



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

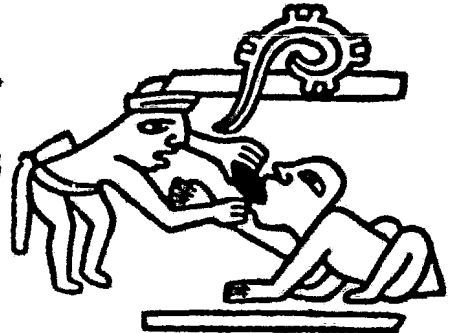
Facultad de Odontología

**PRINCIPALES ENFERMEDADES
PARODONTALES.**

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

México, D. F.

1983





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E .

" PRINCIPALES ENFERMEDADES PARODONTALES "

- I.) PROLOGO
- II.) DEFINICION
- III.) HISTORIA DEL PARODONTO
 - 1.) Encía
 - 2.) Ligamento Parodontal
 - 3.) Cemento
 - 4.) Hueso Alveolar
- IV.) SALIVA
- V.) INFLAMACION
- VI.) EXAMEN CLINICO
- VII.) ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
 - 1.) Factores Locales
 - 2.) Factores Generales
- VIII.) CLASIFICACION CLINICA DE LAS ENFS. PERIODONTALES.
 - I.) ENFS. QUE AFECTAN A LA SUPERFICIE DE LA ENCIA:
 - a) *Inflamación sin destrucción de la superficie*
 - 1)- *Gingivitis marginal*
 - 2)- *Gingivitis difusa generalizada*
 - 3)- *Hiperplasia gingival.*
 - b) *Infalamación con destrucción de la superficie.*
 - 1)- *Gingivitis ulcerosa hecrotica*

- 2)- *Gingivo estomatitis herpetica*
- 3)- *Gingivitis descamativa*
- 4)- *Ulceras Orales*

II)- ENFS. QUE AFECTAN A LAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS

- 1)- *Enf. periodontal destructiva crónica o periodontitis*
- 2)- *Absceso periodontal*
- 3)- *Traumatismo periodonal*
 - a). *Traumatismo primario*
 - b). *Traumatismo secundario*

IX.) CONCLUSIONES

X.) BIBLIOGRAFIA.

- P R O L O G O -

El principal objetivo que deseo analizar con mi tesis, es dar a entender la gran importancia y responsabilidad del cirujano dentista en la prescripción de la enf. periodontal.

El principal objetivo que debe enfrentarse el odontólogo en su practica diaria son las dos entidades patológicas, las caries y la enfermedad periodontal.

Es por eso que en mi trayecto en las practicas clínicas de mi facultad pude darme cuenta de la gran importancia que presenta no sólo la caries sino tambien la ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Con esto quiero decir que es importante que el cirujano dentista haga un examen concienzudo, son las que deben de establecer el criterio a seguir en la enfermedad periodontal.

PARODONCIA.- Rama de la odontología que estudia los tejidos de soporte del diente en salud y en enfermedad, así como la prevención y tratamiento de sus enfermedades.

El Parodonto es el tejido de protección y sosten del diente que se compone de encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar.

ENCIA.- Es la porción de la membrana, mucosa bical que cubre y se encuentra adherida al hueso alveolar y región cervical de los dientes.

- DIVISIONES MORFOLOGICAS (Clases 3) -

LA ENCIA SE DIVIENE EN:

1.- *Insertada o adherida:*

Es la que está adherida al periostio o hueso

2.- *Libre o marginal:*

Es la que forma el surco del intersticio o surco gingival

3.- *Interdentaria o Papilar:*

Se localiza por debajo del punto de contacto.

- MUCOSA BUCAL DE LA ENCIA (TIPOS) -

a) *mucosa masticatoria:*

Encía y revestimiento del paladar duro.

b) *Mucosa especializada:*

Dorso de la Lengua.

c) *Mucosa de recubrimiento:*

Resto de la Mucosa bucal.

EL COLOR DE LA ENCIA:

Es producido por el aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio.

EL TAMAÑO:

Correponde a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

LA CONSISTENCIA:

Es firme y está fuertemente unida al hueso subyacente, el margen libre es móvil.

LA TEXTURA:

*La textura superficial de la encía insetada es punteada.
(Textura de cascara de naranja).*

— IRRIGACION DE LA ENCIA —

Hay 3 fuentes de vascularización de la encía:

- 1.- Arteriolas suprapariosteicas.*
- 2.- Vasos de ligamento periodontal.*
- 3.- Arteriolas que emergen la cresta del tabique interdentario.*

— LA MEMBRANA BASAL ESTÁ COMPUESTA POR: —

- 1.- Una lamina lúcida
- 2.- Una lamina densa
- 3.- Una porción más profunda compuesta de retucylina.

— FUNCION PRINCIPAL DE LA MEMBRANA BASAL DE LA ENCIA —

- a). Fijar el epitelio al tejido conectivo
- b). Regular la nutrición y los productos de deshecho del epitelio.

— EL EPITELIO ESTÁ FORMADO POR ESTRATOS O CAPAS: —

- Estrato basal.
- Estrato espinoso.
- Estrato granuloso
- Estrato córneo.

— TEJIDO CONJUNTIVO DE LA ENCIA —

a lamina propia de la encia consiste en un tejido conectivo densamente fibroso que se fija firmemente sobre el periostio del hueso alveolar.

— FIBRAS GINGIVALES —

1.- *Fibras dentogingivales:*

Van la encia al cemento.

