



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ENFERMEDADES PERIODONTALES EN
LOS NIÑOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SILVIA MARTHA VALENCIA LOPEZ

MEXICO, 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.

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	9
CAPITULO I	
Tejidos del Periodonto	11
Encía	13
Ligamento Periodontal	20
Cemento	22
Hueso Alveolar	23
CAPITULO II	
Historia Clínica	26
Interrogatorio	27
Exploración Física	30
Local (boca)	30
General	34
Exámenes de laboratorio y radiológicos	36
CAPITULO III	
Etiología de Gingivitis	38
Factores locales	39
Factores generales o sistémicos	47

CAPITULO IV

Enfermedad Periodontal	52
Patología	52
Clasificación de enfermedad periodontal	56
Gingivitis marginal crónica	57
Recesión gingival localizada	59
Infecciones gingivales agudas	61
Repercusión en el organismo	68

CAPITULO V

Prevención de la enfermedad	70
Control personal de placa	72
Técnica de cepillado	74

CAPITULO VI

Tratamiento	79
Medicamentoso	79
Quirúrgico	84

CAPITULO VII

Conclusiones	90
--------------	----

CAPITULO VIII

Bibliografía	93
--------------	----

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La odontopediatría no son sólo conocimientos dentales comunes, ya que el Cirujano Dentista se enfrenta a un organismo en período de formación, crecimiento y desarrollo en constante cambio.

El campo de la odontopediatría es la prevención, un tratamiento odontopediatrico inadecuado puede provocar en el paciente, problemas dentales en la edad adulta.

La enfermedad periodontal es la que se halla en todas las personas y se puede presentar a cualquier edad, y a no ser que se elimine en sus fases iniciales, años más tarde será inevitable el desarrollo de enfermedades periodontales degenerativas.

Por ello el tratar la enfermedad como medida de prevención es lo más conveniente, ya que lo que se hace a favor del niño, se puede considerar como preventivo.

CAPITULO I

TEJIDO DEL PERIODONTO

Los tejidos del periodonto, protegen y sostien
nen los dientes.

TEJIDOS DEL PERIODONTO

El periodonto es la unidad funcional de tejidos que sirven de protección y sostén del diente.

El periodonto está compuesto de cuatro tejidos, dos duros y dos blandos.

Dentro de los tejidos blandos encontramos:

- Encía.
- Ligamento periodontal.

En los tejidos duros:

- Cemento.
- Hueso.

Encía:

Es la parte de la mucosa que cubre los procesos alveolares y rodea el cuello de los dientes.

Ligamento periodontal:

Tejido que rodea las raíces de los dientes uniéndolos al alveolo.

Cemento:

Tejido duro que recubre las raíces de los dientes.

Hueso:

Es la estructura periodontal que sostiene a los alveolos donde se encuentran insertados los dientes.

LA ENCIA

La encía es la parte de la mucosa unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares. Las encías, en dentaduras primarias, están más cerca de las superficies oclusales de las piezas dentales, son aplastadas, columinosas y llenas completamente el espacio interproximal.

La mucosa de la boca forma un revestimiento externo que cubre el hueso del borde alveolar, denominado encía. La encía rodea al diente a manera de collar, la superficie de éste collar está unido con firmeza al diente.

La encía se divide en tres diferentes áreas:

- Encía marginal o libre.
- Encía insertada.
- Encía interdientaria o papilar.

LA ENCIA MARGINAL O LIBRE

La encía marginal o libre, es la que rodea los dientes en la parte coronaria a modo de collar y

se encuentra delimitada por una depresión poco profunda llamada surco gingival.

El surco gingival, es el espacio alrededor del diente, es una depresión en forma de V, entre la superficie dentaria y la encía libre, no insertada.

HISTOLOGIA

La encía marginal está formada por tejido conectivo que se encuentra cubierto de epitelio escamoso estratificado queratinizado, paraqueratinizado, o bien de los dos. El tejido conectivo es denso, con haces de fibras colágenas, llamadas fibras gingivales.

La función de las fibras gingivales es mantener la encía marginal adosada contra el diente para proporcionar rigidez para soportar las fuerzas de masticación.

FIBRAS GINGIVALES

FIBRAS GINGIVODENTALES:

Las fibras gingivodentales se extienden desde el cemento debajo del epitelio en la base del surco y se proyectan coronariamente en forma de abanico hacia

la lámina propia de la encía.

FIBRAS ALVEOLOGINGIVALES:

Las fibras alveologingivales nacen en la cresta alveolar y se extienden coronariamente hacia la lámina propia de la encía.

FIBRAS CIRCULARES:

Las fibras circulares corren a través del tejido conectivo rodeando el diente en forma de anillo.

FIBRAS TRANSEPTALES:

Las fibras transeptales están situadas en forma horizontal y se extienden entre el cemento de un diente a otro diente.

FIBRAS DENTOPERIOSTICAS:

Las fibras dentoperiósticas van desde el periostio del hueso alveolar y se extienden hacia el diente.

ENCIA INSERTADA:

La encía insertada es firme, resilente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar, se continúa con la encía marginal. La encía insertada está demarcada de la mucosa alveolar laxamente anclada y

movible de la línea o unión mucogingival.

La línea de unión mucogingival se encuentra en la superficie vestibular de ambos maxilares.

El ancho de la encía insertada varia en las diferentes zonas de la boca y de diferentes personas. Es más ancha en los dientes anteriores y más angosta en los dientes posteriores. La superficie de la en cía insertada se caracteriza por su aspecto punteado, que varia de una persona a otra y según la edad. En los lactantes no existe, y en algunos niños alrede do de los cinco años aparece y es más fino en las niñas que en los varoncitos.

HISTOLOGIA:

La encía insertada está formada de tejido epi telial escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo subyacente. El tejido epitalial está for mado por una capa basal cuboidea, una capa espinosa de células poligonales, un componente granular de ca pas múltiples de células aplanadas con gránulos de queratohialina basófilos prominentes en el citoplasma y núcleos hipercrómicos contraídos y una capa cornifi cada queratinizada, paraqueratinizada o bien de las dos.

ENCÍA INTENDENTARIA O PAPILAR:

La encía interdientaria o papilar es el tejido gingival que ocupa el espacio interproximal que se encuentra debajo del área de contacto dentario y que forma las papilas gingivales. Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual y el col.

Cuando no hay contacto dentario proximal, la encía se encuentra unida al hueso interdentario y forma una superficie lisa sin papila gingival y un col.

HISTOLOGIA:

Cuando los dientes hacen erupción la mucosa bucal se separa y se forma las papilas interdientarias unidas por el col. Cada papila está formada de un núcleo de tejido conectivo colágeno denso cubierto de epitelio escamoso estratificado.

Durante la erupción y tiempo después el col está cubierto de epitelio reducido del esmalte. Este epitelio es destruido y reemplazado por epitelio escamoso estratificado de las papilas interdientarias adyacentes.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La encía es de color rosa pálido, pero puede

variar según el grado de irrigación sanguínea, grado de queratinización del epitelio, espesor y pigmentación del epitelio.

La melanina produce la pigmentación normal de la piel, encía y membrana mucosa. La pigmentación gingival se presenta como un cambio de color difuso tres horas después del nacimiento y con frecuencia es la única manifestación de pigmentación.

El contorno o forma de la encía depende de la forma y posición de los dientes en el arco dentario, de la localización y tamaño del área de contacto proximal. La encía marginal rodea los dientes a modo de collar. La encía interdientaria es ancha en sentido mesio distal de acuerdo al contorno de las superficies dentarias proximales. Es muy parecida a la del adulto, con una papila vestibular y una papila lingual, con una depresión intermedia.

La encía es firme y resistente, las fibras gingivales contribuyen a que la encía insertada esté firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

La encía es lisa en los lactantes, pero en al

gunos niños alrededor de los cinco años presentan una superficie finamente lobulada, y se le conoce como encía punteada. Según va creciendo el niño el punteado en la encía se convierte en una característica de encía sana.

