquinina; al haber vasodilatción aumenta la presión hidrostática den tro de los vasos aumentando también el volumen sanguíneo, por lo tanto, el líquido plasmático tiende a salir a medida que pasa la sangre hacia los capilares la velocidad disminuye

aumentando su viscosidad, cambiando el flujo lateralizando se los elementos celulares, los eritrocitos son los que adquieren mayor adhesividad formando filas de monedas aumentando también la adhesividad de los demás elementos celulares; junto con el endotelio capilar. En ese momento empiezan a salir del vaso plasma y proteínas de bajo peso molecular como el fibrinogeno, el cual se convierte en fibrina para formar una red de contención alrededor de la zona afectada, después empiezan a salir los demás elementos celulares y el que sale primero es el leucocito neutrofilo por diapedesis, luego el linfocito y al final el eosinofilo, al salir los leucocitos se dirigen al área afectada por quimiotactismo, siguiendo la red de fibrina para ir a fagocitar las toxinas y las bacterias, la fagocitosis va a depender de la tensión superficial de la partícula por fagocitar, existen algunas sustancias las cuales son capaces de abatir la tensión superficial de las bacterias para poder así ser fagocitadas, también puede ocurrir la fagocitosis por quedar atrapada la bacteria en la red de fibrina.

Todo proceso inflamatorio puede conducir a la reparación, a un estado crónico o a la destrucción del tejido.

### SARRO COMO FACTOR DESENCADENANTE.

Los factores locales son capaces de producir cambios - en la estructura del parodonto, éstos factores son producidos por la saliva, la función del organismo y la placa bacteriana, esta es uno de los principales factores que va a iniciar el proceso inflamatorio. La placa bacteriana se forma de células de desecho de una sustancia llamada mucina que es una glucoproteína de la saliva, todo esto se adhiere al diente y es a lo que se le da el nombre de placa bacteriana posteriormente cuando se calcifica se produce sarro.

El sarro es una masa calcificada o en proceso de calificación que se adhiere a la superficie del diente. Es muy raro que se encuentre en la niñez, pues se inicia en la edad adulta perdurando toda la vida. Se compone de fosfato de calcio debido a la pérdida del bióxido de carbono y favorece - la saturación del fosfato en solución con la saliva y su precipitación. La materia alba es un depósito mucinógeno suelto, de color blanco y consistencia cremosa que se encuentra en la región del margen gingival y más frecuentemente en las caras vestibulares. Está compuesta de bacterias, hongos y - restos de comida. Su acción produce la descalcificación del diente y generalmente produce eritema en el margen gingival.

## CAPITULO III

## PADECIMIENTOS PARODONTALES Y TRATAMIENTO

Gingivitis marginal crónica.- Se presenta esta alteración con más frecuencia en la niñez y se caracteriza por que en la encía presenta todos los cambios de color, tamaño, consistencia y textura superficial característicos de la inflamación crónica, muchas veces se superpone una coloración roja intensa a los cambios crónicos subyacentes.

Etiología.- Tanto en niños como en adultos la causa más común de gingivitis, es la irritación local y la acumulación de irritantes locales. La mayor parte de la gingivitis en niños es debida a la higiene bucal deficiente y formación de placa dentaria y materia alba.

La gingivitis en la erupción dentaria se produce alrededor de los dientes, pero la erupción dentaria por si misma no causa la gingivitis ya que, la inflamación es consecuencia de los irritantes locales que se acumulan en torno al diente en erupción.

Otro factor muy importante para que se instale la gingivitis es la malposición y maloclusión ya que causa la acumulación de placa y materia alba. Se observan cambios inten

sos que incluyen agrandamientos gingivales, coloración azulada, úlceras y formación de bolsas profundas de las cuales se expulsa el pus.

Respiradores bucales.- La respiración bucal puede asociarse a gingivitis pues la sequedad de la encía favorece el desarrollo microbiano, la frecuencia de gingivitis asociada con la respiración bucal, y las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, agrandamiento y un brillo superficial difuso en las áreas expuestas.

La región anterior superior es el lugar más común de esta lesión. En muchos casos la encía alterada se demarca nítidamente de la mucosa normal adyacente no expuesta.

Absceso Dental.- (alveolodentario).

Cuando la degeneración de los elementos fagocitarios es intensa se produce pus, visible en forma de absceso (colección purulenta circunscripta). En la etapa aguda la infección se halla confinada a la lámina vertical del hueso y el diente es sensible a la percusión por lo general los antibióticos no son necesarios en esta fase. Debe extraerse la pieza o procederse al tratamiento endodóntico; la extirpación de la pulpa necrótica permitirá un buen drenaje. Si éste -

no es adecuado y aparece tumefacción en los tejidos debe instituirse una terapéutica a base de antibióticos. En esta etapa de la infección el diente puede extraerse con la ayuda de anestésicos locales ya que de esta manera se permite la evacuación del material purulento.

Diagnóstico diferencial entre absceso dental y absceso parodontal.- Cuando el diente no es vital es posible que la lesión sea periodontal se extiende hasta el ápice y produce lesión de la pulpa y necrosis. Con excepción de estos casos, el absceso periodontal no produce la desvitalización de los dientes. Un absceso apical puede propagarse por la zona lateral de la raíz hacia el margen gingival, pero cuando el ápice y la superficie lateral de la raíz se encuentran afectados por una lesión única, que puede ser sondeada directamente desde el margen gingival, es más probable que se haya originado como absceso periodontal.