2.- *Fibras dentoperiosticas:*

Pueden seguir desde el periostico de la región o sea de la cresta alveolar hasta el cemento.

3.- *Fibras transeptales:*

Que conectan los dientes adyacentes en sentido coronal a la cresta alveolar.

4.- *Fibras cresto gingivales:*

Unen la encia con la cresta alveolar.

5.- *Fibras circulares:*

Circunscriben al diente sin inserción en forma de anillo.

Los haces de fibras colagenas de la encia libre en especie las dentogingivales y las circulares viven para mantener bien aproximadas la encia y el diente.

Los elementos celulares más importantes del tejido conjuntivo gingivan son los fibroblastos que sintetizan la colagena los cuales se encuentran en grandes cantidades entre los haces de fibras colagenas.

- UNION DENTOGINGIVAL -

Está formada por la adherencia epitelial por las fibras colágenas.

La unión del epitelio al diente (adherencia epitelial) es por medio:

- 1.- Una lámina densa.*
- 2.- Una lámina lúcida*
- 3.- Mucopolisacáridos altamente pegajosos.*
- 4.- Hemidesmosomas*

- ADHERENCIA EPITELIAL -

Se refiere a la prolongación o picar del epitelio del intersticio gingival que no está separada de la superficie del diente si no que está realmente adherida a él.

- EL EPITELIO DEL INTERSTICIO GINGIVAL -

- 1.- Consta de una capa basal.*
- 2.- De un estrato espinoso*
- 3.- No tiene capa de células granulosas*
- 4.- No está queratinizado.*

- LIGAMENTO PERIODONTAL -

Ligamento Periodontal.- Es un Tejido conectivo denso que une el diente al hueso alveolar.

Su fundamental es mantener el diente en el alveolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento y el hueso.

También tiene propiedades nutritivas, de defensa y sensoriales.

- HISTOGENESIS -

El ligamento periodontal se origina a partir de elementos del tejido conectivo durante la vida embrionaria.

Antes de ocurrir la erupción de los dientes temporales y permanentes (dientes sin predecesores) se forma un ligamento reconocible.

Los dientes permanentes que los reemplazan forman el ligamento una vez que han erupcionado en la cavidad bucal.

- La formación del ligamento se puede ilustrar en una secuencia de 4 pasos:

- 1.- Las fibras cementarias muy cercanas una a otra, cortas y en forma de pincel se extienden desde el cemento.
Unas pocas fibras alveolares aisladas se extienden a partir de la pared alveolar. Entre estos grupos de fibras las hay colagenas laxas que se disponen en sentido paralelo al eje mayor del diente.
- 2.- El tamaño y el número de fibras alveolares aumentan, se alargan y se ramifican en sus extremos.
Las fibras alveolares están más separadas que las fibras cementarias.
- 3.- Las fibras alveolares y cementarias siguen alargándose y parecen unirse.
- 4.- Cuando el diente entra en función. las haces de fibras se ensanchan y son continuos entre hueso y cemento.

FIBRAS PRINCIPALES:

El ligamento periodontal contiene fibras colagenas que se insertan de un lado en el cemento y del otro lado en el hueso alveolar. Estas fibras se organizan en grupos denominados haces de fibras principales, que se distinguen por sus direcciones prevalecientes.

1.- Grupo de la cresta alveolar:

Los haces de fibras de este grupo se abren en abanico desde la cresta del proceso alveolar y se hallan insertados en la parte cervical del cemento.

2.- Grupo horizontal:

Los haces de este grupo forma un ángulo recto respecto al eje mayor del diente, y van del cemento al hueso.

3.- Grupo oblicuo:

Los haces corren oblicuamente y se insertan en el cemento algo apicalmente a su inserción en el hueso.

Estos haces de fibras son los más numerosos y constituyen el sosten principal del diente contra las fzas., de masticación.

4.- Grupo apical:

Los haces se distribuyen irregularmente, se abren en abanico desde la región apical de la raíz hacia el hueso circundante.

5.- Grupo interradicular:

Este grupo corre sobre la cresta del tabique interradicular en las furcaciones de los dientes interradiculares, uniendo las raíces y las comúnmente denominadas fibras transeptales.

— ELEMENTOS CELULARES —

- 1.- **FIBROBLASTOS:** Su función principal consta en el mantenimiento de las fibras colágenas.
- 2.- **OSTEOBLASTOS:** Se encuentran en los procesos de aposición ósea
- 3.- **CEMENTOBLASTOS:** Se encuentran a lo largo del precemento y bordeando la superficie del cemento
- 4.- **RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ:** Se encuentran cerca del cemento.

— FUNCION DEL LIGAMENTO PERIODONTAL —

- 1.- **Función Física:**
 - a).- Transmisión de las fzas., oclusales al hueso
 - b).- Inserción del diente al hueso
 - c).- Resistencia al impacto de las fzas. oclusales absorción del choque).
 - d).- Protección de los vasos y nervios de lesionar por fzas. mecánicas.
- 2.- **Función formativa (metabolismo):**

Anabolismo: está dada por los fibroblastos, osteoblasto y cementoblastos.
- 3.- **Función nutritiva y sensoriales:**

Irriga al propio ligamento al cemento, hueso alveolar y parte de la encía. Contiene terminaciones nerviosas propioceptivas que son sensibles a la presión.

Los mecanorreceptores son sensibles al tacto y a la presión, pueden detectar la presencia de cuerpos extraños de 10 a 100 (milimicras) interpuestas entre los dientes.