La profundidad del surco gingival de las dentaduras primarias varía de 0.2 mm. a 2.1 mm. como máximo.

Durante la erupción, los tejidos se adelgazan sobre las cúspides en elevación y mientras los dientes hacen erupción, las encías intersticiales marginales se espesan y muestran un borde cilíndrico protuberante.

LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal es una estructura de tejido conectivo denso que rodea a la raíz y une al diente con el hueso alveolar y se continúa con el te
jido conectivo de la encía.

El ligamento periodontal, está inervado por fibras nerviosas sensoriales que son capaces de trans
mitir sensación táctil, de presión y dolor por vías del trigémino. El ligamento periodontal tiene cu
atro funciones que son: Físicas, Formativas, Nutri
cionales y Sensoriales.

El ligamento periodontal se origina a partir de elementos del tejido conectivo. Los elementos más importantes del ligamento periodontal son las fi
bras colágenas.

FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

FIBRAS TRANSEPTALES.

Se extienden interproximalmente sobre la cre
sta alveolar hasta el diente vecino.

FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR.

Se extienden desde la cresta alveolar en forma de abanico hasta la parte cervical del cemento.

FIBRAS HORIZONTALES.

Se extienden en ángulo recto con respecto al eje mayor del diente y van del cemento al hueso.

FIBRAS OBLICUAS.

Van del cemento, extendiéndose oblicuamente con respecto al hueso en dirección coronaria.

FIBRAS APICALES.

Se extienden desde el cemento hacia el hueso en la región apical.

CEMENTO

El cemento es tejido conectivo calcificado que recubre la raíz anatómica del diente. El cemento fija las fibras del ligamento periodontal a la superficie del diente.

La formación del cemento comienza con la mineralización de fibrillas colágenas, dispuestas irregularmente.

El cemento inicia su origen durante las primeras etapas de la formación de la raíz y se continúa con el depósito de sucesivas capas de cemento.

Existen dos tipos de cemento, el celular y el acelular, los dos están compuestos de una matriz calcificada y fibrillas colágenas. El cemento celular está menos calcificado que el celular.

El cemento celular lo encontramos en la zona apical mientras que el cemento acelular cubre la porción cervical de la raíz.

El cemento aumenta de grosor durante la vida y conforme a la edad.

HUESO ALVEOLAR

El proceso alveolar, es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios. El proceso alveolar se divide en dos partes: Hueso Alveolar propiamente dicho y Hueso de soporte.

HUESO ALVEOLAR:

Es una delgada lámina de hueso que rodea las raíces de los dientes.

HUESO DE SOPORTE:

Rodea la cortical ósea alveolar y actúa como sostén. El hueso de soporte se compone de placas corticales y hueso esponjoso.

El hueso está compuesto principalmente de calcio y fosfato, junto con hidróxilos, carbonato y citrato y pequeñas cantidades de sodio, magnesio y fluor.

El hueso alveolar está compuesto de una matriz calcificada con osteocitos encerrados en espacios de nominados lagunas. Los osteocitos se encuentran dentro de unos pequeños canículos, los canículos forman un sistema anastomasado, llevando oxígeno y alimentos a los osteocitos y eliminan productos de desecho.

La función del hueso alveolar propiamente di²⁴
cho y el hueso de soporte es sostener los dientes y
después de una extracción reducirse de tamaño.

El hueso sufre transformaciones continuas que
consisten esencialmente en adición y resorción ósea
que dependen de la acción o estímulo que se ejerce so
bre el diente, durante las fuerzas de masticación.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA.

La historia clínica proporciona datos que nos ayudan a obtener un diagnóstico y a planear el tratamiento adecuado.

Cuando un paciente asiste al médico es porque ha sido motivado por un problema de salud, y el primer paso es la realización de una Historia Clínica.

La historia clínica es necesaria, ya que nos brinda ayuda para valorar a un enfermo y establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado. La historia clínica es una relación ordenada de todos aquellos antecedentes, signos, síntomas, resultados de laboratorio y radiológicos.

La historia clínica se divide en tres partes:

- Interrogatorio.
- Exploración Física.
- Exámenes de laboratorio y radiológicos.

Los datos que se obtienen del interrogatorio se anotan y complementan con la exploración física y los exámenes de laboratorio y radiológicos.

INTERROGATORIO

El interrogatorio debe de ir de acuerdo al ni vel socio económico y cultural de cada persona, utili zando un lenguaje sencillo y adecuado a cada uno de ellos.

FICHA DE IDENTIFICACION:

El interrogatorio se inicia con la ficha de identificación, que nos permite conocer al paciente, localizarlo y obtener una visión del nivel social, económico y cultural del paciente.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Después de obtener estos datos, es lógico pre guntar el motivo de la consulta. Entonces quedará registrado y con la mayor brevedad y con las palabras del paciente. Es de suma importancia que se defina la naturaleza y duración de la molestia.

ENFERMEDAD ACTUAL:

El interrogatorio se continuará, preguntando sobre el motivo de la consulta. Se hará un relato ordenado y cronológico, desde el inicio de la enferme dad, hasta el momento actual. Las preguntas deben

ser claras y a manera que las comprenda el paciente.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Se anotará en forma ordenada y cronológica los padecimientos del paciente desde su nacimiento hasta el momento actual. Haciendo mención de las principales infecciones, estados alérgicos de farmacos, anestésicos, alimentos, registro de enfermedades, heridas, intervenciones quirúrgicas, incluyendo estabilidad emocional del enfermo.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Los antecedentes familiares son importantes y sobre todo registrar las enfermedades con predisposición hereditaria como lo es la diabetes, la hemofilia que es transmitida por la madre, infecciones como la tuberculosis, etc.

Es necesario registrar la edad y salud de los padres y hermanos si viven, y si han muerto indagar la causa.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Los antecedentes personales nos proporcionan datos sobre la vida presente y pasada del paciente,

es de interés conocer lugar y fecha de nacimiento, ti
po de habitación, lugar de residencia, grado de ali
mentación, hábitos, grados de estudio, etc.

REVISION POR APARATOS Y SISTEMAS:

Es de importancia la revisión de aparatos y sistemas para conocer el funcionamiento de estos y eliminar la posibilidad de otro padecimiento, que no hayamos percatado al interrogar sobre la enfermedad actual, o que no este involucrado directamente.

Generalmente el interrogatorio se inicia por el aparato digestivo, continuamos con el aparato res
piratorio, aparato cardiovascular, aparato genitouri
nario, sistema neuromuscular y órganos de los sent
idos.

EXPLORACION FISICA

La exploración física puede darnos una explicación lógica de las anomalías físicas del paciente y al igual que el interrogatorio, la exploración física se hará en forma organizada.

Primeramente se comprobará temperatura corporal, frecuencia respiratoria, pulso y frecuencia cardíaca, presión arterial, peso y estatura.

La exploración física se inicia desde el momento en que el médico obtiene la primera impresión general del paciente en cuanto llega éste al consultorio.

La exploración física la vamos a dividir en:

- Local (boca)
- General (cabeza y cuello).

EXPLORACION DE LA BOCA

El estudio se inicia con los tejidos blandos y se continuará con las piezas dentales.

El mal aliento se atribuye a factores locales:

falta de higiene, higiene defectuosa, presencia de sangre en la boca, alimentos de olor fuerte. En los factores generales están la deshidratación, sinusitis, fiebre tifoidea e infecciones entéricas.

LABIOS:

Los labios son la puerta de la cavidad oral, se observará forma, tamaño, contorno, color y textura de la superficie, presencia de úlceras, vesículas, fisuras y costras tanto como con la boca cerrada como abierta.