Son relativamente útiles los hallazgos radiográficos para identificar dichas lesiones. Por lo común el área radiolúcida en el sector lateral de la raíz indica la presencia de un absceso periodontal. Mientras que la refracción apical significa absceso periapical. Sin embargo abscesos periodontales agudos que no presentan manifestaciones radiográficas

suelen producir síntomas en dientes con lesiones periapicales radiográficamente detectables desde hace mucho tiempo y que no constituyen el malestar del paciente. Los hallazgos clínicos como presencia de caries extensas, bolsas, vitalidad dentaria y existencia de una continuidad entre el margen gingival y la zona del absceso muchas veces resultan de mayor valor para el diagnóstico que las radiografías.

Una fístula que drena en la zona lateral de la raíz indica una lesión periodontal más que apical, mientras que una fístula desde una lesión periapical se localiza más apicalmente sin embargo la localización de la fístula no es concluyente. En muchos casos y especialmente en niños la fístula de la lesión periapical drena a un costado de la raíz y no en el ápice.

Existen dos tipos de abscesos periodontales; 1) abscesos en la profundidad de los tejidos de soporte que por lo general se tratan mediante operación por colgajo simple (no desplazado) y 2) abscesos contenidos en las paredes de bolsas periodontales, las cuales por lo general se tratan con una gingivectomía.

Tratamiento.- La manera más eficaz de tratar los abscesos periodontales son los procedimientos quirúrgicos que -

proporcionan visibilidad y acceso necesario a los irritantes locales causales.

## CAPITULO IV

## PADECIMIENTOS PARODONTALES SEVEROS

Gingivostomatitis Herpética Aguda..- Su etiología es específica por el virus, del herpes simplex. Se caracteriza por eritema difuso y erupción vesicular; las vesículas se rompen dejando úlceras esféricas u ovales ligeramente deprimidas. Afecta a la encía en forma difusa pudiendo incluir la mucosa bucal y los labios, su duración es de 7 a 10 días. Un episodio agudo produce un cierto grado de inmunidad y es contagiosa. En esta enfermedad las ulceraciones en general no empiezan en las papilas interdentarias pero ocurren en cualquier parte de la mucosa bucal, y por esta razón no es una enfermedad parodontal sino más bien una entidad estomatológica que se manifiesta con formación de pápulas en la boca y muchas veces en la piel, tales como las aftas de una enfermedad febril. Esta enfermedad es muy común pero se observa generalmente en niños de 2 a 4 años de edad. El período de incubación es una semana aproximadamente. La enfermedad se caracteriza por la súbita aparición de fiebre ligera, malestar general, linfadenopatía regional y lesiones bucales, afecta a la encía marginal y a la adhe-

rida, las encías se presentan de color rojo encendido y tumefactas. Con frecuencia la encía marginal aparece revestida por un exudado serofibroso.

Tratamiento.- No existe tratamiento eficaz, solo hay paliativos para disminuir o evitar un poco las molestias, ya que esta enfermedad desaparece sola al término del período de incubación.

Para calmar las molestias se puede procribir un laxante y aplicaciones en la mucosa de alcohol alcanforado, lo cual produce una cura instantánea, el paciente no debe de hacer a un lado su higiene bucal evitando así cualquier riesgo de contraer esta infección. En los pacientes jóvenes es importante usar antipiréticos para reducir la fiebre y mantener un estado normal de hidratación. Los antibióticos no están indicados, excepto cuando hay infección secundaria grave.

Gingivitis aguda ulcerativa necrozante.- Esta enfermedad se caracteriza principalmente por ser una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía. Con frecuencia se presenta en forma aguda y la forma más leve se le denomina subaguda. Su aparición es repentina ya que se presenta después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda en algunos pacientes se presenta después que se ha limpiado los

dientes. Los síntomas que refiere el paciente son: Dolor y sensación intensa de quemadura en toda la boca, el dolor es constante e irradiado que aumenta con la masticación. Los tejidos gingivales sangran fácilmente al menor contacto, - excesiva salivación pérdida del puntilleo, aumento de la coloración en la encía marginal, olor metálico peculiar.

Los signos orales son: hay depresiones marginales en forma de cráter y ulceraciones dolorosas estas se desarrollan primero en la papila interdental y encía marginal vestibular o lingual, pueden o no estar cubiertas por una película pseudomembranosa gris. La encía alrededor de las ulceraciones es roja, brillante y hemorrágica.

La gingivitis ulcerativa necrozante aguda es destructiva del tejido gingival, las úlceras y la mucosa que las rodea son muy dolorosas, como consecuencia del dolor se evitan los movimientos bucales y esto ocasiona la extensión de las lesiones con destrucción de las estructuras subyacentes y - denudación de la raíz. Esta enfermedad es rara en bocas de de dentadas y raras veces se muestran lesiones esféricas aisladas en el paladar blando.

Descripción de la Gingivitis necrozante aguda: Su etiología no es establecida, se caracteriza por lesión necrotizante.

Se encuentra con los márgnes gingivales carcomidos, presencia de pseudomembranas que se despegan dejando zonas de carne viva, solamente afecta la encía marginal y rara vez otros tejidos su duración no es definida y no es demostrable su contagio, el factor emoción tiene influencia importante en esta enfermedad.