— VASCULARIZACION —

Proviene de las arterias alveolares superiores e inferiores y llega al ligamento periodontal desde 3 orígenes:

Vasos apicales

Vasos que penetran desde el hueso alveolar y

Vasos anastomosados de la encía.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS NORMALES

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica.

Hay dos tipos de cemento:

Acelular (primario) y celular (secundario)

Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas.

El tipo celular contiene cemenocitos en espacios aislados (lagunas) que se comunican entre sí mediante un sistema de canaliculos anastomosados.

Hay dos tipos de fibras colágenas, cuya fibra se compone de un haz de fibrillas submicroscópicas): fibras de Sharpey, porción incluida de las fibras principales del ligamento periodontal que están formadas por fibroblastos, y un segundo grupo de fibras, presumiblemente producidas por cementoblastos, que también generan la substancia fundamental interfibrilar glucoproteica.

El cemento celular y el inter celular se disponen en laminas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente.

Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura del cemento acelular, que desempeña un papel principal en el sosten del diente.

El cemento acelular asimismo contiene otras fibrillas colágenas que están calcificadas y se disponen irregularmente, o son paralelas a la superficie.

El cemento celular está menos calcificado que el celular.

Las fibras de Sharpey ocupan una porción menor de cemento celular y están separadas por otras fibras que son paralelas a la superficie radicular ó se distribuyen al azar. Algunas fibras de Sharpey se hallan completamente calcificadas, otras logran parcialmente, y en algunas hay núcleos no calcificados rodeados de un borde calcificado.

La distribución del cemento acelular y celular varia.

La mitad coronaria de la raíz se encuentra, por lo general cubierto por tipo celular y el cemento celular es más común en la unidad apical.

El cemento intermedio es una zona mal definida de la unión amelocementaria que contiene remanente celulares de la vaina de idertwig incluidos en la substancia fundamental calcificada.

— UNIÓN AMELOCEMENTARIA —

En la unión amelocementaria hay 3 dosis de relaciones del cemento.

El cemento cubre el esmalte en 60 a 65% de los casos.

En 30% hay una unión de borde con borde, y en 5 a 10% el cemento y el esmalte no se ponen en contacto.

LAS FUNCIONES DEL CEMENTO SON:

- 1.- Anclar al diente alveolo o sea para conexión de las fibras.*
- 2.- Compezar mediante su crecimiento la pérdida de substancia dental consecutiva desgaste oclusal (stricción).*
- 3.- Contribuir mediante su crecimiento a la erupción ocluso-mesial continúa de los dientes.*

- ENTIDADES ESTRUCTURALES DE CEMENTO -

- 1.- *Fibras de Sharpey.*- Son producidas por los fibroblastos en el ligamento periodontal.
- 2.- *Las fibras de la matriz.*- Son producidas por los cementoblastos y son los encargados de asegurar las fibras de Sharpey dentro del cemento
- 3.- *Líneas de crecimiento.*- Se cree que el dibujo laminar que exhibe el cemento es consecuencia de depósitos que suceden rítmicamente; los periodos de descenso alternan con los de depósito.
- 4.- *Cementoide.*- Es la matriz orgánica del cemento, (su contenido es la substancia fundamental calificada).
- 5.- *Los cementoblastos.*- Se encargan de producir las fibras de la matriz así como la substancia fundamental.
- 6.- *Las lagunas y canaliculos.*- En el cemento celular pueden apreciarse las lagunas y los canaliculos del cemento.
- 7.- *Cementocitos.*- Las lagunas del cemento alojan unas células. Los cementocitos y canaliculos contendrán sus prolongaciones.

— HUESO ALVEOLAR —

Características microscópicas horales:

El proceso alveolar es el hueso que se forma y sostiene los alveolos dentarios. Se compone de la pared interna del alveolo, del hueso delgado, compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme), el hueso del sosten que consiste en trabeculas reticulares (hueso esponjoso) y las trabecula vestibular y palatina del hueso compacto.

El tabique interdentario consta de hueso de sosten encerrado en un borde compacto.

— CELULAS Y MATRIZ INTERCELULAR —

El hueso alveolar se compone de una matriz calificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados lagunas.

En la composición del hueso entran, principalmente, el calcio y el fosfato, junto con hidroxilos, carbonato y citrato, y pequeñas cantidades de otros iones, como Na, Mg y F.

Las sales minerales se depositan en cristales de hidroxapatita de tamaño vitamicroscopio.

— PARED DEL ALVEOLO —

Las fibras principales del ligamento periodontal que anclan el diente en el alveolo estan incluidas una distancia considerable dentro del hueso alveolar, donde se les denomina fibras sharpey.

La pared del alveolo está formada por hueso laminado, parte del cual se organiza en sistemas haversianos y "Hueso Vasículado".

Hueso fasciculado es la denominación que se da al hueso que limita el ligamento periodontal por su contenido de fibras de Sharpey.

El hueso fasciculado se resorbe gradualmente en el lado de los espacios medulares y es reemplazado por hueso laminado.

La porción esponjosa del hueso alveolar tiene trabéculas que encierran espacios medulares irregulares, tapizados con una capa de células endostáticas aplanadas y delgadas.

— VASCULARIZACION LINFATICOS Y NERVIOS —

La pared ósea de los alveolos dentarios aparece radiográficamente como una línea radiopaca, delgada denominada lamina dura.

Sin embargo, está perforada por huacerosos canales que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios que establecen la unión entre el ligamento periodontal y la porción esponjosa del hueso alveolar.

El aporte sanguíneo proviene de vasos del ligamento periodontal y espacios medulares y también de pequeñas ramas de vasos periféricos que penetran en las tablas corticales.