MUCOSA LABIAL:

La mucosa labial se explora evertiendo el labio inferior hacia abajo y el labio superior hacia arriba, se observa si hay lesiones, cambio de color o consistencia, se determina si hay adhesiones al frenillo o lesiones.

MUCOSA BUCAL:

En la mucosa bucal hay que determinar el color, orificios de las glándulas parótidas, lesiones en la mucosa bucal si es que las hay.

SALIVA:

Generalmente al hacer un exámen bucal se estimulan las glándulas salivales. La saliva puede ser muy delgada, normal o bien extremadamente viscosa.

LENGUA Y SUELO DE LA BOCA:

La lengua deberá estar extendida y dirigida hacia afuera, se observarán las papilas, su forma, tamaño, color, movimientos funcionales, consistencia, lesiones. La exploración del suelo de la boca se iniciará visualmente con la lengua en reposo y después con posición elevada por detrás. Mediante la palpación se examinará la base de la lengua y superficie ventral de la lengua.

PALADAR:

La cabeza del paciente se inclina ligeramente hacia atrás, se observa la forma, el color, lesiones o anomalías, cicatrices, si es que las hay en el paladar duro o en el paladar blando.

FARINGE Y AMIGDALAS:

Esta región se examina deprimiendo la lengua, ya sea con un espejo o un abatelenguas, se observa cambio de color, úlceras o inflamación.

TEJIDO GINGIVAL:

Se observa el tejido gingival y las uniones gingivales. Se determina el color, el tamaño, forma, consistencia y la fragilidad capilar de la encía.

Se debe considerar también las lesiones y anomalías como lo son las inflamaciones, retracciones, ulceraciones.

DIENTES:

Hay que ver el número de piezas dentarias, la dentición permanente consta de treinta y dos piezas dentales, la dentición primaria de veinte piezas dentales. Si hay ausencia de piezas hay que investigar si se trata de anodoncia o bien si han sido extraídos. La anodoncia es una afección que se considera hereditaria. En la segunda dentición las piezas que más a menudo faltan son los terceros molares, segundos premolares inferiores y los incisivos laterales superiores.

No es muy frecuente encontrar una macrodoncia o microdoncia. Sin embargo los dientes que se encuentran separados se ven grandes, o bien puede tratarse de una geminación o fusión de dientes.

Se debe observar el color de la pieza dental e investigar la causa cuando hay presencia de un color anormal. Se comprobará la oclusión del paciente, pidiéndole que muerda con sus dientes posteriores?.

EXPLORACION DE CABEZA Y CUELLO

Debe anotarse el tamaño de la cabeza, si es demasiado grande, pequeña, o bien de tamaño normal, deformidad del cráneo, lesiones y señales de heridas en el cuero cabelludo, pérdida del cabello.

Debe quedar registrado el color de la piel, lesiones cutáneas, muecas faciales, expresión y asimetría facial, inflamación facial. Deficiencia de audición, observación del meato auditivo externo puede revelar cierta secreción. Hay que observar si el paciente usa lentes o no, acción de los parpados, movimientos del ojo, irritación al rededor del ojo, lesión en los parpados, lagrimeo anormal, ausencia o presencia de conjuntivitis. Se debe registrar deformidades de tamaño y forma de la nariz, secreción nasal, cicatrices en la nariz.

El examen del cuello se realizará por observación

ción y palpación. Inflamación de ganglios linfáticos, glándulas salivales, parótidas.

En la articulación temporomandibular hay que ver si hay movimientos anormales o limitados, dolor en la mandíbula, dislocación mandibular, ruidos raros, etc.

EXAMES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS.

Los exámenes de laboratorio y las observaciones radiológicas complementan los datos obtenidos mediante el interrogatorio y la exploración física, y sirven de ayuda para establecer un buen diagnóstico.

Es de importancia el conocer el número, proporción y forma de los corpúsculos sanguíneos, hematíes y leucocitos. Conocer la velocidad de sedimentación de glóbulos rojos, trastornos de la coagulación en sangre y la fragilidad capilar. Y sobre todo grupo sanguíneo y factor RH.

La radiografía es la ayuda más importante para establecer un diagnóstico. La radiografía nos proporciona datos inmediatos sobre alteraciones óseas, o bien es un medio para seguir la evolución de la enfermedad, ya sea en su desarrollo o en su respuesta al tratamiento.

CAPITULO III

ETIOLOGIA.

La etiología de la enfermedad periodontal se divide en factores locales y factores generales o sistémicos. Los factores locales producen inflamación. Los factores generales condicionan la respuesta periodontal.

ETIOLOGIA DE GINGIVITIS

La etiología es el estudio de las causas de una enfermedad, o sea, es la recopilación de datos de dichas causas. La etiología es múltiple, ya que ninguna enfermedad es producida por una causa única, ya que siempre hay circunstancias concomitantes que favorecen la enfermedad.

El mantenimiento del periodonto sano, depende del equilibrio fisiológico del organismo, cuando éste equilibrio se altera se produce la enfermedad periodontal.

La etiología de la enfermedad gingival, son causas que conducen a la acumulación de irritantes, son los factores que afectan la salud del periodonto tanto en los niños como también en los adultos.

Los factores locales son los que se encuentran en la boca, inmediato al diente y a su estructura de soporte, producen inflamación. Los factores generales o sistémicos son los que están relacionados con el estado de salud general del paciente, agravan la respuesta del periodonto al efecto de los irritantes locales.

FACTORES LOCALES

La salud de la encía y la mucosa bucal es afectada a cualquier edad a causa de irritantes locales, entre los cuales tenemos:

- Higiene bucal.
- Traumatismos del cepillo dental.
- Residuos de alimentos.
- Impacción de alimentos.
- Materia alba.
- Placa bacteriana.
- Cálculo dentario.
- Pigmentación dentaria.
- Hábitos bucales:
 - Empuje lingual.
 - Respiración bucal.
- Mal oclusión.
- Restauraciones dentales inadecuadas.
- Irritación causada por actividad bacteriana.

HIGIENE BUCAL:

La higiene bucal insuficiente conduce a la acumulación de placa bacteriana, materia alba y formación de cálculos dentarios, son un factor que influye

en la frecuencia y gravedad de enfermedad periodontal.

La falta de higiene puede traer como consecuencia la necesidad de extraer dientes prematuramente, con lo cual se forman espacios donde se empaquete el alimento y hay una mala oclusión.

TRAUMATISMO DEL CEPILLO DENTAL:

El uso del cepillo dental inadecuado, no sólo ocasiona falta de limpieza en la boca, sino también la falta de masaje gingival ocasiona, abrasión, irritación y recesión de tejido gingival.

El cepillado enérgico horizontal o rotatorio trae como consecuencia, alteraciones en los dientes. El cambio gingival que ocasiona el traumatismo del cepillo, es la destrucción de la encía formando espacios interproximales y favorece a la acumulación de residuos alimenticios.

El uso incorrecto del hilo dental y palillos o estimuladores interdetales puede generar inflamación gingival y formación de espacios interproximales.

RESIDUOS DE ALIMENTOS:

Los residuos de alimentos, son los alimentos retenidos en la boca en descomposición y contaminados con bacterias. Los residuos de alimentos son diferentes de la placa bacteriana y de la materia alba.

Las encías se limpian por la masticación de los alimentos, con cada movimiento de masticación se limpia la papila y el margen gingival. La mayor parte de los residuos de alimentos se disuelven y eliminan de la cavidad bucal, pero llegan a quedar unos adheridos a la superficie del diente y a la mucosa.

Los alimentos que se eliminan más rápidamente, son los de tipo fibroso como lo es la carne, pescados, hortalizas frescas y duras y la fruta.

IMPACCION DE ALIMENTOS:

La impacción de alimentos, es la acumulación de alimentos en el periodonto por fuerzas oclusales. Comprimen la encía creando irritación provocando inflamación en la encía.