El tratamiento con antibióticos alivia los síntomas, - en casos graves se administrará penicilina de 600 000 unidades.

Deben de considerarse los factores locales y generales, lo cuales deben de eliminarse así como conocer lo trastornos emocionales del paciente los cuales deben de tratarse simultaneamente ya que son muy importantes en esta enfermedad.

Además se realizará curetaje subgingival y después de esto se aplicaran colutorios con agua caliente los cuales se realizaran durante 10 minutos a intervalos de 1 hora durante varias horas, o bien colutorios con una solución de 1 parte de agua tibia estos se aplican tan caliente como se soporten sin que se tenga dolor y estos se hacen de manera enérgica y el tiempo que sea posible soportado por el paciente hasta 5 minutos esta operación se repite según la gravedad y varias veces al día, hay mejoría dentro de las primeras - 24 horas. En el segundo día se suspende o disminuye el co-

lutorio. Se resetan dosis de vitamina C.

Moniliasis aguda.- (candidiasis). Esta es una infección micótica de la cavidad bucal originada por un hongo - llamado Candida albicans. Esta suele presentarse con mayor frecuencia en la infancia aunque los adultos en especial - los diabéticos y debilitados, pueden afectarse también, los pacientes bajo tratamiento de antibióticos por vía general. Es muy contagiosa entre los lactantes, hay frecuencia significativamente más alta en niños nacidos de madres con vaginitis monílica.

Las lesiones bucales aparecen en cualquier parte de la superficie mucosa como un parche aislado, pero por lo general las lesiones son múltiples, estas se caracterizan por - su color blanco cremoso, que se asemeja a leche coagulada, adherentes y, si se las retira por la fuerza, dejan puntos sangrantes. La maceración intertriginosa en la comisura la bial, tanto en niños como en adultos puede revelar la presencia de Cándida Albicans.

Clinicamente se puede confundir con la difteria, con - el hábito de morder, leucoplasia y posiblemente liquen pla- no, pero se diagnostica por estudios de laboratorio.

Moniliasis crónica. - No es frecuente, produce una infección, la cual desemboca en una lesión granulomatosa, comienza en la infancia y perdura varios años. Las lesiones bucales van acompañadas de lesiones en uñas y piel. En contraste con las formas de infección leve superficial y aguda el granuloma moniliásico se manifiesta como una reacción inflamatoria profunda, con producción de tejido de granulación. La afección final de los pulmones, muchas veces con lesiones de riñón concomitantes termina en la muerte. El diagnóstico se confirma con estudios de laboratorio. El tratamiento es a base de Nystatin y Anfotericina B, por vía general o tópicos populares como Violeta de Genciana y solución de Lugol.

## CAPITULO V

## MANIFESTACIONES ORALES DE PADECIMIENTOS SISTEMICOS.

Varicela.- Aparecen en la mucosa bucal erupciones papi lares y vesículas sucesivas, al igual que en el rostro y el resto de la superficie cutánea del organismo. Las vesículas de la mucosa, se rompen y se convierten en pequeños cráteres ulcerados rodeados de eritema, que se asemejan a las lesiones de la estomatitis herpética aguda.

Sarampión.- Las manchas de Koplik son patognomónicas - del sarampión y se las encuentra en un 97 por 100 de los pa cientes, mismas que se observan dos o tres días antes de que "aparezca" la erupción. El lugar más frecuente en la mucosa bucal es frente a los primeros molares o en la zona inter na del labio inferior; se presentan como manchitas blanco-azuladas de tamaño puntiforme, rodeadas de una aureola brillante. Al principio solo hay unas pocas, pero más tarde - aumentan en cantidad y se unen. Además hay eritema y edema de la encía y del resto de la mucosa bucal, con zonas de co loración rojo-azulada en el paladar blando.

Escarlatina.- En esta se produce la coloración rojo in tensa difusa de la mucosa bucal. Se caracteriza por: 1) - Lengua aframbuesada, coloración roja intensa, brillante con

papilas prominentes y 2) Lengua en forma de fresa una superficie saburral, sobre una coloración roja brillante subyacente, con papilas prominentes.

Difteria.- Esta se caracteriza por la formación de una pseudomembrana en la bucofaringe, que aparece como una extensión gris, friable, a modo de cortina, en la zona de los pilares de las fauces anteriores. Eritema difuso de la membrana bucal, con formación de vesículas, también es común en esta enfermedad.

Anemia Eritoblástica.- Es alteración hereditaria y se caracteriza por presentar anemia hemolítica y esplenomegalia. Los cambios en el esqueleto son mínimos o no existen durante los primeros años de vida.

La osteoporosis característica de la enfermedad se produce temprano, en la niñez y va seguida de esclerosis. Las alteraciones óseas más características se registran en los metacarpianos y fémures. La neumatización de los senos paranasales esta retrasada.

Los cambios bucales son: palidez y cianosis de la membrana mucosa y maloclusión marcada, debido al crecimiento exagerado del reborde alveolar del maxilar superior.

Hay una gran separación asociada de los dientes. Radiográficamente se revela una rarefacción generalizada de los

maxilares y la alteración del patrón trabecular, que presenta aquí la forma de un enrejado irregular, con obliteración de la cortical alveolar en algunas zonas.

