

1ej 5/10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



PARODONCIA

Revisó tesis:
C. Lopez

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARIA TRINIDAD JAVIER GONZALEZ





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

INTRODUCCION

CAPITULO I

TEJIDOS PERIODONTALES

- Encía
- Ligamento Periodontal
- Cemento
- Hueso Alveolar

CAPITULO II

ENFERMEDAD GINGIVAL

Gingivitis No Complicadas:

- Gingivitis Marginal Crónica
- Gingivitis Ulceronecrosante Aguda
- Gingivitis Herpética Aguda y otras Infecciones Virales
- Gingivitis Alérgica
- Gingivitis Inespecífica
 - Tuberculosis y Sífilis
 - Moniliasis
 - Piodermia Vegetante

Gingivitis Combinada:

- Dermatosis que afecta a la encía (Liquen Plano, Pénfigo, Eritema - Multiforme, Lupus Eritematoso)
- Gingivitis Descamativa Crónica (Gingivitis Atrófica Senil)
- Penfigoide Benigno de Membrana Mucosa

Gingivitis Condicionada:

- Gingivitis en el Embarazo y en la Pubertad
- Gingivitis en la Deficiencia de Vitamina "C"
- Gingivitis en la Leucemia

Agrandamientos Gingivales:

- Inflamatorio
- Hiperplásico no Inflamatorio
- Combinado
- Neoplásico

CAPITULO III

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Bolsa Periodontal

Periodontitis

Periodontitis Simple

Periodontitis Compuesta

Periodontosis

Trauma de la Oclusión

Atrofia Periodontal

CAPITULO IV

ESTUDIO DE LAS ETIOLOGIAS

Película Adquirida, Placa Dentaria, Materia Alba,
Residuos de Alimentos, Calculo Dentario y Pigmentación.
Saliva

Papel de los Microorganismos

Malposición Dentaria

Trauma Oclusal

Impactación de Alimentos

Habitos, Bruxismo, Respiración Bucal, Higiene Incorrecta

Pérdida de Dientes, Restauraciones Dentarias Incorrectas.

Influencia Nutricional

Influencia Endócrina

Afecciones Hematológicas

CAPITULO V

ELEMENTOS DEL CRITERIO TERAPEUTICO

Diagnóstico

Pronóstico

Plan de Tratamiento

CAPITULO VI

MEDIOS DE PREVENCION Y DE MANTENIMIENTO

CAPITULO VII

TRATAMIENTOS PERIODONTALES

Higiene Bucal

Raspaje

Curetaje

Cirugía Periodontal

Gingivectomía y Gingivoplastia

Curetaje Quirúrgico por Colgajo

Ostectomía y Osteoplástia

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

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

"Cuando empecé, hube de convencerme de que cuanto yo escribiera, lo sabían de memoria los siglos, - pero no por deforme arrojaria al recién nacido - en las aguas de un río. Para construir una pirámide tuve que buscar un erial y volverme de espaldas a la montaña".

EUSEBIO DE LA CUEVA.

El interés por ampliar el conocimiento adquirido durante mi carrera sobre ésta área, la observancia a la gran cantidad de pacientes que han perdido piezas dentarias por problemas parodontales, el predominio de ésta enfermedad y por considerar ser el primer tratamiento a aplicar a un paciente (salvo emergencias de otra índole); motivaron la elaboración de la presente tesis.

LOS TEJIDOS PERIODONTALES

Del Griego: Peri-Alrededor; Odont-Diente.

Los Tejidos Periodontales forman una unidad Biológica y Funcional de protección, sosten y anclaje de los dientes en los maxilares.

Los Dientes estan rodeados de los Tejidos Periodontales y sostenidos en los procesos alveolares de los maxilares: - Las haces de fibras colágenas-"Ligamento Parodontal"-se entre cruzan y se insertan en el "Cemento" y el "Hueso Alveolar", - para mantenerlos en su lugar; la "Encía" cubre el hueso alveolar y rodea el cuello de cada diente.

ENCIA

Parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Características Clínicas Normales

Encía Marginal (Encía Libre). Es la encía localizada en la parte coronaria del diente que a modo de collar la rodea. Limitada de la encía insertada por la línea marginal (depresión poco profunda), su ancho aproximado es de 1 mm.; forma el surco gingival que la separa de la superficie dentaria. Este surco tiene forma de V y solo permite la entrada a una sonda roma delgada, su profundidad promedio es de 1.8 mm.

Encía Insertada (Cementaria y Alveolar). Se continua con la encía marginal (Surco Marginal). Es firme y resilente y estrechamente unida al cemento y al hueso alveolar subyacente.

Su aspecto vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar que es laxa, móvil y de gran vascularización, de la que la separa la línea o surco mucogingival.

En la parte lingual del maxilar inferior, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tápiza al surco sublingual en el piso de la boca.

En la superficie palatina, se une imperceptiblemente con la mucosa palatina, igualmente firme y resilente.

Su ancho es mayor en dientes anteriores 4 mm promedio y decrece hacia los molares hasta 1 mm, o incluso no existir; - más ancha en superiores que en inferiores.

Encía Interdentaria (Encía Papilar). Situada en el espacio interproximal debajo del área de contacto dentario, de importancia clínica y patológica, puesto que son las primeras y más exactamente indicadoras de las enfermedades periodontales.

Dan lugar a las papilas interdientarias de forma piramidal con vertice en área de contacto, en anteriores. Las papilas de los dientes posteriores tienen forma de cuña, una vestibular y otra lingual; el "Col", es una depresión que conecta a ambas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal. Su superficie externa afilada hacia el área de contacto interproximal; la superficie mesial y distal, levemente cóncava cuyo borde lateral y extremo son continuación de la encía marginal; - la parte media se compone de encía insertada. En ausencia de -

contacto dentario pr6ximal, se halla firmemente unida al hueso interdentario y forma una superficie redondeada y lisa.

Color

Generalmente, el color de la encía insertada y marginal se describe como rosada coral, producido por el aporte sangüíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio, y la presencia de las células que contienen pigmentación. Varía según la persona y relacionado a la pigmentación cutánea; más claro en individuos de tez blanca que en tez morena. La mucosa alveolar es roja, lisa, brillante; y no rosada y punteada ya que su epitelio es delgado no queratinizado, sin brotes epiteliales y sus vasos sanguíneos son más abundantes. La pigmentación puede variar de acuerdo a la cantidad de melanina.