— TABIQUE INTERDENTARIO —

El tabique interdentario se compone de hueso esponjoso limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual.

— FENESTRACION Y DEHISCENCIAS —

Las áreas aisladas donde la raíz queda desnuda de huesos y la superficie radicular se cubre sólo de periostio y en la se denominan fenestraciones, si el margen se encuentra intacto, y dehiscencias si la desnudez se extiende hasta el margen.

Estos defectos ocurren aproximadamente en 20 po 100 de los dientes, con mayor frecuencia en el hueso vestibular que en el lingual y son mas comunes en dientes anteriores y muchas veces son bilaterales.

— LABILIDAD DEL HUESO ALVEOLAR —

En contraste con su aparente rigidez, el hueso alveolar es el más estable de los tejidos periodontales; su estructura está en constante cambio.

La labilidad disológica del hueso alveolar se mantiene por un equilibrio delicado entre la formación ósea y la resorción ósea, regulares por influencias locales y generales.

El hueso reabsorbe en áreas en presión y se forma en área de tensión.

La actividad celular que afecta a la altura, contorno y densidad del hueso alveolar se manifiesta en tres zonas:

- 1).- Junto al ligamento periodontal
- 2).- En relación con el periostio de las tablas vestibular y lingual.
- 3).- Junto a la superficie endostótica de las especies modulares.

- S A L I V A -

La Saliva.- Es una mezcla de secreciones de las glándulas Submaxilares, sublinguales, parotidas y bucales

La secreción de un grupo de glándulas difiere de la otra.

Las glándulas sublinguales, por ej. segregan una solución acuosa que contiene principalmente mucina, mientras que las glándulas parotidas segregan poco mucina pero una gran cantidad de la enzima llamada Ptialina.

Una persona secreta aproximadamente de 1.0 - 1.5 litros de saliva al día.

Aunque la cantidad y viscosidad dependen de varios factores (mecánicos, químicos y psicológicos); influye en último grado el tipo de estímulo nervioso que reciben las glándulas.

La saliva realiza varias funciones, la más importante es la lubricación que permite deglutir y hablar.

Tanto la mucina como la voluminosa secreción acuosa de las glándulas parotidas contribuyen a este proceso.

En pacientes con poco flujo de saliva (xerostomía), se observa una mala higiene oral y un aumento de las caries dentales ya que la saliva posee propiedades antibacterianas.

- COMPOSICIÓN DE LA SALIVA -

La saliva es un líquido incoloro, ligeramente viscoso, compuesto en promedio de 99.42% de agua y 0.58% de sólidos.

Los sólidos son aproximadamente en sus dos tercios materia orgánica; principalmente ptialinas y mucina.

El tercio restante se compone de los lones orgánicos:

Calcio, magnesio, sodio, potasio, fosfatos, cloruros, bicarbonato, ac. carbonico y sulfatos.

Se ha informado de otros muchos compuestos que son secretados en la saliva, entre ellos:

AC. Láctico, urea, glucosa, yuduros ac. ascórbico y nitratos

PH. Salivar.- La saliva actua para mantener la boca humeda y limpia y el ph aproximadamente constante.

El PH de la saliva fluctua entre 6 y 7.15.

- SECRECIÓN DE LA SALIVA -

Se debe fundamentalmente a un estímulo reflejo de los nervios secretores atravez del centro situado en el bulbo raquideo en la formación raticular y por fuera del núcleo facial.

- INFLAMACION -

Características de la Inflamación.

Definición.- Se puede definir la inflamación como la respuesta normal de los tejidos vivos a la lesión.

Se caracteriza por una evolución específica de alteraciones fisiológicas y bioquímicas.

El proceso inflamatorio reúne todos los recursos del organismo y los presenta en el lugar de la lesión como defensa contra invasores microbianos y sustancias o estímulos nocivos inanimados.

Los signos cardinales de inflamación son: (rubor) enrojecimiento e (tumor) inchazón, con calor y dolor y pérdida de la función.

- GRANDES FASES -

Las grandes fases del proceso inflamatorio son la siguientes:

- 1.- Lesión de los tejidos que genera la reacción inflamatoria*
- 2.- Hiperemia causada por dilatación de capilares y vénulas.*
- 3.- Aumento de la permeabilidad vascular y acumulación de exudado inflamatorio que contiene leucositos polimorfonucleares, macrófagos y linfocitos.*
- 4.- Neutralización, dilución y descripción del irritante.*
- 5.- Limitación de la inflamación y circunscripción de la zona con tejido conectivo fibroso joven.*
- 6.- Iniciación de la reparación se hacen mediante la respuesta del tejido colectivo.*

— HISTOPATOLOGIA Y FISTOLOGIA DE LA INFLAMACION —

Según sea la intensidad y duración y en cierto grado, el tipo de la agración tisular, la inflamación resultante va de leve a grave y de aguda a crónica.

Dejando de lado esas diferencias, es evidente que los tejidos reaccionan de una manera estereotipada a toda agresión o agente lesivo. Esta reacción comprende los fenómenos básicos: Alteraciones vasculares y fenómenos celulares en ese orden.

— ALTERACIONES VASCULARES —

Los cambios iniciales se producen en la microcirculación y presentan 3 grandes características:

Vasodilatación y flujo sanguíneo aumentado, mayor permeabilidad vascular, (algo más tarde) migración de leucocitos neutrófilos.

Cada una de estas características esta controlada por factores específicos, y cada una de ellas es provocada por diferentes compuestos endógenos.