Leucemia.- Es la producción de cantidades excesivas de leucocitos inmaduros, esta puede ser aguda, subaguda o crónica. Los síntomas frecuentes de la leucemia son: palidez, fatiga, debilidad y pequeñas hemorragias causadas por la anemia y deficiencia de plaquetas.

En la leucemia la encía es de color azul purpúreo cianótico obscuro esto se debe a que en los leucémicos los tejidos gingivales están repletos de leucocitos, frecuentemente con diversos grados de reducción de los eritrocitos necesarios para proveer de oxígeno a los tejidos. El agrandamiento leucémico verdadero ocurre en la leucemia aguda cuando hay irritantes locales y raras veces en la leucemia crónica, esta enfermedad afecta las estructuras periodontales de soporte, hay úlceras gingivales, estos son cambios secundarios el cuadro clínico es más severo que el de la inflamación crónica simple. En ciertos pacientes leucémicos el agrandamiento gingival es el resultado de la inflamación crónica, y presenta las mismas características clínicas que en los pacientes no leucémicos.

Clinicamente el agrandamiento leucémico verdadero es - difuso o marginal, localizado o generalizado. Aparece como un agrandamiento difuso de la mucosa gingival y una sobreex tensión exagerada de la encía marginal o una masa interproximal circunscrita de aspecto tumoral. En el agrandamiento leucémico verdadero la encía es esponjosa y de color rojo - azulada y de superficie brillante. La consistencia es moderadamente firme, pero hay tendencia a la hemorragia espontánea. o a la irritación leve.

Leucemia Aguda y Subaguda.- Los cambios clínicos que - se producen en la leucemia aguda y subaguda son color rojo azulado difuso, cianótico de toda la mucosa gingival cuya superficie se torna brillante y con agrandamiento edematoso difuso que borra los detalles de la superficie gingival redondeamiento y tensión del margen gingival y diversos grados de inflamación gingival con ulceración, negrosis y formación de una pseudomembrana. También se encuentra afectada por traumatización la mucosa cercana a la línea de la oclusión o la del paladar se presenta como úlcera o absceso que resiste el tratamiento y se difunde con rapidez debido a que hay dificultad para controlar la infección, a veces hay desenlaces mortales en estos casos.

Leucemia Crónica.- En esta no suelen presentarse cambios bucales clínicos que indiquen una enfermedad hematológica -

por lo tanto no es común el agrandamiento de la encía pero puede haber agrandamiento de tipo tumoral de la mucosa bucal como respuesta a irritación local, resorción alveolar - generalizada, ausencia de cortical alveolar, espacios periodontales difusos irregulares, osteoporosis, elevación subperióstica en la región mentoniana y cambios análogos en otros huesos.

Tratamiento del agrandamiento Leucémico.- Con frecuencia, la atención médica de los pacientes leucémicos está complicada por el agrandamiento gingival con gingivitis ulceronecrosante aguda dolorosa que entorpece la alimentación y crea reacciones orgánicas tóxicas. Se controlan los tiempos de coagulación, sangrado, el tiempo de protombina y la cantidad de plaquetas, además se debe consultar al hematólogo antes de comenzar el tratamiento periodontal.

Una vez que los síntomas agudos remiten, se dirige la atención hacia la corrección del agrandamiento gingival. Es de gran importancia eliminar los factores locales causantes de la inflamación, porque el agrandamiento leucémico no se produce en ausencia de irritantes locales. El agrandamiento se trata por raspaje y curetaje realizado por etapas bajo anestesia tópica. La primera sesión consiste en la eliminación suave de todas las acumulaciones en el torno de los

cuellos de los dientes mediante una torunda de algodón saturada de agua oxigenada al 3 por ciento posteriormente se realiza un raspaje superficial y después de 24 a 48 horas por lo general el estado gingival mejora, se debe de enseñar a los pacientes los procedimientos del control de placa, en estos casos la higiene bucal es en extremo importante. En las sesiones siguientes se realizan raspajes progresivamente más profundos, los tratamientos se limitan a pequeñas zonas para facilitar el control del sangrado. Se administran antibióticos la noche anterior y 48 horas después de cada tratamiento para disminuir el riesgo de infección.

Diabetes.- Las manifestaciones orales de la diabetes son: sequedad de la boca, eritema difuso de la mucosa bucal, lengua saburral y roja con indentaciones marginales y tendencia a formación de abscesos periodontales, encía agrandada, papilas gingivales sensibles, hinchadas que sangran profusamente, proliferaciones gingivales polipoides y aflojamiento de dientes y hay mayor frecuencia de enfermedad periodontal, con destrucción alveolar tanto vertical como horizontal. La enfermedad periodontal no sigue patrones fijos en pacientes diabéticos, pero es frecuente que haya inflamación gingival, bolsas periodontales profundas y abscesos periodontales en pacientes con mala higiene bucal y acumulación de -

cálculos. En pacientes con diabetes juvenil hay destrucción periodontal amplia. Es común que pacientes diabéticos con enfermedad periodontal sufran cambios gingivales y la pérdida ósea, sin embargo aunque en otros la intensidad de la pérdida ósea es grande también se ve afectada por los irritantes locales y fuerzas oclusales, que aceleran la pérdida ósea y retardan la cicatrización posoperatoria. Esta enfermedad no causa gingivitis o bolsas periodontales pero hay signos de que altera la respuesta de los tejidos periodontales.