Tamaño

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

Contorno

Depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco; de la localización y tamaño del área de contacto pr6ximal, y las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual.

La superficie de la encía marginal es relativamente plana, se afina hacia la corona terminando en un borde delgado. En sentido mesio-distal, los márgenes gingivales deben tener forma festoneada. En la encía interdentaria, esta en relación a la forma interpr6ximal, pudiendo variar con la edad.

Consistencia

La encía es firme y resilente, y con excepción del margen libre movable, esta fuertemente unida al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su contigüidad al mucoperi6stio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales constituyen a la firmeza del margen gingival.

Textura Superficial

Finamente nodulada como cáscara de naranja y se dice que es punteada la encía insertada y parte central de papilas. El punteado aparece en la niñez, aumenta en edad adulta y decrece en la vejez; es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida del punteado es un signo común en la enfermedad gingival.

Características Microscópicas Normales

Encía Marginal: Tejido conectivo densamente colágeno cubierto de epitelio escamoso estratificado. El epitelio de la cresta y de la superficie externa, es queratinizado, paraqueratinizado o ambos; contiene prolongaciones epiteliales prominentes.

El epitelio de la superficie interna está desprovista de prolongaciones epiteliales, no queratinizado ni paraqueratinizado y forma el tapiz del surco gingival.

Fibras Gingivales. Sistema de haces de fibras colágenas procedentes del tejido conectivo. Su función es mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente, para proporcionar la rigidez necesaria para soportar la fuerza de masticación sin ser separada de la superficie dentaria y unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente.

Están dispuestas en grupos: Gingivodentales, Circulares y Transeptales.

Grupo Gingivodental.- De la superficie vestibular, lingual e interproximal, se hallan en la base del surco gingival en cemento, inmediatamente debajo del epitelio. Se proyectan en forma de abanico desde el cemento hacia la cresta, a la superficie externa de la encía marginal, a la encía insertada; extendiéndose sobre la cara externa del periostio del hueso alveolar vestibular o lingual.

Grupo Circular.- Corren a travez del tejido conectivo de la encía marginal e interdientaria y rodean al diente a modo de anillo.

Grupo Transeptal (Interproximales). Forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos, en los cuales se hallan incluidos.

Surco Gingival, Epitelio del Surco y Adherencia.

El surco gingival está cubierto de epitelio escamoso estratificado muy delgado no queratinizado, sin prolongaciones epiteliales. Su epitelio actúa como una membrana semi permeable a través de la cual pasan hacia la encía los productos bacterianos lesivos y los líquidos tisulares de la encía se filtran en el surco.

La Adherencia Epitelial, banda a modo de collar de epitelio escamoso estratificado, se une al esmalte por la lámina basal (membrana basal), la cual esta compuesta por una lámina densa adyacente al esmalte y una lámina lúcida, a la cual se adhieren los hemidesmosomas.

Su profundidad varia desde cero a 6 mm.; a menor profundidad del surco, mas favorables son las condiciones del borde gingival. Puede ser llamado normal independiente de su profundidad, si no presenta procesos patológicos.

La presencia de linfocitos y células plasmáticas en el tejido conjuntivo en el surco, se considera como prueba de reacción defensiva en respuesta a la presencia constante de bacterias en el surco gingival y como barrera a la invasión bacteriana y la penetración de sus tóxicas.

Líquido Gingival (Líquido Crevicular). Localizado en el surco contiene proteínas plasmáticas adhesivas, posee propiedades antimicrobianas y puede ejercer actividad de anticuerpos en defensa de la encía. También sirve de medio para la proliferación bacteriana y constituye a la formación de la placa dental y cálculos.

Es un producto de filtración fisiológica de los vasos sanguíneos, su cantidad aumenta con la inflamación, con la masticación de alimentos duros, el cepillado, con la ovulación y con anticonceptivos hormonales.

Su composición es similar a la del suero sanguíneo, - excepto en la proporción de algunos de sus componentes, ya que varía en estados normales y de inflamación.

Encía Insertada: Se compone de epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo subyacente. El epitelio se diferencia en: 1) Una capa basal cuboide; 2) Una espina de células poligonales; 3) Componente granular de células aplanadas con granulos de queratohialina, basófilos prominentes en el citoplasma y núcleos hiperocrómicos contraídos; y 4) Una capa cornificada queratinizada, paraqueratinizada o las dos.

El epitelio se une al tejido conectivo subyacente por una lámina basal, compuesta de lámina lúcida y lámina densa. La lámina basal es permeable a los líquidos y actúa como barrera - ante partículas.

Encía Interdentaria y el Col: Cada papila consta de - un núcleo central de tejido conectivo densamente colágeno cubierto de epitelio escamoso estratificado.

Vascularización, Linfáticos y Nervios:

1) Arteriolas supraparióísticas a lo largo de superficie vestibular y lingual del hueso alveolar.

2) Vasos del ligamento periodontal, que se extienden hasta la encía y se anastomosan con capilares en la zona del surco.

3) Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdentario, van paralelas a la cresta ósea y se anastomosan con vasos del ligamento parodontal, irrigan la papila interdientaria y zonas vecinas vestibular y lingual, anastomosándose con arterias superficiales de encía marginal, (rama de arterias lingual, del buccinador, mentoniana, palatina).

El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas de tejido conectivo externo al periostio del proceso alveolar y después hacia los nódulos linfáticos regionales. Se extienden al ligamento periodontal y acompañan a los vasos sanguíneos.

Inervación Gingival, deriva de fibras que nacen del ligamento y de los nervios labial, bucal y palatino.

LIGAMENTO PERIODONTAL

Tejido conectivo denso que rodea a la raíz y la une al hueso alveolar, procedente de la encía. Su función fundamental es mantener el diente en el alveolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento y el hueso; también tiene propiedades nutritivas, sensoriales, de defensa y formativas.

Fibras Principales.

El ligamento periodontal contiene fibras colágenas que se insertan de un lado en el cemento y otro lado en el hueso alveolar organizadas en grupos de acuerdo a su dirección.

Grupo Transeptal o Interradicular. Se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino, Se reconstruyen incluso una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad parodontal.

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

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

Grupo Oblicuo. El grupo más grande del ligamento periodontal, se extiende desde el cemento algo apical, en dirección coronaria en sentido oblicuo respecto al hueso. Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

Grupo Apical. Se irradia desde el cemento hacia el hueso en el fondo del alveolo. No lo hay en raíces incompletas.