Los espacios interproximales son propicios a la impacción de los alimentos, cuando la cresta de la papila se encuentra lejos de la superficie oclusal,

ésto rara vez ocurre en los niños, ya que su superficie interproximal es bulbosa y la cresta de la papila casi alcanza la superficie oclusal.

Sin embargo, cuando el borde gingival y la superficie interproximal han sido destruidos y no han sido restaurados adecuadamente, los alimentos se im pactan en los tejidos blandos.

Existen dos tipos de impacción de alimentos:

- a) VERTICAL Es debida a presiones oclusales du rante la masticación.
- b) HORIZONTAL Es debida a la acción de las meji llas y la lengua durante la masti cación.

MATERIA ALBA:

La materia alba es un depósito amarillo o blanco grisáceo, pegagoso y blando, se elimina mediante enjuagues bucales o chorro de agua. Se deposita en los dientes, restauraciones, cálculos dentarios y encía.

PLACA BACTERIANA:

La placa bacteriana es un depósito bacteriano blando, omorfo granular que se adhiere firmemente a

los dientes, restauraciones y calculos dentarios. Se desprende sólo mediante el cepillo y se forma con rapidez después de haberse eliminado, según se va acumulando se forma una masa globular cuyo color va del gris, gris amarillento al amarillo.

CALCULO DENTARIO:

El cálculo dentario, es la placa bacteriana calcificada que se forma sobre la superficie del diente. El color puede variar de blanco a blanco amarillento, es dura y se desprende fácilmente con un instrumento. La formación de cálculo dentario en los niños es común, se encuentra cubriendo coronas anteras. La gingivitis infantil generalmente es causada por cálculos dentarios.

PIGMENTACION DENTARIA:

Las pigmentaciones dentarias no sólo se consideran un problema estético, son de aspecto desagradable y son un irritante para el margen gingival. Las pigmentaciones varían en el color, composición y firmeza; se desarrollan por las bacterias cromógenas, alimentos y fármacos.

La pigmentación más común en los niños, es la

pigmentación verde o verde amarillenta, ésta coloración se atribuye a bacterias fluorescentes y a hongos como la penicilina. Las pigmentaciones verdes se presentan en la cara vestibular de dientes anteriores superiores.

HABITOS BUCALES:

Los hábitos bucales se consideran posibles causas dañinas sobre la encía y se practican en forma inconciente.

Los hábitos bucales más comunes que causan enfermedad periodontal en los niños son:

- empuje lingual.
- respiración bucal.

EMPUJE LINGUAL:

Del empuje lingual surgen secuelas secundarias. La inclinación alterada de los dientes anteriores, interfiere en la excursión de los alimentos, contribuyendo en la retención y acumulación de alimentos provocando inflamación en el margen gingival.

RESPIRACION BUCAL:

Hay niños que mantienen la boca abierta y que

sólo la cierran para tragar, es por esto que la gingi
vitis se relaciona con respiración bucal. Algunos
 niños respiran por la boca, por tener obstrucción na
sal, otros debido a la protrusión de dientes superior
es, pero hay quienes mantienen los labios separados
 por costumbre, postura, tejido inadecuado o mal tono
 muscular, éstos no respiran por la boca sólo mantien
en los labios separados. Cual sea la causa la en
cia al estar en contacto con el aire se seca y el
 constante humedecer y secar es un irritante para los
 tejidos gingivales.

Los niños que realmente respiran por la boca
 presentan gingivitis en la parte lingual, palatina y
 vestibular de la encía; mientras que los niños que
 mantienen los labios separados, sin respirar por la
 boca presentan gingivitis en la parte vestibular de
 la encía.

MAL OCLUSION:

Los niños que presentan mordida abierta, oclu
sión de borde a borde, protrusión o cualquier otra
 anomalía de los arcos dentarios ya sea el superior o
 el inferior con relación a la alineación irregular de
 los dientes, lleva a la acumulación y retención de re
siduos o desechos de alimentos irritantes. Provoca
ndo éstos algún tipo de gingivitis.

RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS:

Las restauraciones dentales inadecuadas y las prótesis como lo son los mantenedores de espacio mal adaptados pueden ocasionar gingivitis en los niños.

Al no reproducir la anatomía protectora de la pieza dental y dejar el contacto interproximal inadecuado cuando se pone una corona en cromo, se puede ocasionar enfermedad periodontal ya que hay retención de alimentos y caries en el margen de la restauración.

Esta irritación es un trastorno yatrogénico, debido a errores odontológicos.

Al colocar mantenedores de espacio o aparatos ortodónticos, no se deben forzar en el tejido conectivo gingival, ya que pueden desprender la adherencia epitelial y producir irritación en los tejidos de soporte. El irritante no es el material, sino que se invade el tercio gingival y además favorece el acumlamiento de placa bacteriana.

IRRITACION CAUSADA POR ACTIVIDAD BACTERIANA:

Hay infinidad de tipos de familias de bacterias en la boca, se adhieren a la superficie del diente y durante la masticación se mueven y son deglutidas.

das junto con los alimentos. Sin embargo algunas bacterias quedan adheridas al diente multiplicándose y si los tejidos de la encía llegan a estar debilitados, las bacterias comunes de la boca pueden llegar a producir irritación en los tejidos.

FACTORES GENERALES O SISTEMICOS

Los factores generales o sistémicos están relacionados con el estado general de salud del paciente, ya que al existir un factor local puede influir o complicar la enfermedad periodontal.

Los tejidos para su metabolismo necesitan nutrientes, oxígeno, vitaminas, etc. La ausencia de ellos pueden causar inflamación en el tejido gingival.

Entre los factores generales o sistémicos tenemos:

- Irritación química.
- Fiebre alta.
- Leucemia.
- Deficiencias nutricionales.
- Otros...

IRRITACION QUIMICA:

La irritación química, es una reacción al abuso de enjuagatorios bucales y algún tipo de dentrífico. Alérgias producidas por alimentos, drogas, polvo, etc.

La administración de pastillas como la aspirina, el contacto accidental con drogas como el fenol o nitrato de plata producen irritación en la encía.

También la administración de Dilantin, medicamento para epilépticos, puede producir hiperplasia gingival y debido a la excesiva formación de placa bacteriana, puede provocar una gingivitis.

FIEBRE ALTA:

A raíz de trastornos generales como la fiebre tifoidea, donde se presentan períodos de fiebre alta. Y el niño que se encuentra enfermo no puede realizar su higiene bucal normal como debiera y su dieta es a base de ingerir alimentos semilíquidos. Su flora bacteriana aumenta, provocando algún tipo de enfermedad periodontal.

LEUCEMIA:

En cualquiera de las formas de leucemia, el

irritante local es el que manifiesta la enfermedad gingival, con la ausencia del irritante local existen pacientes con leucemia que pueden no presentar cambios clínicos en el periodonto.

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES:

Ninguna deficiencia nutricional produce enfermedad periodontal, es necesaria la presencia de factores locales que se agravan por algún tipo de deficiencia nutricional existente en el niño para que se manifieste la enfermedad.

La dieta es un factor de interés en la etiología de la enfermedad periodontal, es de importancia la cantidad, calidad y consistencia de los alimentos. La dieta blanda favorece la acumulación de los alimentos y por lo mismo formación de placa bacteriana y cálculos dentarios. Una dieta de alimentos fibrosos y duros ayuda a mantener limpia la superficie gingival.

PROTEINAS:

La desnutrición de proteínas y calorías es una enfermedad de lactantes y niños pequeños, la causa puede ser una mala lactancia producida por una ali

mentación deficiente y una dieta inadecuada al ser suspendida la lactancia. Los niños con una dieta baja en proteínas y calorías con mayor frecuencia presentan gingivitis y ésto ocurre con regularidad entre los dos y tres años de edad, inmediatamente al destete.

VITAMINA C (ACIDO ASCORBICO).

Para que haya deficiencia de vitamina C, se necesitan tres meses de no ingerirla.