La diabetes en niños no controlados puede ir acompañada de destrucción pronunciada del hueso alveolar. Aunque la inflamación gingival es un hallazgo frecuente en estos casos.

Tratamiento.- Antes de iniciar el tratamiento el paciente debe de estar bajo control y las visitas al consultorio no deben de interferir en el horario de sus comidas, para evitar la posibilidad de que se produzca acidosis diabética, como, reacción insulínica. Los diabéticos crónicos de edad avanzada son propensos a arteriosclerosis, hipertensión y vasculopatía coronaria y en este caso es recomendable realizar la cirugía en un hospital para poder solucionar con

prontitud las complicaciones cardiovasculares.

En estos pacientes la resistencia a la infección está disminuida debido a esto hay que recetar antibióticos antes y después de raspajes y curetajes extensos o de procedimientos quirúrgicos, el medicamento de elección es la penicilina de 250 mg. cada cuatro horas; se comienza la noche antes del tratamiento y se continua 48 horas durante el período - posoperatorio. Hay que eliminar todos los factores etiológicos locales y el paciente debe hacer una higiene bucal minuciosa. En diabéticos adultos jóvenes (la eliminación de la enfermedad gingival y periodontal), puede readucir la insulina que es necesaria para el control de la diabetes.

Mongolismo.- (síndrome de Down). Esta enfermedad es congénita causada por una alteración cromosómica (trisomía 21), y se caracteriza por deficiencia mental y retraso en el crecimiento. La frecuencia de la enfermedad periodontal es alta y aunque hay placa, cálculos y bolsas periodontales, la magnitud de la destrucción periodontal supera a la que - se produce unicamente por factores locales.

Padecimiento cardiaco congénito.- En esta enfermedad se puede presentar la enfermedad gingival y otros síntomas bucales. En los casos de tetralogía de Fallot los cambios

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

40

bucales son, coloración roja púrpura de los labios y gingivitis marginal intensa, la lengua es saburral, fisurada y edematosa, hay rojez extrema de las papilas fungiformes y filiformes. En los casos de tetralogía de Eisenmenger los labios, carrillos y mucosas bucales están cianóticos pero mucho menos que en la tetralogía de Fallot. La gingivitis marginal generalizada intensa es un hallazgo común.

Tratamiento: El médico del paciente debe ser consultado antes de empezar el tratamiento periodontal. En estos pacientes esta indicada antes de raspaje y curetaje o de los procedimientos periodontales quirúrgicos la premedicación con antibióticos o agentes quimioterapéuticos. Se puede aplicar Penicilina Procaína 600 000 unidades, con penicilina cristalina G, 6000 000 unidades, por vía intramuscular una o dos horas antes de la sesión dental, y 600 000 unidades de penicilina procaína diariamente durante dos días posoperatorios. Si se usa penicilina por vía bucal la dosis es de 250 mg. de fenoximetilpenicilina una o dos horas antes de la sesión dental, y después cada cuatro horas durante 2 días.

Dificiencias vitamínicas (nutricionales).- Las deficiencias nutricionales acentúan la intensidad de los cambios -

patológicos al igual que las enfermedades debilitantes ya que pueden constituir un factor predisponente en la enfermedad parodontal. Sin embargo ninguna deficiencia nutricional causa por sí misma gingivitis o bolsas periodontales; ya que es preciso que haya irritantes locales para que se produzcan lesiones.

La deficiencia de vitamina A.- Produce metaplasia que ratiniza el epitelio, aumento de la susceptibilidad a las infecciones, perturbaciones del crecimiento, forma y textura del hueso. La hipervitaminosis causa anorexia perida de pelo, ensias inflamadas sangrantes y hueso esponjoso.

La deficiencia de vitamina D.- El desequilibrio en la ingestión de calcio-fosforo y la deficiencia de vitamina D o ambos produce raquitismo en los niños y osteomalasia en los adultos. Puede afectar a los tejidos periodontales su deficiencia.

Vitamina B1 (Tiamina).- A la deficiencia de esta vitamina se le atribuye: hipersensibilidad de la mucosa bucal, vesículas pequeñas (que simulan herpes) en la mucosa bucal, debajo de la lengua o en el paladar y erosión de la mucosa bucal.

Vitamina B2 (Riboflvina).- En la deficiencia de vitamina B2 se presenta glositis queilosis, dermatitis seborreica

y una queratitis vascularizante superficial.

La glositis se caracteriza por coloración magenta y atrofia de las papilas que varía su desaparición. En casos leves el dorso de la lengua presenta atrofia por zonas de las papilas linguales y papilas fungiformes agrandadas las cuales se proyectan en elevaciones de aspecto granulado, en carencias graves el dorso es plano con superficie seca y con frecuencia fisurada. El margen de la lengua está escalonado, causado por las indentaciones. Queilosis: con este cambio es como se identifica con mayor frecuencia la falta de esta vitamina. La queilosis comienza con una área pequeña, viva roja y dolorosa en la comisura de los labios la cual se agranda pronto, en casos avanzados, la lesión tiende a extenderse al labio inferior y produce fisuras.