Otras Fibras. Haces de fibras bien formadas se interdigitan en ángulo recto o se extienden sin mayor regularidad alrededor de los haces de fibras de distribución ordenada y entre ellos.

Las fibras elásticas relativamente pocas, se insertan en el tercio apical de la raíz y rodean vasos.

En el tejido conectivo intersticial, entre los grupos de fibras principales, se hayan fibras colágenas que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

Elementos Celulares

Son los fibroblastos, células endoteliales, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, macrofagos de los tejidos y cordones de las células epiteliales, denominados restos epiteliales de Malasser o células epiteliales en reposo.

Los restos epiteliales forman un enrejado en el ligamento periodontal y aparecen ya como un grupo aislado de células ya como cordones entrelazados. Se distribuyen en el ligamento periodontal de casi todos los dientes, cerca del cemento y son más abundantes en el área apical y área cervical. Su cantidad disminuye con la edad por degeneración y desaparición, o se calcifican y se convierten en cementículos. Proliferan al ser estimulados y participan en la formación de bolsas periodontales al fusionarse con el epitelio gingival en proliferación.

Irrigación e Inervación

El aporte sanguíneo del ligamento parodontal, proviene de ramas de las arterias alveolares que penetran en los tabiques interdentarios por los canales nutricionales. Algunos se extienden desde los vasos pulpares antes de penetrar en diente otros llegan desde la encía.

Los linfáticos complementan el sistema de drenaje venoso, de la adherencia epitelial pasan al ligamento periodontal y acompañan a los vasos sanguíneos periodontales hacia la región

periapical, de ahí pasan a través del hueso alveolar hacia el conducto dentario inferior en la mandíbula o el conducto infra-orbitario en maxilar superior y al grupo submaxilar de nódulos linfáticos.

Su inervación es frondosa por fibras nerviosas capaces de transmitir sensaciones táctiles, de presión y dolor por vías trigeminas. Pasan al ligamento desde el área periapical y a través de canales del hueso alveolar.

Función Física. Transmite fuerzas oclusales al hueso, inserta el diente al hueso, mantiene los tejidos gingivales en su relación adecuada con los dientes, resiste al impacto de las fuerzas oclusales (absorción de choques), protege los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

Función Formativa. Las células del ligamento periodontal, participan en la formación y reabsorción del cemento y el hueso producidos durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación periodontal y las fuerzas oclusales, y en la reparación de lesiones.

Función Nutritiva y Sensorial. Prevee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía, mediante vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático. Su inervación confiere sensibilidad propioceptiva, sensitiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y desempeña un papel importante en el mecanismo neuromuscular que constrata la musculatura masticatoria.

El ancho del ligamento varía con la edad de la persona y con las demandas funcionales que ejercen sobre el diente.

CEMENTO

Es un tejido duro calcificado, es tejido conectivo especializado que cubre la superficie de la raíz anatómica. Sus funciones principales son: proteger la dentina radicular; dar fijación al diente en su sitio, por la inserción que toda su superficie da a la membrana periodontal; y compensa parcialmente el desgaste oclusal, ya que el cemento se forma durante todo el tiempo que el diente está en su alveolo.

Se compone de un 68 a 70% de sales minerales y de un 30 a 32% de sustancias orgánicas. Su color es amarillento y su superficie rugosa.

El espesor del cemento en dientes sanos aumenta toda la vida, más a nivel de ápice y menor en dirección coronaria. Disminuye o no aumenta igualmente en presencia de enfermedad periodontal.

En la compensación del desgaste oclusal, se deposita en forma continua, cemento en el ápice radicular y en las furcaciones.

El cemento se clasifica como primario (acélular, relativamente afibrilar), colocado en los dos tercios coronarios; y secundario (célular o acélular, conteniendo muchas fibras de colágeno incluidas), se forma principalmente en tercio apical.

En el cemento existen dos tipos de fibras colágenas: Las fibras de Sharpey, las cuales penetran en el cemento y en el hueso; y fibras colágenas que funcionan mejor en el sostén

del diente cuando se extienden más o menos perpendicular desde la superficie dentaria.

Los cementoblastos (formadores de cemento), están siempre presentes en la superficie del cemento; se encuentran inactivos en presencia de bolsas o cuando la encía está retraída. Las células que destruyen o remodelan al cemento se denominan cementoclastos, aunque la reabsorción relativamente es poca. Al igual que en el hueso, hay presencia de cementocitos con su acción cementolítica y cementoblástica.

El cemento es más blando que los demás tejidos duros del diente, y puede sufrir la acción abrasiva de algunos dentífricos o incluso haber caries en esa región.

HUESO ALVEOLAR

El proceso alveolar es la parte del maxilar superior e inferior que sostiene a los dientes y esta compuesta de: 1) Placa cortical compuesta de las superficies vestibular y oral; y 2) El hueso esponjoso que se halla entre estas placas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho. Ambos son mas gruesos en el maxilar inferior y caras linguales

Células Oseas: Los cambios de estructura son realizados por la actividad de los osteoblastos, que tienen la capacidad de depositar hueso nuevo. Los Osteoclastos, de las características de las lagunas de Howship, tienen la propiedad de reabsorber hueso, aquí también se hallan osteocitos que tienen función osteoclástica y osteoblástica.

El hueso se compone de fibras colágenas, sustancias fundamentales, y cristales de hidroxapatita.

Vitalidad del Hueso: Su aporte sanguíneo procede de ramas de la arteria alveolar, corren sobre las placas vestibular y lingual, y contribuyen a la irrigación de la encía y ligamento periodontal. Su aporte mayor viene de los vasos alveolares al centro del tabique, emitiendo ramas por lámina cribosa al ligamento. El vaso interdentario irriga el tabique y papilas.

La velocidad de remodelado del hueso alveolar es mas alto que en otros huesos, dentro de ciertos límites, a mayor función habrá mayor formación ósea; mientras que con menor función existiera una tendencia a disminuir el volumen o la densidad del hueso.

CAPITULO II

Las Enfermedades Gingivales son las manifestaciones patológicas presentes en encía.

GINGIVITIS MARGINAL CRONICA

Es la enfermedad más común de la encía. Afecta principalmente a la encía interdentaria y marginal; presentando cambios de color, tamaño, consistencia y textura superficial. Debido a condiciones locales que conducen a la acumulación de irritantes. Alteración más frecuente en la niñez. Puede ser generalizada o localizada.