La deficiencia de vitamina C, por sí sola, no provocaría enfermedad periodontal, lo que hace es agravar la respuesta gingival ante un irritante local.

NIACINA:

La enfermedad periodontal que se atribuye a la deficiencia de niacina, es la gingivitis y afecta a las papilas y a la encía marginal.

CAPITULO IV

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal se inicia en la in
fancia y de no atenderse, pone en peligro el periodon
to del adulto.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal más común en los niños, es la gingivitis, que etimológicamente quiere decir inflamación de la encía; y se define como aumento de volumen en la encía como respuesta ante los factores locales y factores generales o sistémicos.

Clínicamente la gingivitis se puede reconocer por los signos de inflamación como son el enrojecimiento, hinchazón, hemorragia, exudado y en ocasiones también por dolor.

PATOLOGIA.

La gingivitis se caracteriza por la alteración de la encía marginal y de las papilas interdientarias. Para diagnósticar algún tipo de enfermedad periodontal en los niños es necesario conocer lo que es la encía en condiciones saludables.

El proceso de la enfermedad es lento, la lesión puede ser estable por largo tiempo, sin presentar cambios en la encía, sin embargo hay casos de evolución rápida.

El primer signo en la enfermedad periodontal es la inflamación, y al inflamarse el tejido gingival lo que vamos a observar es el cambio de color, tamaño, forma, consistencia, textura superficial, posición, facilidad de hemorragia y dolor.

COLOR - El color pasa de rosado pálido al rojo vivo brillante y magenta, y ésto es debido al aumento de contenido sanguíneo por dilatación de los capilares.

TAMAÑO - Una característica de la enfermedad gingival es el aumento de tamaño. El agrandamiento de la encía en la enfermedad gingival puede ser:

LOCALIZADO - Limitado a un sólo diente o a un grupo de dientes.

GENERALIZADO - Abarca la encía de toda la boca.

MARGINAL - Abarca sólo la encía marginal.

PAPILAR - Sólo abarca a la papila interdientaria.

FORMA - El cambio de la forma de la encía es es
tá relacionado con el tipo de agranda
miento gingival.

CONSISTENCIA - Hay cambios en la consistencia de la
encia y están determinados por el equi
librio entre los cambios destructivos
y reparativos. Hinchazón que se
hunde a la presión, descamación y áre
as delimitadas con enrojecimiento.

TEXTURA

FACIAL - En los niños que ya presentan su super
ficie lobulada o punteada, ésta carac
terística se pierde como cambio en la
textura superficial, con aspecto bri
lloso y liso, es un signo de gingivi
tis.

HEMORRAGIA - La facilidad de hemorragia gingival
es un signo de enfermedad gingival y
puede variar en intensidad, duración
y facilidad con que se produce.

Las causas de hemorragia gingival anormal son
infl nación, traumatismo por el cepillado dental enér

gico, palillos, retención de alimentos, trozos cortantes de alimentos duros, morder alimentos sólidos como la manzana o por el rechinar de los dientes.

La gingivitis puede ser:

GINGIVITIS AGUDA - Se presenta repentinamente, es de corta duración y dolorosa.

GINGIVITIS CRONICA - Se presenta lentamente, es de larga duración y no presenta dolor.

CLASIFICACION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

En niños las enfermedades periodontales que con mayor frecuencia se presentan son las siguientes:

- Gingivitis Marginal Crónica.
- Recesión Gingival Localizada.
- Infecciones Gingivales Agudas.

Dentro de las infecciones gingivales agudas más frecuentes en los niños encontramos las siguientes:

- Gingivoestomatitis Herpética Aguda.
- Moniliasis:
 - Aguda.
 - Crónica.
- Gingivitis Ulcerosa Necrosante.

GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA

La gingivitis marginal crónica, es la enfermedad gingival más frecuente en los niños.

La encía presenta cambios que comienzan con un color que va del rosado pálido al rojo moderado o rojo intenso debido a los cambios crónicos del proceso inflamatorio. Hay alteración del contorno gingival como es el agrandamiento gingival inflamatorio que se inicia con un abultamiento de la encía marginal, papila interdientaria o bien de las dos.

Primero se produce un abultamiento alrededor de los dientes afectados que va creciendo y cubre parte de las coronas; el crecimiento es lento e indoloro a menos que se involucre con alguna infección, aguda o bien algún trauma y no presenta exudado.

La encía marginal es delgada, hay presencia de puntilleo en la encía insertada.

La gingivitis marginal crónica puede ser localizada o generalizada.

En ocasiones el agrandamiento gingival puede

ser de aspecto tumoral, lo podemos encontrar interproximalmente o en el margen gingival, también su crecimiento es lento e indoloro.

ETIOLOGIA.

Irritación local ya sea mecánica, química o bacteriana.

TRATAMIENTO:

PRIMER PASO - Hay que detectar toda fuente de irritación local, como puede ser la placa bacteriana, cálculos dentarios, impacción de alimentos, etc.

SEGUNDO PASO - Llevar a cabo un control personal de placa bacteriana y explicar al paciente, la importancia de éste control.

TERCER PASO - Raspar los dientes para eliminar todos los depósitos y después pulir los dientes con una pasta abrasiva.

CUARTO PASO - Técnica de cepillado dental adecuada.

Hay ocasiones en que el tejido fibroso del agrandamiento de la encía es tan voluminoso que a pesar de realizarse el raspaje, se siguen formando depósitos de desechos, siendo necesaria una intervención quirúrgica como lo es la gingivectomía.

RECESION GINGIVAL LOCALIZADA

La recesión gingival localizada se caracteriza por la pérdida ósea alveolar o sea la exposición de la superficie radicular del diente por el desplazamiento apical de la encía.

Para determinar el grado de recesión es necesario entender lo que es posición real y posición aparente de la encía. La posición real es el nivel de la adherencia epitelial sobre el diente, la posición aparente es el nivel de la cresta del margen gingival. La recesión va a estar determinada por la posición real de la encía, es decir está relacionada a la localización de la encía y no a su estado.

La posición de los márgenes gingivales en parte está determinada por la altura y el espesor del hueso y también por la alineación de los dientes.

ETIOLOGIA.

En los niños la causa de recesión gingival más importante es la posición del diente en el arco, también la recesión puede ser una fase de transición en la erupción dentaria, traumatismo mecánico del cepillado dental o bien de los retenedores de un mantenedor de espacio.

TRATAMIENTO:

- PRIMER PASO - Detectar la causa que provoca la lesión.
- SEGUNDO PASO - Una técnica de cepillado dental adecuada.

INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS

GINGIVOESTOMATITIS

HERPETICA AGUDA

La gingivoestomatitis herpética aguda es una infección aguda que aparece con mayor frecuencia en lactantes y en niños menores de seis años.

La lesión es difusa, eritematosa y brillante de la encía y mucosa bucal con agrandamiento edematoso y con tendencia a la hemorragia. Se caracteriza por vesículas esféricas grises en la encía, mucosa labial, mucosa sublingual, lengua, paladar blando y faringe. Estas vesículas se rompen aproximadamente a las veinticuatro horas formando pequeñas úlceras dolorosas, rodeadas por un halo rojo, hundida del centro con un color amarillento o grisáceo.

Hay irritación generalizada que impide comer y beber, en los lactantes se manifiesta por irritabilidad y rechazo a los alimentos. Hay presencia de dolor, malestar general y fiebre.

La gingivoestomatitis también se puede mani

festar en cara y labios, la lesión tiende a aparecer durante o inmediatamente después de una enfermedad febril.

La gingivoestomatitis herpética aguda es contagiosa, la mayoría de los adultos son inmunes como consecuencia de una infección en la niñez. La infección herpética de piel y labios se repite.

ETIOLOGIA.

La infección es provocada por el virus Herpes Simplex y otros virus.