Niacina (ácido nicotínico).- La deficiencia de esta produce pelagra, gingivitis y estomatitis generalizada. Las alteraciones bucales son: Glositis y estomatitis son los primeros signos clínicos. En forma aguda hay hiperemia de la lengua, agrandamiento de las papilas o indentación, seguidos de cambios atróficos y una superficie lisa. En la forma aguda la lengua es de color rojo carne y dolorosa con ardor. En la deficiencia crónica la lengua está adolgazada y fisurada con surcos superficiales, rugosidades marginales y atrp

fia de las papilas fungiformes y filiformes. El hallazgo más frecuente es la gingivitis ulceronecrotizante aguda, - por lo general en áreas de irritación local.

Vitamina B6 (piridoxina).- Anemia trastornos cardiovascular convulsiones, retraso en el crecimiento y atrofia por zonas en el dorso de la lengua causa la deficiencia de esta vitamina, además presenta queilosis angular, glositis con hinchazón, atrofia de las papilas, color magenta y malestar.

Vitamina B12 (cianocobalamina).- Su deficiencia causa anemia perniciosa, atrofia de la lengua úlceras linguales - y queilitis.

Acido fólico (ácido pteroilglutámico P.P.).- Las alteraciones por deficiencia son: anemia macroscópica, estomatitis generalizada, las manifestaciones bucales se presentan por glositis puede ser la molestia mayor, hay hinchazón y enrojecimiento de la punta y márgenes laterales, úlceras dolorosas en el dorso de la lengua. La desaparición de las papilas va seguida de atrofia de la lengua, alisamiento y coloración roja hay ardor y dolor con aumento de la salivación.

Vitamina C.- Produce su deficiencia escorbuto el cual se caracteriza por diátesis hemorrágica y retraso de la cicatrización de heridas. El aspecto de la encía es rojoazulado.

**Vitamina K.-** La deficiencia de esta vitamina origina - tendencia hemorrágica, puede causar hemorragia gingival excesiva después del cepillado de los dientes o espontáneamente. Esta se utiliza para la prevención y control de la hemorragia bucal.

**Gingivitis Asociada con la Pubertad.-** En la pubertad la gingivitis es originada principalmente por una respuesta exagerada a la irritación local, la eliminación de los irritantes y el control de la placa dan la salud periodontal. La eliminación inicial de la gingivitis por raspaje y curetaje no presenta problemas, pero si los causa si hay recidiva. Una irritación local leve causa inflamación y edema gingivales intensos. Por lo general el problema desaparece a los 17 ó 18 años cuando la diferencia en la respuesta de la encía es notable.

**Hiperplasia de la encía.-** Esta se refiere al aumento de tamaño de los tejidos, producido por el aumento de la cantidad de sus componentes celulares.

Las características clínicas se presentan primero como un agrandamiento indoloro, periférico en el margen gingival vestibular y lingual y en las papilas interdientarias, conforme la lesión progresa los agrandamientos marginales y papi-

lares se unen y pueden transformarse en un repliegue macizo de tejido que cubre una parte considerable de las coronas y puede interponerse en la oclusión. Cuando no hay inflamación sobreagregada la lesión tiene forma de mora, es firme, de color rosado pálido, con una superficie finalmente lobulada que no tiende a sangrar, los agrandamientos se proyectan desde abajo del margen gingival del que están separados por un surco.

Hiperplasia causada por dilantina sódica.- El agrandamiento provocado por este anticonvulsivo aparece en algunos pacientes que ingieren esta droga y se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes. Su aparición y severidad no se relaciona necesariamente con la dosis o la duración del tratamiento con la droga. La hiperplasia con este medicamento puede presentarse en bocas desprovistas de irritantes locales y puede estar ausente en bocas con grandes cantidades de irritantes locales. Por lo general la hiperplasia es generalizada, pero más intensa en las regiones anteriores superior e inferior. Se produce en zonas dentadas no en espacios desdentados sin embargo en ocasiones llega a presentarse en los pacientes edentulos. Su agrandamiento es crónico y aumenta de tamaño con lentitud hasta que interfiere con la oclusión. Al eliminarlo quirúrgicamente vuelve a apare-

cer, desaparece espontaneamente al mes una vez interrumpida la ingestión de la droga. Los irritantes locales complican la hiperplasia causada por la droga.

Las alteraciones inflamatoria secundarias se añaden a la lesión producida por la dilantina sódica dan una coloración roja o rojo azulado, borran los límites lobulados y aumentan la tendencia a la hemorragia.

## CAPITULO VI

## TUMORES BENIGNOS DE LA CAVIDAD ORAL.

Fibroma.- El fibroma se presenta como una lesión elevada de color normal con superficie lisa y base sesil o a veces pediculada, este puede ser pequeño o en casos raros alcanzar hasta varios centímetros de diámetro. Al proyectarse sobre la superficie el tumor llega a irritarse o inflamarse e incluso a presentar ulceración superficial. Casi siempre es una lesión bien definida de crecimiento lento que se produce a cualquier edad, aparece con más frecuencia en la encía, - mucosa vestibular, lengua, labios y paladar. Su tratamiento es el quirúrgico, esta lesión raras veces es recidiva.

Fibroma oscificante.- Es una neoplasia ósea central causada por los osteoblastos con formación ósea: se afectan los dos maxilares pero es de predominio mandibular suele ser - asintomático hasta que la lesión produce notable inchazón y leve deformación. El desplazamiento de los dientes es un - signo clínico temprano y es de crecimiento relativamente lento. Cuando la lesión es pequeña no se acompaña de agrandamiento óseo y se descubre radiológicamente, si la evolución continúa se encuentra un abultamiento de superficie lisa, coloración normal y de forma curvada pudiendo producir, una -

marcada deformidad. El tratamiento es extirpación quirúrgica.