Histopatología

Presencia de exudado inflamatorio y edema en la lamina propia gingival, cierta destrucción de fibras gingivales, ulceraciones y proliferación del epitelio del surco, Las bacterias y sus productos incitan una reacción inflamatoria en el tejido conectivo, como un mecanismo de defensa. Hay gran cantidad de plasmócitos y algunos linfocitos.

Etiología

Siempre tiene su origen en la irritación local como - placa bacteriana, cálculos, impactación de alimentos, restauraciones desbordantes o mal contorneadas o prótesis removibles - irritantes, superposición de inflamación aguda. Factores intrínsecos y extrínsecos, respiradores bucales. Ningun estado sistémico por sí mismo la causa, aunque puede agravarla.

En niños, su causa generalmente, es la higiene bucal insuficiente.

Características Clínicas

Coloración rojo intenso (magenta); es la causa más común de la hemorragia gingival (no tan intensa como en la inflamación aguda); puede ser más fibrosa; inflamación y con menor - frecuencia dolor.

Diagnóstico

Debe ser detectada en sus periodos incipientes.

Pronóstico

La eliminación de irritantes, un raspaje y curetaje - correctos, el perfecto pulido de las superficies dentarias, la adecuada técnica de control de placa, y la cooperación del paciente evitan residivas o el fracaso.

El no tratarla, invita a la destrucción de los tejidos periodontales y a la pérdida temprana de los dientes.

Tratamiento

Tan pronto como se detecte. Antes del desarrollo de - bolsas.

Raspaje y curetaje para eliminar bolsas periodontales ya que por lo general las lesiones se presentan juntas.

Hay que detectar y eliminar las fuentes de irritación local, teñir con solución reveladora, para localizar placa; y - sondear (# 17 o 21), para localizar pequeñas partículas de cálculos.

Sesión I

Motivar y enseñar, la importancia del control de placa y como conseguirlo. Demostrar su beneficio, sobre sus encías.

Sesión II

Hacer notar la mejoría y revisar al paciente el procedimiento para la eliminación de placa.

Se raspan los dientes para eliminar todos los depósitos, evitando dejar pequeñas partículas, sobre todo a nivel amelo cementario; y se pulen con pasta de piedra pómez fina o zircate mejorado.

El pulido es una medida preventiva importante contra la recidiva de la gingivitis. La placa, la causa más importante de la gingivitis y estadio inicial de formación de cálculos tiende a formarse con mayor rapidez sobre superficies asperas.

Sesión III

Examinar encías, se presta mayor atención a zonas inflamadas, se raspa nuevamente y se insiste en la técnica de control de placa.

Estos procedimientos se repiten, hasta lograr encías sanas.

Con excepción de la anestesia tópica, las drogas no tienen finalidad importante alguna en el tratamiento de la gingivitis crónica.

GINGIVITIS ULCEROSA NECROZANTE AGUDA (GUNA),
ENFERMEDAD DE VICENT o
BOCA DE TRINCHERAS.

Enfermedad infecciosa con lesiones necrotizantes ulcerativas en papilas interdentarias, hasta incluir la encía marginal y rara vez la encía insertada. De aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad sistémica debilitante; - por stress; presencia de bacterias "Borrelia Vincent", o ambos factores. La encía está dolorosa y sangrante. La lesión puede circunscribir uno, o varios dientes, o abarcar toda la boca. De mayor incidencia en adultos jóvenes y tiene gran tendencia a la residiva.

Histopatología

Microscópicamente, el epitelio escamoso estratificado de la superficie es destruido y remplazado por una pseudomembrana de fibrina, células epiteliales necróticas, leucocitos polimorfonucleares y varias clases de microorganismos (espiroquetas basilos fusiformes, borrelia vincent, entre otros). En el tejido conjuntivo subyacente, hay hiperemia intensa, numerosos capilares ingurgitados y un infiltrado denso de leucocitos polimorfonucleares.

Etiología

No es del todo conocida, se ha atribuido a:

-Bacterias: Fusospiroquetales, Borrelia Vincent.

-Factores Extrínsecos: Las gingivitis preexistentes, lesiones de encías, fumar, bolsas periodontales, impactación de alimentos, odontología defectuosa, descenso de la resistencia tisular, mal higiene, cualquier factor local capaz de producir inflamación gingival; aunque la GUNA, puede aparecer en bocas sana.

-Factores Intrínsecos: Enfermedades febriles, deficiencias nutricionales, leucemia, agranulocitosis, anemia, eritema multiforme, intoxicación metálica; por lo cual hay que investigar la presencia de una enfermedad sistémica.

-Factores Psicológicos: Es frecuente que la enfermedad se produzca cuando hay estados de tensión, perturbaciones psicológicas, estados emocionales.

Características Clínicas

Encía color rojo subido; hemorragia gingival espontánea o abundante ante un estímulo leve; dolor constante, irradado y corrosivo que se intensifica al contacto.

Hay destrucción progresiva de papilas interdentarias, encía y tejido subyacente. Las papilas interdentarias, la encía marginal o ambos, presentan cráteres socavados, cubiertos por una pseudomembrana de color gris o pardo amarillento, separado del resto de la mucosa gingival por una línea eritematosa definida.

Olor fétido, aumento de salivación sabor metálico, - sensación de dientes separados o como de madera.

Aumento leve de temperatura, linfadenopatias en estados leves. En estados graves hay complicaciones orgánicas: fiebre alta, taquicardia, leucocitosis, anorexia, decaimiento general, cefalea y transtornos gastrointestinales.

Diagnóstico

Se basa en hallazgos clínicos. Se puede hacer un fro^{ntis} bacteriano para el diagnóstico diferencial de infecciones específicas de la cavidad bucal como difteria, moniliasis, actinomicosis y estomatitis estreptococcica.

Pronóstico

De duración indefinida. Si no se realiza el tratamiento, puede tener por consecuencia, destrucción progresiva del periodonto y demudación de las raices, junto con intensificación de las complicaciones tóxicas generales (nona, meningitis, peritonitis furospiroquetal, infecciones pulmonares, toxemia y absceso cerebral mortal). Muchas veces su intensidad decrece y de^{semboca} en un estado subagudo. La enfermedad puede remitir espontáneamente sin tratamiento, sobre todo en pacientes con antecedentes de remisión y exacerbaciones repetidas; también es frecuente la repetición de la infección en pacientes ya tratados.