TRATAMIENTO:

PRIMER PASO - Administración de analgésicos, antipiréticos y pomada de synalar o salcoseryl.

SEGUNDO PASO - Técnica de cepillado dental leve.

MONILIASIS

La moniliasis es una infección micótica bucal, que puede ser aguda o crónica.

Las lesiones bucales pueden aparecer en cualquier parte de la superficie mucosa, las lesiones pueden ser múltiples o aisladas de color blanco cremoso, se asemejan a la leche coagulada y al retirarse por la fuerza deja puntos con sangre.

MONILIASIS AGUDA.

La moniliasis aguda, es una enfermedad fungívida común en la infancia, en los lactantes en hospitales y guarderías puede haber epidemias, los infantes se pueden contagiar a través de pinzas, ropa de vestir y de cama contaminadas. La moniliasis es frecuente en niños de madres con vaginitis monilíca.

MONILIASIS CRONICA.

La moniliasis crónica es una infección que puede terminar en lesión granulomatosa, se inicia en la infancia y puede persistir por varios años. La lesión se presenta en boca, uñas y piel, se manifiesta por una reacción inflamatoria profunda y por producción de tejido granulomatoso.

ETIOLOGIA.

Es una infección micótica producida por el hongo Monilia Albicans o Cándida Albicans y otros hongos.

TRATAMIENTO.

Es a base de Nystatin y Anfotericina B, ya sea por vía oral, intramuscular o tópica.

GINGIVITIS ULCEROSA

NECROSANTE AGUDA

La gingivitis ulcerosa necrosante aguda es una enfermedad inflamatoria dolorosa destructiva con necrosis del tejido gingival. Se caracteriza porque aparece después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria. La frecuencia de la gingivitis ulcerosa necrosante en los niños es baja.

Las lesiones con que se caracteriza la enfermedad son depresiones en forma de cráter socavado en la cresta de la encía que abarcan la papila interdental, la encía marginal o bien las dos. Las depresiones crateriformes están cubiertas por una pseudomembrana gris que se encuentran separadas por una línea eritematosa de la mucosa gingival. En ocasiones las depresiones crateriformes quedan expuestas sin la pseudomembrana, mostrando el margen gingival rojo brillante y hemorrágico. Hay olor fétido, aumento de salivación, hemorragia y dolor. La encía que rodea a los cráteres o úlceras es de color rojo subido y sangra el tacto.

La lesión puede estar limitada a un sólo dien

te, a un grupo de dientes o bien abarcando toda la boca.

Las lesiones son sensibles al tacto, el paciente sufre de dolor constante e irradiado que aumenta con la masticación y con alimentos condimentados y calientes, el paciente refiere sabor metálico desagradable.

En los niños las reacciones generales son más intensas como es fiebre alta, pulso acelerado, leucocitosis, pérdida del apetito y decaimiento.

Si no se efectúa un tratamiento puede haber destrucción del periodonto y denudación de las raíces.

ETIOLOGIA.

La etiología es desconocida y hay quien sospecha de la bacteria Fuso Espiroquetal.

TRATAMIENTO.

PRIMER PASO - Reducir los síntomas, por medio de medicación y limpieza bucal.

SEGUNDO PASO - Reducir o eliminar la fatiga y en caso de que el paciente presente fiebre, guardar cama.

- TERCER PASO - Limpieza de la boca con chorro de agua, ya que limpiará el tejido necrosado y facilitará la cicatrización. El agua debe ser tan caliente como el paciente la soporte y se pasará entre los dientes con fuerza. El agua caliente se puede substituir por una parte de peróxido de hidrógeno y cuatro partes de agua tibia.
- CUARTO PASO - Aplicación tópica de antiséptico, como puede ser el proxygel.

REPERCUSION EN EL ORGANISMO

Las enfermedades periodontales en los niños afectan primordialmente a dos tejidos que son la en
cía y el hueso.

La encía es afectada en casos inflamatorios como lo son la gingivitis marginal crónica y las in
fecciones gingivales agudas como la gingivoestomati
tis herpética aguda, gingivitis ulcerosa necrosante aguda y los dos tipos de moniliasis la crónica y la aguda.

El hueso es afectado cuando se presenta rece
sión gingival en los niños, esta lesión es rara. Sin embargo se presenta absorción ósea localizada al
rededor de los primeros molares permanentes, etc.

Aunque en la enfermedad periodontal se afec
tan o lesionan estos dos tejidos, durante la infancia encontramos que hay rápida curación y una recuperación completa.

CAPITULO V

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD

Prevenir la enfermedad y fomentar la salud es básica, no sólo en el niño, sino también en el adulto.

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD

La prevención de la enfermedad comienza con la salud y la búsqueda de su conservación.

La prevención de la enfermedad dental, no es un proceso simple, ya que debe iniciarse con el desarrollo del mismo organismo. No se trata sólo de higiene dental, sino también de una dieta adecuada.

Hay que tener conocimiento de la higiene bucal, cuidado personal de la dentadura y sobre todo control de la dieta de la embarazada. Posteriormente exámenes periódicos de salud dental a los dos años de vida del niño, tratamiento reparador de dientes deteriorados, reposición artificial de dientes pérdidos (mantenedores de espacio), uso de fluor como tópico local, etc.

La enfermedad periodontal puede ser prevenida, puesto que su origen está en los factores locales, y éstos pueden ser corregidos y controlados.

El prevenir la enfermedad periodontal es un trabajo no sólo del Cirujano Dentista, sino también

de la asistente dental y del paciente, ya que la con
servación de la dentadura natural se lleva a cabo pre
viniendo el inició, avance y repetición de la enferme
dad periodontal.

Para prevenir la enfermedad es necesario hacer un programa de salud, con el fin de mejorar la resis
tencia de salud de los tejidos y ésto se va a lograr mediante:

- Educación de Salud general y bucal.
- Exámen bucal periódico.
- Motivación del paciente para que tenga higiene bucal.
- Enseñanza de higiene bucal.
- Buena nutrición.

CONTROL PERSONAL DE PLACA

Se puede considerar que la placa bacteriana es la causa más importante de enfermedad periodontal, es por ello que el control de la misma es necesaria para prevenir, curar y evitar la recurrencia de cualquier tipo de enfermedad periodontal. Es necesario que todo paciente dental sea sometido a un programa de control de placa bacteriana.

El control personal de placa bacteriana ayuda a evitar la acumulación de placa bacteriana y por lo tanto la formación de cálculos dentarios sobre los dientes y superficies gingivales.

El método más eficaz para controlar la placa bacteriana es por medio de una buena higiene bucal utilizando un cepillo de dientes, dentrífico, empleo de seda dental, enjuagatorios bucales y por supuesto el uso de pastillas reveladoras, que le indicarán al paciente donde se depósita la placa bacteriana, lugar donde debe poner mayor cuidado al efectuar su higiene bucal.

AGENTES REVELADORES.

Los agentes reveladores facilitan la visibilidad de la placa bacteriana, la coloración, le indica al paciente cuando se elimina completamente la placa bacteriana de las superficies dentarias.

Dentro de los agentes reveladores encontramos que hay soluciones y tabletas como la fucsina básica, yoduro de potasio y eritrocina.

CEPILLO DENTAL.

Un cepillo dental debe ser accesible a todas las áreas de la boca y eliminar placa bacteriana, materia alba y desechos alimenticios.

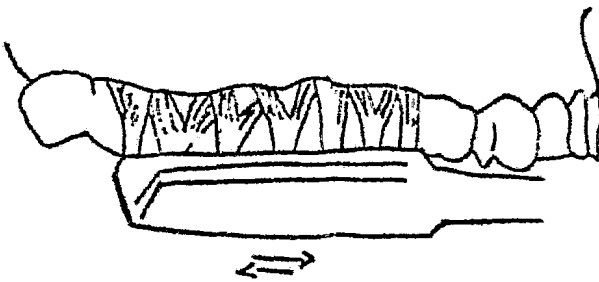
Los cepillos manuales pueden ser de cerdas naturales o de nylon, los extremos de las cerdas deben ser redondeados. Las cerdas no deben ser duras, ni blandas, se recomiendan más medianas. El cepillo se debe cambiar antes de que las cerdas se deformen.