— FENOMENOS CELULARES —

En la zona de la lesión, los globulos blancos se adhieren a las paredes de los venulas y se produce diapédesis de los globulos blancos (a veces acompañada de globulos rojos) durante la prolongada ultima fase de permeabilidad vascular aumentada.

Los primeros leucocitos que pasan entre las células endoteliales de los vasos y que se acumulan en el tej, de la zona de la lesión son los leucocitos polimorfonucleares (Pm).

Los leucocitos pmn están dotados de la facultad de fagocitar y también contienen algunas enzimas proteolíticas y, otras, en organelos denominados lisosomas.

Las bacterias, los complejos antígeno-anticuerpo y otras sustancias que atraen leucocitos poseen quimiotaxis.

MONOCITOS.- La migración de monocitos de la corriente sanguínea comienza más o menos al mismo tiempo que la migración de los leucocitos pmn.

Estas células mononucleares, fagocíticas y grabees (15 a μm) "micrónicas" se mueven con mayor lentitud que los leucocitos pmn.

Los exudados inflamatorios de las primeras fases de la reacción inflamatoria aguda contienen principalmente leucocitos pmn, mientras que los exudados de la fase tardía de la inflamación aguda y de la inflamación crónica contienen células mononucleares más grandes.

EUSINOFILOS.- Un tipo de célula que con frecuencia se ve en la inflamación es el eosinófilo.

Este tipo de célula, que se halla presente en la sangre en cantidades menores que el leucocito pmn, actúa en reacciones de hipersensibilidad.

LINFOCITOS.- Es otro tipo de célula que tipifica la reacción inflamatoria crónica. Los linfocitos son miembros de una serie celular cuya función esencial es la de mediador en la respuesta inmune.

Su vida es mayor de 90 días.

PLASMACITOS.- Los plamacitos, como los linfocitos, son características de la inflamación.

Como regla, este tipo se ve en los tej. y no en la sangre circulante.

PH.- Los cambios del Ph intracelular y extracelular hacia la acidez y otros cambios en la actividad metabólica intracelular son de vital importancia en la reacción inflamatoria.

Influyen en la actividad de los leucocitos pmn, macrofujos, y compuestos endógenos, activando mediadores inflamatorios.

FIBRINOLISIS.- Durante la prolongada fase tardía de la reacción inflamatoria aguda, la austeración de la actividad fibrinolítica en los tejs. y vasos afectados tienen como consecuencia el espesamiento y la formación de trombos mediante la almulación de plaquetas y la formación de fibrina.

RESOLUCION.- Si la reacción de defensa de los tejs. en la fase aguda de la respuesta inflamatori es adecuada, la inflamación aguda remite y se produce la curación.

La alternativa es que se origine una reacción inflamatoria crónica y, posiblemente, lesión permanente del tej.

LINFATICOS.- Los linfáticos desempeñan una parte importante en la inflamación.

Los capilares linfáticos son sacos ciegos que difieren de los capilares sanguíneos en sus estrictura histónica.

Los capilares linfáticos a causa de sus espacios endoteliales intercelulares anchos, permiten la entrada de proteínas de gran peso molecular, células sanguíneas y macrófagos.

El flujo linfático aumenta cuando hay inflamación.

CONCLUSION:

La inflamación es una reacción de defensa que debe ser considerada como requisito previo para la reparación y curación del tejido. Por ello, es preciso no inhibirla por completo. Por otra parte, hay que interceptarla lo suficientemente temprano como para impedir que se vuelva crónica y cause la lesión permanente del tejido.

- ETIOLOGIA DE LA ENF. GINGIVAL Y PERIODONTAL -

La Etiología de la enf. gingival y periodontal se clasifica comúnmente en factores locales y generales, pero sus efectos están relacionados entre sí.

Factores locales son los de alrededor que rodea al periodonto y factores generales son los que provienen del estado general del paciente.

Gran parte de la enf. gingival y periodontal es causada por factores locales, por común más de uno.

Los factores locales producen inflamación, que es el proceso patológico principal en la enf. gingival y periodontal.

Los factores generales condicionan la respuesta periodontal a factores locales de tal manera que con frecuencia, el efecto de los irritantes locales es agravado notablemente por el Edo. Gral. del paciente.

- FACTORES LOCALES -

A)- BACTERIANOS:

- 1.- Placa
- 2.- (cálculo) Tártaro Dental
- 3.- Enzimas y productos de descomposición
- 4.- Materia alba
- 5.- Residuos de alimentos.

B)- MECANICOS:

- 1.- Cálculo o Tártaro Dental
- 2.- Impacción y retención de alimentos:
 - a) Contratos abiertos y flojos
 - b) Movilidad y dientes separados.
 - c) Dientes en mal posición
 - d) Mecanismo de cúspide impelente.