Tratamiento

Local. Alivio de la inflamación aguda, más tratamiento de la enfermedad crónica subyacente a las lesiones agudas o que hay en cualquier parte de la cavidad oral.

Sistemática.- De soporte, alivio de síntomas tóxicos generalizados, como fiebre y malestar.

Local

- I) Reducir los síntomas agudos (eliminación del proceso necrotizante)
- II) Eliminación del factor predisponente (restauración de la salud de los tejidos)
- III) Corrección de las deformaciones de los tejidos mediante Cirugia.

I)- En pacientes No ambulatorios, se limita a la limpieza suave de la membrana pseudonecrótica con una torunda de algodón saturada en agua oxigenada. Se le indican enjuagues con agua tibia y agua oxigenada al 3 por 100; se administra 250 mg. cada 4 horas de penicilina (tabletas) o 300,000 unidades intramuscular; o 250 mg. cada 4 horas de eritromicina.

En pacientes Ambulatorios y en los pacientes inicialmente no ambulatorios, que respondieron satisfactoriamente al tratamiento preliminar:

Primera Sesión

Se limita a las zonas más atacadas utilizando anestesia tópica. Se aíslan y se secan, se limpia con una torunda de algodón con agua tibia y/o agua oxigenada para retirar la pseudo membrana, abarcando zonas pequeñas y evitando hacerlo en forma de barrido. Se puede llevar a cabo también mediante un chorro de agua.

Se indica al paciente;

-Enjuagues vigorosos con agua caliente durante algunos minutos varias veces al día, en vez de agua caliente puede usarse peróxido de agua y 4 partes de agua tibia (su efecto puede ser la oxigenación o su efervescencia). La aplicación de Prox y Gel topicamente o Gly-Oxide, no debiendo abusar de los oxigenantes.

-Ingesta de vitaminas dos veces al día, proporciones que tengan 50 mg. de riboflavina y 150 mg. de ácido ascórbico.

-Cepillado suave con cepillo blando de nylon, estimulación interdientaria con palillos, hilo de seda dental.

-Evitar ejercicios físicos prolongados y exposiciones al sol.

Debera haber mejoría objetiva y subjetiva a las 24 horas.

Segunda Sesión

El dolor ha disminuido o desaparecido, ya no esta presente la pseudomembrana. Se cuestiona la posibilidad de realizar la tractectomía supragingival para eliminar los depósitos grandes y residuos que impiden la entrada a las endiduras y cráteres.

Se controlan los cuidados caseros: Eliminación de oxigenantes, disminución de enjuagues, se enseña procedimientos de higiene con cepillo multipenachos.

Sesiones Sucesivas (en la misma semana)

El paciente ya no presenta síntomas. Hay ciertas zonas eritematosas en las zonas atacadas, puede haber dolor al tacto.

Se acompleta la tractectomía, se pulen los dientes, se reexaminan las endiduras gingivales y cráteres, se valora la higiene bucal.

III) Corrección de la deformación de los tejidos: Es preciso posponer extracciones dentarias o cirugías gingivales extensas hasta cuatro semanas despues de la remisión de signos y síntomas. Si se llegara a requerir con urgencia, se hara utilizando la quimioterapia, para evitar bacteremias, septicemias o prolongación de la enfermedad. Penicilina procaínica G 300 000, una vez al día, 3 días; o 250 mg. vía bucal comenzando la noche anterior.

Hay que eliminar los capuchones de los terceros molares, otros nidos infecciosos. La enfermedad llega a persistir, dejando deformaciones de hueso, debiendo hacerse cirugía ósea y gingival para evitar residivas.

En períodos menstruales, la GUNA, tiende a exacerbar sus signos y síntomas.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA AGUDA

Inflamación virosítica común. Su lesión consiste en vesículas aisladas o múltiples (ampollas), que se rompen y forman úlceras abiertas, cubiertas por una membrana gris o amarilla y se pueden ver en cualquier zona de la mucosa oral. Nunca son marginales ni interdientarias. Es de instalación repentina generalmente por contagio directo o después de un procedimiento operatorio en la boca, por presión digital. Con incidencia en los meses de otoño e invierno. Se puede presentar en niños de 6 meses a 10 años, y con menor frecuencia en adultos jóvenes.

Histopatología

Las ulceraciones presentan inflamación en su parte central y diferentes grados de exudado purulento rodeado de una zona rica en vasos ingurgitados.

Microscópicamente, las vesículas presentan edema intra y extracélular, degeneración de células epiteliales. La base de las vesículas se compone de células epiteliales edematizadas de la capa basal y estriada. Su superficie esta formada por capas de células estreadas superiores del estrato córneo y granuloso. A veces se observan cuerpos de inclusión eosinófilos redondeados en los núcleos de las células epiteliales que bordean la vesícula. Según teorías actuales, los cuerpos incluidos pueden ser colonizados de partículas virales, restos protoplásmicos o ambos.

Etiología

Virus Herpes Simplex, transmitido generalmente por contagio directo con una lesión herpética activa.

La superficie de mucosa traumatizado por rollos de algodón o por presiones digitales en el tratamiento operatorio son lugares predilectos.

Características Clínicas

Inflamación difusa de color rojo intenso en toda la encía y la mucosa alveolar. Presencia de vesículas llenas de líquido amarillento o grisacio, con un margen rojo, en la mucosa bucal incluso en los labios, carrillos, paladar, amígdalas, faringe; algunas veces en el momento de su erupción se pueden observar en el rostro o en cualquier otra parte del cuerpo.

Irritación, afección de las glándulas submaxilar, dolor al ingerir alimentos o líquidos, sensibilidad al tacto o a variaciones térmicas.

Los hallazgos sistémicos son más pronunciados y aparecen primero: fiebre hasta 40°, debilidad, anorexia, pérdida de peso hasta 4 Kg. en una semana, cefalalgia, malestar general.

En niños pequeños la deshidratación se convierte en un problema específico.

Diagnóstico

Debe ser diferenciada de la GUNA, del eritema multiforme, liquen plano buloso, gingivitis descamativa, estomatitis aftosa, entre otras.