Los movimientos del cepillo eléctrico pueden ser de arriba hacia abajo, de adelante hacia atrás, o bien de un movimiento combinado. Hay a dos tipos de pacientes a los que se les recomienda éste tipo de

cepillo y son a los niños a los pacientes impedidos.

TECNICA DE CEPILLADO

La técnica de cepillado más efectiva en la enfermedad periodontal en los niños es la técnica de



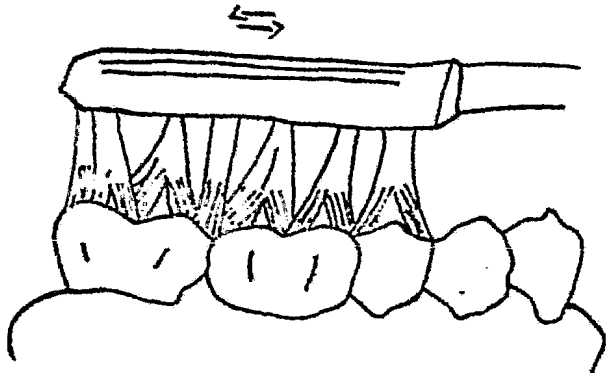
Técnica de Bass'

Bass, aunque en niños de corta edad la técnica más adecuada es la técnica de Fones por lo

sencilla que es para realizarse.

TECNICA DE BASS.

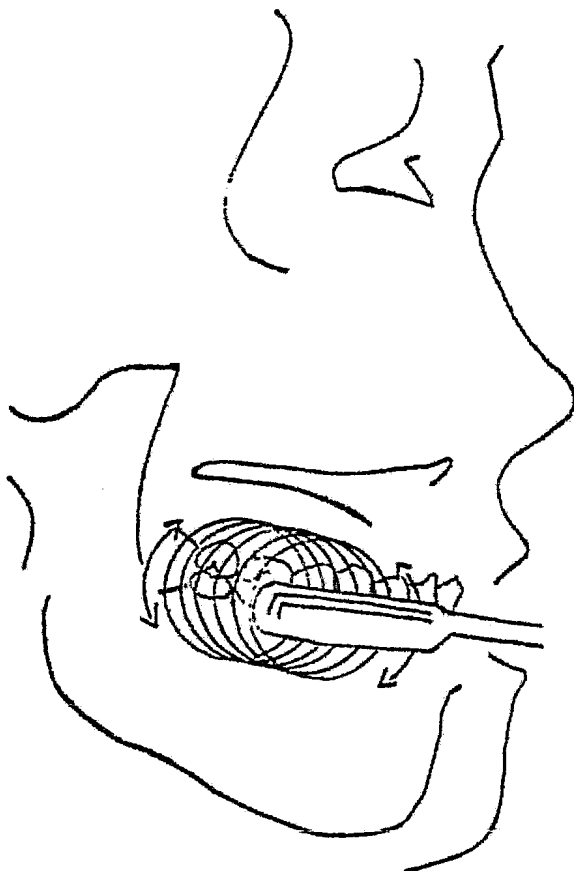
Esta técnica elimina la placa bacteriana del margen gingival expuesto y aproximadamente medio mm. dentro del surco.



Técnica de Bass.

Las cerdas se colocan suave y

exactamente en la cresta marginal del tejido gingival se ejerce una presión suave sobre el cepillo y se hace un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás sin quitar el ce



pillo del mismo lugar, ésto se hace en las superficies vestibulares, linguales o palatinas de todos los dientes. En las superficies oclusales, las cerdas se presionan introduciéndolas en surcos y fisuras, se hacen movimientos cortos de atrás adelante en todos los dientes.

TECNICA DE FONES.

Técnica de Fones.

Con la técnica de Fones se hace una limpieza simultánea en maxilar y mándibula, con los dientes en oclusión, el cepillo se presiona contra los dientes y la encía, se hace un movimiento giratorio o elíptico. La superficie oclusal se cepilla con un movimiento horizontal de adentro hacia afuera.

DENTRIFICO.

Existen diferentes tipos de dentríficos con fluor, con amoniaco, clorofila, penicilina y todos cumplen con una función ser complemento de limpieza de los dientes. Un dentrífico contiene abrasivos, detergentes y aromáticos.

SEDA DENTAL.

La seda dental limpia las superficies interproximales de los dientes. Se pasa la seda a través del área de contacto con un movimiento de atrás adelante sin forzar la seda en el área de contacto porque podría lesionar la encía. Su función es eliminar la placa bacteriana y no desprender alimentos retenidos entre los dientes y la encía.

ENJUAGUES BUCALES.

El uso de enjuagatorios bucales no son suficientes para mantener una higiene bucal y salud gingival, sólo ayudan cuando se hace uso de una técnica de cepillado adecuada y se complementa con hilo o seda dental ya que se aflojarán partículas de alimento y bacterias de la placa bacteriana, y pueden eliminarse

enjuagándose vigorosamente con agua.

Los enjuagatorios también son recomendables después de ingerir golosinas con carbohidratos, los niños deberán enjuagarse la boca de dos a tres veces, con cuanta agua puedan acomodar con facilidad en la boca. El agua la pasarán vigorosamente entre sus dientes.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO

La eficacia del tratamiento periodontal va a radicar en la notable capacidad de cicatrización de los tejidos periodontales.

TRATAMIENTO

La eficacia del tratamiento periodontal va a radicar en la capacidad de cicatrización de los tejidos periodontales.

Para iniciar el tratamiento de las enfermedades periodontales es necesario eliminar o reducir el o los factores locales que la están produciendo.

En ocasiones la enfermedad periodontal es agravada por algún tipo de factor general, es necesario averiguar la causa y comunicarnos con su médico general para llevar un tratamiento conjunto.

El tratamiento se va a dividir en:

Tratamiento medicamentoso.

Tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

La mayoría de las técnicas para el tratamiento

to de enfermedad periodontal no están basadas en el uso de drogas, sin embargo hay ocasiones en que son de utilidad.

ANTIBIOTICOS.

Los antibióticos con sustancias químicas producidas por organismos vivos, como son bacterias, levaduras y principalmente hongos.

Los antibióticos no participan en la cicatri zación de los tejidos, pero son favorables al prevenir la infección y combatirla.

Dentro de los antibióticos eficaces en el tratamiento de periodoncia vamos a encontrar los siguientes:

La Penicilina G Potásica se administra intramuscularmente, es rápidamente absorbida.

La Penicilina G. Procaínica se administra intramuscularmente, retrasa su absorción y prolonga su acción.

La eritromicina es bacteriostática y es fácil mente absorbible.

Las tetraciclinas son agentes antimicrobianos, empleados para tratar infecciones. En dosis normales las tetraciclinas son bacteriostáticas. Las Tetraciclinas son fácilmente absorbibles.

Los niños que reciben terapéutica ya sea a largo o corto plazo con tetraciclinas, en época de calcificación dental, se les puede desarrollar pigmentación pardusca y las grandes dosis causan hipoplasia del esmalte.

La Lincomicina es un antibiótico bactericida y bacteriostático, es un penicilina sintética.

Nistatina o Micostatin es eficaz sólo contra levaduras y hongos. Es un antibiótico fungicida con cierta eficacia en el tratamiento de Moniliasis.

La Anfotericina B es un antibiótico, el uso de ésta droga está limitada por su alto potencial tóxico.

Las sulfonamidas representan un grupo de agentes quimioterapéuticos, en pacientes sensibles a los antibióticos. Las Sulfonamidas tienen efectos tóxicos.

cos, son insolubles y tienden a precipitarse en los riñones.