Nevus.- Este puede ser o no pigmentado, su crecimiento es lento; su color varía entre el gris pálido y el pardo oscuro. Puede ser plano o algo elevado sobre la superficie gingival. Su tratamiento es la excisión quirúrgica conservadora ya que raras veces es recidiva.

Osteoma.- Es una neoplasia ósea benigna, afecta cualquier hueso de la cara pero es de predominio mandibular. Puede localizarse en el interior del cuerpo del maxilar o en su periferia y puede estar compuesta de hueso esponjoso o de hueso compacto.

El osteoma no es una lesión bucal común, aunque se origina a cualquier edad pero de predilección en el adulto joven. Se manifiesta como una lesión circunscrita del maxilar que produce una asimetría obvia, es de crecimiento lento y rara vez hay dolor asociado a esta tumoración. Clínicamente los osteomas bien delimitados, de contornos lisos y de color normal. A los Rx se ve una radiopacidad redonda, bien delimitada. El osteoma de tejidos blandos de la cavidad bucal es una lesión rara que también se conoce como osteoma mucoso, casi siempre se origina en la lengua y en la mucosa bu-

cal; la lesión central aparece en el interior del maxilar - como masa radiopaca bien delimitada.

Tratamiento.- Consiste en la eliminación quirúrgica - total o parcial sólo cuando dificulte el funcionalismo, la estética o se impida la eficacia de la dentadura, o confeccionar un aparato protético cuando el tumor se encuentra cerca de la superficie del hueso alveolar. No da recidivas.

Hemanjioma.- Es un tumor benigno de vasos sanguíneos - que a veces se presentan en la encía, los más comunes son - los de tipo capilar que son blandos sésiles e indoloros. Pueden ser lisos o de contorno abultado irregular, el color varía del rojo oscuro al púrpura y empalidece al aplicarse presión. Estas lesiones nacen en la papila gingival interdientaria y se extienden en sentido lateral hasta abarcar los adyacentes.

Papiloma.- Este se presenta como una protuberancia dura de aspecto verrugoso que sobresale de la encía, esta lesión puede presentarse como elevaciones duras y anchas con superficie finamente irregular o pequeña y circunscrita.

Granuloma reparativo periférico de células gigantes.- Estas lesiones nacen en la zona interdientaria o en el margen

gingival son más frecuentes en la superficie vestibular. Su aspecto puede ser en forma de masa regular lisa o como una protuberancia multilobulada irregular, con indentaciones superficiales a veces se observan úlceras en los bordes, estas lesiones son indoloras de tamaño variable que puede cubrir varios dientes. Pueden ser firmes o esponjosas, y su color va del rosado al rojo oscuro o púrpura azulado.

Para hacer el diagnóstico definitivo de esta lesión se precisa del examen microscópico.

Granuloma de plasmocitos.- Esta lesión se presenta en la encía marginal interdientaria o encía insertada. Se presenta como una masa localizada, pero puede ser generalizada. Es roja a veces granular, sangra con facilidad o va acompañada de distribución local del hueso adyacente. Por lo común, es suficiente con la eliminación de los irritantes locales mediante raspaje pero puede ser necesaria la extirpación quirúrgica.

## CAPITULO VII

### GINGIVECTOMIA

Está indicada la gingivectomía en encías muy agrandadas y sumamente fibrosas ya que en esta se eliminarán bolsas.

El tratamiento consiste en lo siguiente:

- 1) Anestesiarse
- 2) Marcar puntos sangrantes a nivel de la bolsa (ver profundidad)
- 3) Se coloca el bisturí a 45 grados para efectuar la insición (el corte se efectuará abajo del punto sangrante).
- 4) Se utiliza la lanzeta de Fisch, para poder introducir y levantar el colgajo, el corte debe quedar bastante - nitido en forma de festoneado.
- 5) Se va raspando la encía.
- 6) Se logra perfectamente la raíz de las piezas dentarias con el Ck6 quedando perfectamente limpios los espacios de los dientes (se elimina el tejido granulamotoso por medio de una gasa).
- 7) Labado de la encía con suero fisiológico.
- 8) Colocación de un apósito para proteger las encías de -

la irritación, este se retira después de una semana.

- 9) En caso de excesivo sangrado se puede colocar un telfa - de telfa o plantilla de estaño.

## CAPITULO VIII

## METODOS DE CEPILLADO.

Método de Stillman.- Se colocará el cepillo de modo - que las puntas de las cerdas queden en parte sobre la encía y en parte sobre la porción cervical de los dientes.

Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical. Se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival hasta producir un empalidecimiento perceptible. Se separa el cepillo para permitir - que la sangre vuelva a la encía. Se aplica presión varias, veces y se imprime al cepillo un movimiento rotativo suave, con los extremos de las cerdas en posición.

Se repite el proceso en todas las superficies dentarias, comenzando en la zona molar superior, procediendo sistemáticamente en toda la boca. Para alcanzar las superficies linguales de las zonas anteriores superior e inferior, el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal, y dos o tres penachos de cerdas trabajan sobre los dientes y la encía. Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en profundidad en los surcos y espacios interproximales.