Pronóstico

Bueno. Su curso va entre 6 y 16 días, duración promedio de 11 días. Su curación es espontánea. Las lesiones bucales desaparecen en 5 o 6 días sin dejar cicatriz.

Es autolimitante y rara vez produce reacciones secundarias, aunque la exacerbación persiste toda la vida, ya que hay más de una cepa de herpes bucal.

Tratamiento

Es fundamentalmente de sostén y paliativo. Se darán analgésicos, pueden ser suficientes aspirinas o bufferin, administradas sistemáticamente (en adultos se receta la primera una dosis de 640 g. y 2 tabletas de la segunda, cada 3 horas, y en niños indicar dosis menores). Se pueden recetar emolientes como el "Orabase", o un dimulcente, como la leche de magnesio de uso local para aliviar el malestar de la cavidad bucal; así como aplicaciones de $ZnCl_2$ al 8%, fenol alcanforado, alcanfor, o soluciones de sulfonamidas.

Hay que indicarle dieta blanda y aumentar la ingestión de líquidos. Se puede conseguir el alivio del dolor temporal, para que el paciente pueda alimentarse, mediante buches anestésicos de clorhidrato de diclorina (Dyclore, sol. al 5%) diluida en partes iguales, durante 2 minutos, para producir un efecto anestésico de 40 minutos.

El uso de antibióticos sistemáticos para combatir infecciones secundarias (Auriomicina, 250 mg., 4 veces al día). La penicilina, esta contraindicada; prolonga la duración y agrava la evolución de la enfermedad.

OTRAS ENFERMEDADES VIRALES

HERPES LABIAL RECURRENTE, AMPOLLA FEBRIL o ULCERA POR FRIO.

Enfermedad viral con formación de vesículas frecuentemente en labios o en cualquier parte del tegumento, inflamación de encía. Trasmítida por contacto directo, con mayor pre dominio en edad de 1 a 5 años y en tez blanca.

Histopatología

La lesión se caracteriza por inflamación de las células infectadas, formación de células epiteliales multinucleadas y presencia de líquido vesicular y cuerpos de inclusión - Lepschutz.

Etiología

Herpes Simple, se halla latente. Las vesículas aparecen a la exposición solar, enfermedades febriles y suelen hallarse en relación con la menstruación en algunas mujeres.

Características Clínicas

Vesículas en labios "ampollas de fiebre", que se rompen fácilmente por fricción del bolo alimenticio; puede haber crecimiento de ganglios vecinos; inflamación de la encía y formación de vesículas.

Después del período de incubación, aparece fiebre, irritabilidad y dolor en la boca.

Los primeros síntomas apreciables son sensación de quemadura con sensación de plenitud de los labios sin lesiones aparentes.

Pronóstico

La úlcera se cubre con una costra persistente y dura por 6 o 10 días, antes de desaparecer, sin dejar cicatriz.

Las lesiones aparecen periódicamente, después de períodos de latencia.

Tratamiento

Paliativo.

HERPES ZOSTER

Es una enfermedad de adultos, en la cual aparecen vesículas rodeadas de una zona eritematosa definida, en áreas cutáneas limitadas a la distribución de un nervio sensorial específico (quinto par craneal), por el virus de la varicela. La transmisión se efectúa por contacto directo o por inhalación de gotitas de los exudados nasal o bucal.

Etiología

Virus de la varicela, su período de incubación es menor al de la varicela; 5 días a 2 semanas. Puede estar asociado a fátiga o malnutrición.

Características Clínicas

Cuando es atacado el quinto par craneal, aparecen manifestaciones bucales, además de las lesiones cutáneas. De dolor intenso de las lesiones. En complicaciones cuando se afecta maxilar, hay necrosis de hueso subyacente.

Las vesículas varían en tamaño y pueden aparecer - solas o en grupos sobre la mucosa de la boca y faringe. Están rodeados por una zona eritematoza y aparece antes de la erupción cutánea. Se traumatizan fácilmente con el bolo alimenticio y se ulceran. Se limitan a un lado del tronco o cara. Existe una reacción inflamatoria de las raíces de los ganglios nerviosos, que acompañan a la erupción vesicular.

Malestar general con fiebre.

Pronóstico

Las vesículas, rodeadas de una base eritematosa definida, aparecen en grupos, se rompen y curan gradualmente de 5 a 10 días.

Tratamiento

Paliativo.

ESTOMATITIS ESPIZOOTICA, GLOSOPEDA, ENFERMEDAD DE LA MANO, PIE Y BOCA

Enfermedad viral aguda y contagiosa, con presencia de fiebre, malestar y formación de vesículas en manos pies, mucosa bucal y labio.

Histopatología

Existe un período de incubación de varios días o semanas. Las células epiteliales infectadas contienen cuerpos de inclusión intranucleados, que se encuentran más frecuentemente antes del período de vesiculación. El tejido vecino está infiltrado con leucositos polimorfonucleados.

Etiología

Virus Coxsackie, grupo A, tipo 16. El hombre se infecta ocasionalmente con el virus mediante contacto directo con animales enfermos, bebiendo leche contaminada, no pasteurizada o comiendo carne de estos animales.

Características Clínicas

Las lesiones cutáneas que se presentan son de dos tipos: Una de vesículas indoloras en manos y pies (piel interdigital) y las vesículas que a veces van precedidas de una mancha rojiza, suelen encontrarse en la mucosa bucal, aunque también en la mucosa de los labios, faringe, paladar, lengua y en cía.

Las vesículas cuyo tamaño oscila entre 1 y 10 mm, se rompen y dejan una úlcera amarilla grisacea con eritema circun dante.

Sequedad de la boca, seguida de aumento de salivación prurito generalizado, adenopatias.

Pronóstico

Las vesículas se rompen en varios días, liberan un líquido infectante y estas lesiones se convierten en úlceras, finalmente cicatrizan sin formación de cicatriz propiamente dicha.

Tratamiento

No hay tratamiento específico.

MOLUSCO CONTAGIOSO

Enfermedad viral del epitelio que muy rara vez ataca a la membrana mucosa y se caracteriza por lesiones nodulares pequeñas, tienen orificios superficiales y redondeados.

Etiología

Molusco Contagioso

Características Clínicas

Las lesiones son de forma globular con bases anchas, pero cuando se agrandan son aplanadas y umbilicadas en forma circunscrita o agrupada en porción dorsal o en otra zona como labios.