ANALGESICOS.

Los analgésicos son drogas que se emplean para reducir o aliviar el dolor sin afectar la conciencia, disminuye la actividad refleja y reduce los aspectos psicogénicos.

De los analgésicos narcóticos el único que se usa en cierta medida en Odontología Infantil es el Fosfato de Codeína, produce efectos analgésicos, hipnóticos y sedantes.

En los analgésicos no narcóticos se encuentra la aspirina que es eficaz para la analgesia bucal.

SEDANTES E HIPNOTICOS.

Los sedantes se encuentran clasificados en Barbituricos y Tranquilizantes:

- BARBITURICOS - Son sedantes e hipnóticos eficaces para la sedación de paciente aprensivo.
- TRANQUILIZANTES - Son útiles para el alivio de la ansiedad, tensión y temor.

ANESTESICOS.

Los anestésicos se usan por inyección o en forma tópica para prevenir el dolor, durante procedimientos quirúrgicos. No se debe anesteciar a ningún niño a menos que sus movimientos corporales estén bajo completo control.

ANTISEPTICOS.

Un antiséptico ideal debe ser eficaz, activo en presencia de material purulento, actuar contra un espectro amplio de bacterias, debe ser de baja toxicidad y no debe ser irritante.

En periodoncia los más comunes son los peróxidos, compuestos mercuriales y las tinturas.

ANTIPIREVICOS.

Los antipiréticos son medicamentos que reducen la fiebre y que obran como sedantes y analgésicos. Los antipiréticos reducen la fiebre, pero no la temperatura normal.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico son los medios por los cuales se va a eliminar la enfermedad y a restablecer la salud de los tejidos periodontales.

Durante el tratamiento quirúrgico, el tejido vivo se debe manejar con cuidado, para que el paciente no tenga molestias posteriormente y el resultado sea satisfactorio.

Todo instrumental deberá estar perfectamente esterilizado y las superficies cortantes bien afiladas en el momento del tratamiento quirúrgico.

Los tratamientos quirúrgicos que se van a describir son:

- Raspaje Radicular.
- Gingivectomía.

RASPAJE RADICULAR

El raspaje radicular es parte fundamental de todo tratamiento de la enfermedad periodontal.

El raspaje radicular son los procedimientos que se realizan para limpiar la superficie radicular de depósitos y cemento blando y rugoso. Quita la placa bacteriana, cálculos dentarios y pigmentaciones, por medio del raspaje alisa y empareja la raíz, eliminando el tejido necrótico, de esta manera elimina los factores que provocan inflamación.

La eliminación de cálculos se realiza desprendiéndolo hasta observar la superficie dentaria.

TECNICA.

Se aísla el campo operatorio con rollos de algodón o gasa y se aplica un antiséptico en la zona.

Con un instrumento (explorador o raspador fino) se aprecia la extensión del cálculo subgingival. Se pasa el instrumento a lo largo de los cálculos en dirección del ápice, hasta sentir donde terminan los cálculos.

El Cirujano Dentista tratará de que el cálculo dentario se observe a simple vista. Esto se logra separando la encía con una sonda, torunda pequeña de algodón o bien insuflando aire tibio entre el diente y el margen gingival.

Para la eliminación completa de cálculo dentario subgingival es necesario comprobar varias veces la lisura de la raíz con un raspador fino o explorador agudo.

ALISADO.

No es suficiente eliminar los cálculos dentarios, también es menester alisar la raíz.

Una vez eliminados los cálculos dentarios, pueden haber zonas en la raíz que se sienta blanda, debido a que el cemento a sufrido cambios necróticos.

El tejido necrótico será eliminado hasta que la superficie de la raíz quede firme.

El raspaje consiste en un movimiento de tracción. Al realizar el movimiento de tracción, el instrumento deberá estar en el borde apical del cálculo y se desprende al hacer un movimiento firme, con dirección a la corona.

No se deben introducir cálculos dentarios, en los tejidos de soporte, y ésto se logra evitando empujar el instrumento en sentido apical.

No es necesario anesteciar, a menos que existá sensibilidad dentaria o gingival. Si existe sensibilidad dentaria se usará anestesia local infiltrativa o regional. Cuando la sensibilidad es gingival, se utiliza anestesia tóptica.

GINGIVECTOMIA

Gingivectomía, significa excisión de la encía.

Mediante la gingivectomía se elimina tejido enfermo e irritantes locales. Se forma un ambiente favorable para la cicatrización y restauración del contorno gingival.

La gingivectomía es una operación indolora.

TECNICA:

Se aísla el campo operatorio.

Se anestesia perfectamente por inyección regional e infiltrativa.

Con bisturí convencional se realiza un corte horizontal con una angulación de 45° en relación

ción con el eje longitudinal del diente, ésta incisión puede ser continua o discontinua.

Con bisturí de Goldman Fox se introduce en la parte proximal, se hacen leves movimientos hacia los lados para cortar el tejido en la parte proximal.

Se retira el tejido en exceso o tejido cortado con un instrumento de Goldman Fox.

Con tijeras en posición horizontal se reduce el agrandamiento en sentido vestibular. Las tijeras también se pueden utilizar en posición vertical para modelar la encía y marcar el festoneado.

Con cureta pesada CK-6 se retira el sarro, se trata de hacer presión para controlar o reducir la hemorragia.

Se coloca apósito quirúrgico que debe durar ocho días protegiendo la encía.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El primer paso y el más importante, cuando un paciente llega al consultorio dental, es la elaboración de una Historia Clínica, ya que nos proporciona datos para obtener un diagnóstico y planear un tratamiento.

Al establecer un diagnóstico es necesario recordar que el Cirujano Dentista se enfrenta a un organismo que está en constante cambio y que el tratamiento debe ser el adecuado para evitar problemas dentales en el futuro.

Es de importancia que todo Cirujano Dentista tenga un amplio conocimiento sobre Periodoncia, para así poder prevenir el inicio, avance y repetición de la enfermedad periodontal.

Mediante éste pequeño estudio, eh observado que las causas que ocasionan alteraciones en el periodonto, es la presencia de irritantes locales.

Si la enfermedad periodontal sea manifestado es de vital importancia evitar su avance, por cualquier medio antes de llegar al tratamiento quirúrgico.

El inculcarle a un niño lo necesario que es el hábito de la higiene bucal y el llevar una dieta baja en carbohidratos y azúcares equivaldría a una disminución en la frecuencia de la enfermedad periodontal en los adultos.

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFIA

TRATADO DE HISTOLOGIA
Ham. Arthur W.
Editorial Interamericana.
Sexta edición en español.
Séptima en inglés.

SALUD Y ENFERMEDAD
San Martín, Hernán.
La Prensa Médica Mexicana.
Tercera edición.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Zegarelli, Edward V.
Kistscher, Austin H.
Hyman, George A.
Salvat Editores, S. A.
Primero Edición.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA
Finn, Sidney B.
Editorial Interamericana.
Cuarta edición.

CLINICA DE PARODONCIA
Legarreta Reynoso Luis
La Prensa Médica Mexicana.
Primera edición.

PERIODONTOLOGIA
Stone Stephen
Kalis, Paul J.
Editorial Interamericana.
Primera edición.

TERAPEUTICA PERIODONTAL
Goldman, Henry M.
Schluger, Saúl.
Fox, Lewis
Cohen, Walter.
Bibliografía Omega.

PERIODONCIA DE ORBAN
Grant, Daniel A.
Stern B. Irving.
Everett G. Frank
Editorial Interamericana.
Cuarta edición.

PERIODONTOLOGIA CLINICA
Clickman Irving
Editorial Interamericana
Cuarta edición en inglés.
Primera edición en español.

FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA DENTAL
Dobbs, Edward C.
Prenz, Hermann
Unión tipográfica Editorial Hispano Americana.
Décima edición.