- 3.- *Márgenes desbordantes de obturaciones, prótesis mal diseñada.*
- 4.- *Respiración bucal, cierre incompleto de los labios.*
- 5.- *Consistencia blanda o adhesiva de la dieta.*
- 6.- *Higiene bucal inadecuada.*

C). *Bacterianos y mecánicos combinados:*

- 1.- *Cálculo o tártaro Dental*
- 2.- *Margen desbordante*

D).- *Predisposición anatómica:*

- 1.- *Mala alineación dentaria, malposición anatomía alterada*
- 2.- *Inserción alta de frenillos o músculos*
- 3.- *Encía delgada, de textura fina, o márgenes gingivales abultados y gruesos.*

F).- *FUNCIONES:*

- 1.- *Función insuficiente*
 - a) *Falta de oclusión*
 - b) *Masticación indolente*
 - c) *Parálisis muscular*
 - d) *Hipotonicidad muscular*
- 2.- *Sobre-función y parafunción*
 - a) *Hipertonicidad muscular*
 - b) *Brujismo*
 - c) *Trauma accidental*
 - d) *Cargas excesivas sobre dientes pilares*

- FACTORES GENERALES -

A).- DEMOSTRABLES:

- 1.- *Difusiones endocrinas:*
 - a) *De la puebertad*
 - b) *Del embarazo*
 - c) *Postmenopausicas*

2.- *Enfermedades Metabólicas y otras:*

- a). *Neficencia nutricional.*
- b). *Diabetes*
- c). *Hiperqueratosis palmoplantar.*
- d). *Neutropenia cíclica*
- e). *Enf. debilitante.*

3.- *Trastornos psicósomáticos o emocionales*

— ETIOLOGIA —

4.- *Drogas y venenos metálicos:*

- a). *Difenilhidantoina*
- b). *Efectos nematológicos*
- 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.*

— CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LAS ENFS. PERIODONTALES —

Clínicamente, la clasificación de las enf. periodontales puede dividirse entre procesos morbosos que afectan a la superficie o encía y procesos morbosos que penetran en las estructura más profundas muy próximas a las raíces de los dientes.

El traumatismo periodontal es una entidad clínica bien definida que se produce aisladamente o en combinación con otros procesos morbosos.

Las ends. que afectan a la superficie pueden dividirse en inflamatorias sin destrucción de los tejs. y en destructoras de los tejs. por necrosis.

Las primeras pueden ser productivas y dar origen a un aumento de volumen por hiperplástica o edema.

La enf. periodontal comprende como mínimo cuatro entidades clínicas distintas:

- 1).- *Gingivitis Marginal*, que suele ser una hiperemia indolora del borde gingival sin supuración ni destrucción de la superficie.
- 2).- *Gingivitis vicerosa*, que es un proceso inflamatorio más agudo que la gingivitis marginal con necrosis de zonas pequeñas o grandes de la superficie gingival expuesta.
- 3).- *Periodontitis*, que es una destrucción crónica que penetra por el surco gingival y se aproxima a las raíces dentarias, formando bolsas y acompañada de fenómenos inflamatorios y de supuración de grado variable, desde oculta a profuza.
- 4).- *Traumatismo periodontal*, que lesiona al ligamento periodontal. Cuando es intenso puede producir absorción del hueso alveolar, movilidad de los dientes y absorción de la raíz, pero no determina la formación de bolsas ni alteraciones superficiales de ningún tipo.

- **CLASIFICACION CLINICA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL**

I.- Enfs. que afectan a la superficie de la encla:

a) **Inflamación sin destrucción de la superficie.**

- 1.- *Gingivitis marginal*
- 2.- *Gingivitis difusa generalizada*
- 3.- *Hiperplasia gingival.*

b) **Inflamación con destrucción de la superficie:**

- 1.- *Gingivitis vicerosa necrótica.*
- 2.- *Gingivoestomatitis herpética.*
- 3.- *Gingivitis descamativa.*
- 4.- *Ulceras orales.*

II.- Enfs. que afectan a las estructuras profundas:

- 1.- *Enfermedad periodontal destructiva crónica o periodontitis.*
- 2.- *Absceso periondontal*
- 3.- *Traumatismo periodontal*

a) *Traumatismo Primario*

b) *Traumatismo Secundario*

GINGIVITIS MARGINAL :

La inflamación clínicamente visible casi siempre forma parte de la enj. gingival debido a la presencia constante de microorganismo también suelen encontrarse irritantes locales, como restos alimenticios o cálculos.

En la gingivitis marginal las papilas y la encía marginal se hallan ambas afectadas, pero la demarcación entre encía marginal y encía fija y mucosa alveolar no desaparece.

GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA:

Afecta a toda la encía y a la mucosa alveolar y desaparece la línea de separación entre ambos tejidos.

Este tipo gingivitis se da en pacientes con una enj general que intensifica la reacción, pero también se observa frecuentemente como extensión del proceso inflamatorio producido por irritantes superficiales en el área marginal.

HIPERPLASIA GINGIVAL:

El aumento de tamaño de la encía constituye un signo clínico corriente de enfermedad gingival.

Los tejidos aumentan de volumen por hipertrofia y por hiperplasia.

La primera, consiste en el aumento de volumen de las células que componen el tejido estimulado por exigencias funcionales.

Los tejidos gingivales no aumentan por hipertrofia sino por hiperplasia, que es un aumento del número de células conservándose la disposición normal del tejido

La hiperplasia gingival se observa con frecuencia durante el tratamiento de la epilepsia con dilantín sódico.

El aumento de volumen parece ser debido al crecimiento de las papilas.

ETIOLOGIA DESCONOCIDA [IDIOPATILA]

Trat. Gíngivectomios y Eliminación de fuentes de irritación local y control de la placa por el paciente.

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTICA:

Es un proceso inflamatorio fulminante agudo en la encía.

Se caracteriza por necrosis, que se inicia en los vértices de las papilas interdenciales.

SINTOMAS:

Dolor, insombio, puede haber malestar, anorexia y aumento de la temperatura.

ETIOLOGIA:

Tensión emocional.

TRATAMIENTO:

Antibióticos, analgésicos y tranquilizantes, posteriormente pasando la fase aguda se procede a una gíngivo - plast.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA:

Se caracteriza por la aparición de vesiculitas elevadas múltiples que se rompen y forman úlceras superficiales de base gris rodeada por un borde rojo.