Tratamiento

Responden a la terapéutica local, detienen su crecimiento al ser perforadas; en pocos días se deterioran y caen. En caso recurrente, se utiliza la desecación eléctrica, la cauterización o el descascar con un instrumento romo.

VERRUGA VULGAR

Lesión de 1 o 2 mm, comunmente localizada en lengua, mucosa bucal, de color blanco grisacio y puede sangrar profundamente si se le traumatiza, se adquiere por contagio digital.

Tratamiento

Se elimina por electrodisecación o electrocauterización. La aplicación tópica de papofilina en alcohol, es un medicamento eficaz.

LINFOPATIA VENEREA

LINFOGRANULOMA VENERIO

Unica enfermedad venérea causada por virus. Inicia con una papula pequeña, desaparece pronto; aparece la denopatia regional dolorosa y los nódulos supuran y forman cicatriz.

Características Clínicas

Su triada es: eritis, lesiones aftosas en boca y genitales y una prueba de Frei positiva.
Las lesiones bucales son ulceraciones superficiales pequeñas, levemente dolorosas con bordes no endureados.

Tratamiento

Aureomicina, por vía general, 250 mg. cuatro veces al día o sulfonamidas, 2 g. por día durante 10 a 14 días.

GINGIVITIS ALERGICA

La inflamación gingival aguda puede originarse en la reacción química o como consecuencia de sensibilidad o lesiones inespecíficas de los tejidos. En estados inflamatorios - alérgicos los cambios gingivales varían desde un simple eritema hasta formación de vesículas y úlceras.

Etiología

Diversos Alérgenos:

El uso indiscriminado de enjuagatorios bucales fuertes, la aplicación de tabletas de aspirina para aliviar el dolor dentario, el uso imprudente de drogas escaróticas y el contacto accidental con drogas como fenol o nitrato de plata son ejemplos comunes de irritantes químicos en la encía.

El monómero del acrílico, puede provocar sensibilidad; metales como cobalto, níquel, plata y mercurio; los adhesivos dentarios, las gomas de mascar, los lápices labiales.

Se observa también en obreros de industrias que emplean productos químicos, gases como amoníaco, cloro, bromo y polvo metálico.

Características Clínicas

Son raras las reacciones en la boca por contacto químico. La mucosa bucal es resistente a la sensibilización y muy poco reactiva. Si la boca es atacada, en la zona periodontal aparece una dermatitis, pero la aplicación intraoral de un alérgeno al cual el enfermo sea sensible, muy a menudo causará tan sólo una reacción en la región periodontal.

Algunos enfermos pueden hipersensibilizarse a la penicilina desarrollando reacciones alérgicas, aparte de un choque anafiláctico. Las reacciones de hipersensibilidad comprenden toda una serie de erupciones cutáneas, edema angioneurótico y alteraciones orales; otras reacciones tardías son la lengua pilosa y la glotis atrofica.

Diagnóstico

Por medio de la prueba de Parche. Se lleva a cabo en el mismo ambiente en que se presume ocurrió la reacción alérgica.

Tratamiento

Retirar el agente alérgeno.

0

GINGIVITIS INESPECIFICA
GRANULOMA PIOGENO

Es un agrandamiento gingival de aspecto tumoral, que se considera como una respuesta condicionada exagerada a un -traumatismo pequeño, en forma de un exceso de tejido de granulación, no relacionado con ningun agente infeccioso específico.

Histopatología

El granuloma piogeno se presenta como una masa de tejido de granulación con infiltrado celular inflamatorio crónico. Las características mas notables son la proliferación endotelial y la formación de numerosos espacios vasculares. El epitelio superficial es atrófico el algunas zonas e hiperplásico en otras. Son allazgos comunes la ulceración de la superficie y el exudado.

Etiología

Irritantes Locales
(Química, mecánica, térmica).

Características Clínicas

La lesión varia desde una masa circunscrita esférica de aspecto tumoral con una base pediculada, hasta un agrandamiento aplanado de aspecto queuloide de base ancha. Es rojo o -pulpura brillante; las más de las veces presenta úlceras superficiales y exudado purulento.

La lesión tiende a evolucionar expontáneamente, para convertirse en el papiloma fibro epitelial, o persistir inaltable relativamente por varios años.

Tratamiento

Consiste en la eliminación quirúrgica de las lesiones, y suprimir los factores irritantes locales.

TUBERCULOSIS

Infección endémica, carente de sintomatología en la mayoría de las personas, pudiendo afectar cualquier parte de la economía. Producida por el *Micobacterium Tuberculoso*. La Tuberculosis intra oral puede manifestarse de distintas formas según la fase en que se encuentre (Chancro de Ghan o lesión -- primaria, Lupus Vulgaris y Tuberculosis miliar ulcerada).

Lesión Primaria

En organismos que no han sido previamente infectados o no inmunes con más frecuencia en niños y adultos jóvenes.

Características Clínicas.

La infección incide en la encía, seguida de la faringe, la úlcera tiene forma de crater y es indolora, con una base grasosa y bordes que sangran facilmente, puede estar rodeada por un edema duro. Cura al cabo de 10 días dejando una cicatriz escasamente visible. Linfadenopatía submandibular asintomática, agrandamientos de linfáticos.

Lupus Vulgar

Enfermedad secundaria que afecta piel y mucosa originada por diseminación hematogena o linfática o por propagación directa. La cara es la región afectada con mayor frecuencia.

Características Clínicas

Las lesiones se diseminan y se extienden dentro de la cavidad bucal y abarcan labios, mucosa bucal, encías larínge y lengua, apareciendo pequeñas lesiones rojizas nodulosas o papilomatosas, puede ulcerarse o infectarse secundariamente.

Tuberculosis Miliar Ulcerada

Las úlceras tuberculosas se forman por inoculación a partir de los pulmones y mediante la tos.

Características Clínicas

La localización es mas frecuente en lengua y fisuras, las úlceras se desarrollan con rapidez originando tumefacción superficial blanda y muy dolorosa.

Histopatología

Las características tuberculosas bucal son semejantes a las de cualquier otra parte del cuerpo. La lesión principal es un granuloma con tuberculos múltiples compuestos de células epiteloides, células gigantes de Lang Hans y linfocitos situados perifericamente.

Etiología

Mycobacterium Tuberculosis.

Se supone que la lesión tuberculosa de la mucosa bucal, sea el resultado de una desiminación hematogena de los bacilos desde un foco situado en otra región del organismo, debido a que la mucosa bucal posee una elevada resistencia frente a la invasión por el báculo de Koch.