Método de Stillman modificado.- Este consisten en una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en el sentido del eje mayor del diente. El cepillo se coloca en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona, y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el margen gingival y en la superficie dentaria. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

Método de Charters.- El cepillo se coloca sobre el diente, con una angulación de 45 grados con las cerdas orientadas hacia la corona. Después se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival, conservando el ángulo de 45 grados.

Gírese levemente el cepillo, flexionando las cerdas de modo que los costados presionen el margen gingival, los extremos toquen los dientes y algunas cerdas penetren interproximalmente. Sin descolocar las cerdas, gírese la cabeza del cepillo, manteniendo la posición doblada de las cerdas. La acción rotatoria se continúa mientras se cuenta hasta diez. Llévase el cepillo hasta la zona adyacente y repítase el procedimiento, continuando área por área sobre toda

la superficie vestibular, y después p ase a la lingual. Téngase cuidado de penetrar en cada espacio interdentario. Para limpiar las superficies oclusales, fu rcese suavemente las puntas de las cerdas dentro de los surcos y fisuras y activese el cepillo con un movimiento de rotación, sin cambiar la posición de las cerdas. Repitase con mucho cuidado zona por zona hasta que est n perfectamente limpias todas las superficies masticatorias.

Método de Fones.- En el método de Fones el cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía; el mango del cepillo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies dentarias vestibulares. Después se mueve el cepillo en sentido rotatorio, con los maxilares ocluidos y la trayectoria esférica del cepillo confinada dentro de los límites del pliegue mucovestibular.

Método fisiológico.- Este método consiste en hacer un esfuerzo por cepillar la encía de manera comparable a la trayectoria de los alimentos en la masticación. Esto comprende movimientos suaves de barrido, que comienzan en los dientes y siguen sobre el margen gingival y la mucosa gingival insertada.

## SOLUCIONES REVELADORAS

Hay soluciones y pastillas que se usan en el consulto para revelar la placa dentaria antes de profilaxia bucal y después de ella, y en el hogar, para examinar la eficacia del control de la placa.

## SOLUCIONES

- |   |          |
|---|----------|
| 1.- Fucsina básica                          | 6 gr.    |
| Alcohol etílico, 95%                        | 100 ml.  |
| Añadir dos gotas en un vaso Dappen con agua |          |
| 2.- Yoduro de potasio                       | 1.6 gr.  |
| Cristales de Yodo                           | 1.6 gr.  |
| Agua  | 13.4 ml. |
| Glicerina c.s.p.                            | 30.0 ml. |

## PASTILLAS

Se aplasta la pastilla entre los dientes después de lo cual se mantiene agua en la boca durante 30 segundos. Dos de esas pastillas son: la Red-Cote (color certificado, manitol, sucaryl y sabor artificial) y una pastilla de Eritrocina que contiene:

F.D.C. Rojo núm. 3 (eritrocina)	15 mg.
Cloruro de sodio	0.747 %
Sucaryl sódico	0.747 %
Estearato de calcio	0.995 %
Sacarina soluble	0.186 %
Acoito blanco	0.124 %

Mejorador del gusto (aprobado por la F.D.A.)	2.239 %
Sorbitol c.s.p. una pastilla de:	0.5 gr.

## CONCLUSIONES

Las enfermedades parodontales si no son debidamente -  
atendidas son molestas y pueden llegar a ser graves ya que  
si no se atienden a tiempo pueden en algunas ocasiones de  
generar rapidamente.

Considero de suma importancia hacer ver a los pacien-  
tes el cuidado que deben de tener con los habitos de higie  
ne y su adecuada alimentación ya que sin un balance vitamí  
nico se presenta un debilitamiento general, y como consecuen  
cia enfermedad.

Es frecuente encontrar afecciones en problemas de la  
mal posición dentaria, al igual que en cambios hormonales,  
sistémicos, y otros.

Es indispensable realizar una buena historia clínica  
y aplicar nuestro criterio remitiendo a nuestro paciente -  
en caso necesario al especialista adecuado.

## BIBLIOGRAFIA

- I.- Amado Saúl  
Lecciones de Dermatología  
México 1978 8a. edición.
- II.- Glikman Iruing  
Periodontología Clínica  
Edit. Interamericana, S. A. 4a. edición.  
México 1974
- III.- Grinspan David  
Enfermedades de la Boca  
Semiología, Patología Clínica y Terapéutica de la mu  
cosa bucal.  
Tomos I y III  
Edit. Mundi, S. A. C. I. F.  
Paraguay 2100/Junin  
Buenos Aires/Argentina
- IV.- Lehman J.  
Vademecum de Odontoestomatología  
Edit. Jims  
Barcelona, España 1978
- V.- McCarthy Frank M.  
Emergencias en Odontología  
Edit. "El Ateneo Buenos Aires 2a. edición"  
México 1976
- VI Pelit Henri  
Parodontología  
Nociones fundamentales y problemas prácticos  
Edit. Toray-Masson, S. A. la. edición Barcelona  
México 1971
- VII Revistas del Hospital 20 de Noviembre  
Dental Abstracts  
A selection of world dental literature

- 1) Mes- February, año 1979. vol. 24 number 2
- 2) Mes - March, año 1979. Vol. 24 number 3
- 3) Mes - April, año 1979. vol. 24 number 4

VIII Thoma Kurk H.  
Patología Bucal  
Edif. U.T.E.H.A.  
México 1946