SINTOMAS:

Lesión dolorosa que impide al paciente comer y beber alimentos - irritantes y es muy sensible al tacto.

SINTOMAS GENERALES.:

Linfocitopenia a nerexia, fiebre y malestar general.

ETIOLOGIA:

Herpes simple.

TRATAMIENTO:

Carece de tratamiento eficaz.

Paliativos Ej.: analgésicos, antibióticos y una higiene oral correcta.

T R A U M A T I S M O P E R I O D O N T A L

Denominamos traumatismo periodontal a la lesión mecánica producida - en el Periodonto por una fuerza excesiva.

El tratamiento se clasifica en:

PRIMARIO y SECUNDARIO

Traumatismo Primario.- Se produce cuando se ocluyen los dientes en actividades no funcionales como cuando se sujeta fuertemente, se roe o se muerde un objeto duro. (la fuerza es patológica).

Traumatismo Secundario.- Se produce durante la función cuando los dientes han perdido buena parte de su aparato de fijación y, por lo tanto, no son capaces de resistir de manera adecuada la fuerzas de masticación. (La fuerza es fisiológica).

1.- ENF. PERIODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA O PERIODONTITIS:

Es una secuela de la gingivitis crónica no tratada, clínicamente encontramos una encía de un color rojo magenta, lisa, brillante con presencia de sangrado y con bolsas parodontales.

SINTOMATOLOGIA:

ASINTOMATICA

ETIOLOGIA: Los frotis bacterianos presentan el complejo fusospiroquetal. Precedida por gingivitis crónica; irritación local.

TRATAMIENTO:

Eliminación de los irritantes locales hábitos de higiene correctos, y eliminación de bolsas parodontales. (Legrado parodontal)

2.- ABSCESO PARODONTAL:

También se le conoce como absceso lateral y es una inflamación purulenta localizada en tejs. periodontales.

ETIOLOGIA:

- 1).- Por penetración profunda de una infección proveniente de una bolsa parodontal en tejs. parodontales.
- 2).- Por extensión lateral de la inflamación, provenientes de las superficies interna de una bolsa periodontal en tejido conjuntivo de la pared de la bolsa.
- 5).- Por eliminación incompleta de células dentarias durante el tratamiento de la bolsa periodontal (Legrado Periodontal).
- 4).- Puede haber un absceso parodontal en ausencia de enf. periodontal después de un tratamiento de un diente o de la perforación de la pared lateral de la raíz durante un tratamiento endodóntico.

EL ABSCESO PERIODONTAL PUEDE SER:

- a).- Absceso parodontal agudo
- b).- Absceso parodontal crónico

Absceso Parodontal agudo: Aparece como una elevación ovoidea de la encía en la zona lateral de la raíz.

SINTOMAS: El Pac. refiere dolor invariado, pulsátil, sensibilidad de la encía aumentada durante la palpación, sensibilidad del diente a la percusión horizontal, sobre todo movilidad dental y linfadenitis.

TRATAMIENTO: Antibioterapia, drenaje del absceso.

ABSCESSO PERIODONTAL CRONICO:

Este se presenta como una fístula que se abre en la mucosa gingival:

SINTOMAS: Asintomático, algunas veces hay dolor sordo, leve elevación del diente refiriéndose el deseo de morder y frotar el diente.

GINGIVITIS DESCAMATIVA:

Es una inflamación difusa crónica que se caracteriza por el desprendimiento o descamación del epitelio.

El tejido conjuntivo expuesto es sensible al tacto y sangra con facilidad.

SINTOMAS:

Puede ser dolorosa o no.

ETIOLOGIA:

Generalmente (desconocida) más irritación local

TRATAMIENTO:

Local ej. eliminación de los irritante locales

Trat. sistémico: corticosteroides para complementar el trat. local.

ULCERAS ORALES:

La destrucción superficial de la encía puede ser debida también a la aplicación de drogas cáusticas y a los traumatismos.

Las úlceras traumáticas son de observación frecuente en la boca; aparecen rodeadas de tejido normal.

— EXAMEN CLINICO PARODONTAL —

PRINCIPALES MOLESTIAS DEL PACIENTE

El exámen se inicia preguntandole al paciente cuáles son sus molestias o trastornos principales.

Si una región determinada preocupa al paciente porque le duele, está tumefacta o sangra, debe examinarse en primer lugar.

Hay que tomar en consideración el antodiagnostico del paciente y valorarlo con sentido crítico.

El odontólogo nunca ga de dar por supuesto que una lesión es de carácter benigno y carece de complicaciones.

— INSPECCION ORAL PRELIMINAR —

Para poder llevar a cabo un exámen oral correcto el odontólogo tiene que estar familiarizado con el aspecto de los tejidos normales.

El exámen se inicia con la inspección superficial de los labios, mucosa oral, lengua, paladar y áreas sublinguales.

Se examina la posición, el contorno, la densidad y el calor de las papilas interproximales y de la encía marginal y fija.

Se buscan las áreas de inflamación, edema, úlceras, aberturas fistulosas, aumentos de volumen, pigmentación y manchas de los dientes.

Se observa el grado de higiene oral.

Se toma nota de las lesiones de caries, especialmente si son profundas y amenazan la pulpa y requieren tratamiento inmediato.

— HISTORIA — CLINICA —

Se ha de investigar la historia clínica general del paciente. Se ha de proceder con un especial cuidado para descubrir cualquier enfermedad que pueda afectar al tratamiento o a la del paciente.

El examinador ha de aclarar si el paciente es alérgico o imper-sensible a los agentes anestésicos locales y otros medicamentos que quepa utilizar durante el tratamiento.

Se toma nota de la historia odontológica se han de incluir en la misma las condiciones orales anteriores y el origen y desarrollo de los síntomas actuales.

Los síntomas subjetivos son las anomalías observadas por el paciente.

Los síntomas objetivos o signos son modificaciones o anomalías evidentes para el examinador.

La historia puede conducir al descubrimiento de problemas inusitados en casos al parecer corrientes.

— PRUEBAS DE MOVILIDAD —

Se examina la movilidad de cada uno de los dientes, examen que debe efectuarse de una manera sistemática.

Puede establecerse un sistema patrón iniciando la prueba en el lado derecho de la mandíbula, en el diente más posterior y ensayando sucesivamente cada uno de los dientes del arco hasta el último diente del lado izquierdo.

Se sigue el mismo orden con los dientes maxilares.

El sistema de registro depende de cada examinador.

Es suficiente graduar la movilidad de 1 a 3 y puede añadirse los signos + y - para una mayor exactitud.

El número 1 representa una movilidad ligera; el 2, una movilidad moderada y el 3, movimientos amplios en dirección lateral o mesiodistal combinados con desplazamiento vertical en el alvéolo.

— PERCUSION —

La percusión proporciona una información precisa sobre la salud del aparato de fijación periodontal, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar.

Cuando al golpear con el extremo de un instrumento metálico la cara oclusal, vestibular o lingual de un diente se produce un sonido claro, el parodonto. Está íntegro; si se produce un ruido apagado, el parodonto se halla lesionado.

— EXAMEN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES'—

Se examina con la sonda el surco gingival alrededor de cada diente para averiguar su profundidad, su estado y su contenido.

Se emplea un instrumento fino porque el sondeo suele ser doloroso.

La sonda se inserta suavemente entre la encía y el diente hasta que se nota resistencia.

El objetivo es determinar si existe alguna bolsa más bien que el de determinar exactamente los milímetros de profundidad del surco.

— PALPACION'—

La palpación consiste en la aplicación del sentido del tacto al examen.

Con los dedos se ejercen diversos grados de presión para determinar la consistencia y sensibilidad del tejido subyacente.

Se ha de palpar cuidadosamente la mucosa que cubre los ápices de las raíces para descubrir la existencia de áreas de infección profunda y sensibilidad dolorosa.

La densidad del tejido también se determina por palpación, puede ser grueso, fino, fibroso o edematoso.

— OBSERVACION DE LA FORMA ANATOMICA —

Se examinan las papilas interproximales y la encía marginal para descubrir las desviaciones de la forma anatómica, la inflamación ek edema y las viceraciones.

Los dientes prominentes suelen tener el hueso y la encía de la cara facial delgados; los dientes en retrogresión, suelen tener en dicha cara el hueso marginal y la encía gruesos.

Los aumentos de volumen causados por edema v hiperplasia suelen ser debidos a irritación crónica.

FRENILLOS Y VESTIBULO:

Se separan los labios del paciente para observar la inserción de los frenillos superior e inferior de la línea media, y se examina la profundidad del vestibulo oral.

Se examina la tensión de la inserción muscular en la encía marginal de las regiones de los bicúspides y del primer molar.

Se inspecciona la anchura de la encía fija.

— EXAMEN DE LA OCLUSION —

Se examina la anatomía de la corona para descubrir los signos de atrición avrasión y erosión.

Se observa la altura y el ángulo de los planos inclinados de las cúspides de los dientes posteriores.

Se anota el tamaño y la posición de las dres de contacto proximales y se ensaya el contacto con cinta dental si se duda de su impermeabilidad.

Se examina concordancia del plano oclusal y las relaciones de la cresta marginal.

Se anota la dificultad o la anormalidad de la abertura bucal.

El movimiento de abertura puede estar limitado y producir dolor o no producirlo.

CONCLUSIONES

La odontología es una profesión humanitaria en el campo de las ciencias sanitarias y, con frecuencia, hay que tener en cuenta el estado de salud y económico del paciente al planear el tratamiento.

El objetivo del tratamiento es la conservación de la dentición natural y la finalidad del plan de tratamiento es reducir al mínimo el tiempo, las molestias y los gastos.

Es por eso que en estos casos, gran parte del tratamiento depende de la actitud del paciente y de la medicación adecuada empleada por el odontólogo.

Hay que tener muy en cuenta que la gran mayoría, si es que no todos los casos de enfermedad parodontal el tratamiento no es definitivo sino que únicamente es un tratamiento paliativo.

Pero que siguiendo las instrucciones del odontólogo y la cooperación del paciente empleando los medicamentos en forma constante y adecuada higiene se lograrán óptimos resultados.

X BIBLIOGRAFIA

- 1.- PERIODONTOLOGIA CLINICA
IRUIN GLICKMAN
EDITORIAL INTERAMERICANA V EDICION.

- 2.- ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA.
JOHN F. PRICHARD
EDITORIAL LABOR, S.A. 2a. EDICION.

- 3.- PERIODONCIA TEORICA Y PRACTICA DE O R B A N
EUERETT 4a. EDICION INTERAMERICANA

- 4.- PATOLOGIA ORAL
THOMA
EDITORIAL SALVAT

- 5.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
WILLIAMS SHAFER
EDITORIAL INTERAMERICANA 3a. EDICION