Características Clínicas

Por lo general son ulceraciones con un perfil irregular y bordes escabados, cubiertos por una capa fibrosa amarillo grisáceo, localizada mas frecuente en el dorso de la lengua, se guida del paladar y de encía. Rara vez se localiza en papilas interdentarias, puede producir osteomielitis tuberculosa.

Dolor durante la ingestión de alimentos, trismus, parestesias en labio inferior y crecimiento de los ganglios linfáticos del cuello. Cuando la infección profundiza, el hueso se necrosa y aparecen fístulas drenando pus con pequeños secuestros hacia la boca o la piel.

Diagnóstico

Es necesario practicar una biopsia, un hemo-cultivo, análisis tisular.

Tratamiento

Las lesiones bucales pueden tratarse sintomaticamente y el paciente ha de observar estrictamente la higiene bucal, para evitar la diseminación de la enfermedad.

Depende en parte si hay o no lesiones pulmonares. En pacientes con tuberculosis generalizada puede emplearse hidroeis treptomycinina, ácido paraminosalicílico e isoniacina.

SIFILIS

Infección inespecífica crónica del organismo. Enfermedad venérea, aunque puede transmitirse por contacto directo. Muestra brotes epidermódicos periódicos sin llegar a desaparecer.

Etiología

Espiroqueta *Treponema Pallidum*.

Su transmisión es de persona a persona con mayor intensidad en su segundo estadio. Puede transmitirse por maniobras intraorales.

Estadio Primario

Señalado por la presencia del Chancro, aparece un infiltrado inflamatorio, erosivo o ulcerado en el lugar de inoculación, entre la segunda y sexta semana después de la entrada de la espiroqueta.

El Chancro maduro es un nódulo redondo u ovalado, indoloro, duro, rojo marronoso que se ulcera en casi toda la superficie; la base de la úlcera es brillante y ofrece un aspecto limpio y "claro". Se observa en labios (cubierta de una costra), punta de la lengua, amígdalas, encías u otras partes de la cavidad oral. Existe tumefacción indolora de los ganglios regionales.

El chancro cura al cabo de algunas semanas.

Estadio Secundario

Caracterizado por erupción cutánea y parches mucosos de 8 a 10 semanas después de haberse producido el contagio. Puede iniciarse con fiebre moderada, ronquera y disfagia, las amígdalas tumefactas, rojo opalescente, afectando el paladar blando. Los parches mucosos son levemente elevados bien demarcados, blanco grisáceos, con una superficie lisa brillante rodeada de un alo eritematoso. Dura unas cuantas semanas, pero las exacerbaciones pueden seguir ocurriendo en meses o años.

Todas las lesiones húmedas de la sífilis secundaria son altamente contagiosas y representan una fuente peligrosa de infección.

Las lesiones en lengua ofrecen un cuadro más clásico placas rojizas, redondas, múltiples simétricas y no induras.

Estadio Terciario

Incluye lesiones viserales, cutáneas y bucales. Los dos tipos de infección en la cavidad bucal son gomatosas, proliferación de tejido epiteloidal en el cual no hay espiroquetas. Evoluciona lento, relativamente indoloro, al ulcerarse produce una secreción sangrante aspera en lengua y paladar; la intersticial más común en lengua, la transforma en lisa, roja y brillante, arrugada "lengua pelada".

Las dos lesiones dejan alteraciones secundarias, perforaciones del paladar duro y blando, y glositis intersticial respectivamente.

Diagnóstico

Examen clínico, histológico y pruebas serológicas.

MONILIASIS
CANDIDIASIS
ALGODONCILLO

Es una enfermedad de la infancia y llega a presentarse en adultos debiles o diabéticos. Puede ser difusa o localizada como una queilosis angular.

Etiología

Hongo levaduriforme Candida Albicans.

La virulencia de las infecciones son favorecidas por la edad, status hormonal, carencia de dientes, dentaduras mal adaptadas y en general defensas organicas disminuidas.

Características Clínicas

Aparece en cualquier parte de la mucosa como un parche aislado de color blanco cremoso, adherente y al ser retirado dejan puntos sangrantes. El paciente aqueja tumefacción - hipersensibilidad y dolor en la mucosa oral en los puntos de contacto dentario.

Las infecciones desembocan en una lesión granulomatosa. En la moniliasis crónica las manifestaciones bucales van acompañadas de lesiones en uñas y piel.

Diagnóstico

se basa en la historia, aspecto clínico y estudios microscópicos.

Pronóstico

La candidiasis bucal, suele ser una enfermedad localizada, pero a veces se extiende a faringe o hasta pulmones, y entonces suele ser mortal.

Tratamiento

Nystatin y anfotericina B, por vía general o tópica. Violeta de genciana y solución de lugol.

PIOSTOMATITIS VEGETANTE
PIODERMIA VEGETANTE,
DERMATITIS VEGETANTE.

Se describe como un síndrome en el cual las lesiones orales son acentuadas y en ocasiones se presentan asociadas a lesiones cutáneas y colitis ulcerosa. Se caracteriza por la aparición sobre la piel de pústulas o vesiculopústulas, agrupadas que posteriormente se convierten en placas vegetantes.

Histopatología

Hay hiperqueratosis y acantosis pronunciada con ensanchamiento y alargamiento de los brotes epiteliales, el tejido conectivo presenta un proceso inflamatorio granulomatoso con abscesos miliares internos, degeneración del epitelio y focos de necrosis superficial.

Etiología

No definida

Se estima que es debido a una infección secundaria relacionada con otros factores, o un tipo del proceso pénfigo vegetante.

Características Clínicas

Vegetación que se desarrolla en una zona de intenso eritema. Las vegetaciones de color rojizo, presentan a menudo pequeñas zonas amarillas elevadas (pústulas) de las que puede exprimirse un material purulento. Se observan en la mucosa bucal, de los labios, paladar y encía. En ocasiones las alteraciones orales consisten en finas zonas punteadas de necrosis.

Presencia de dolor y disfagia.

Pronóstico

La enfermedad tiende a la cronicidad y es resistente al tratamiento.

Tratamiento

No hay tratamiento específico.

La terapéutica con hierro, hígado y vitaminas es valioso.

DERMATOSIS QUE AFECTA A LA ENCÍA

LIQUEN PLANO LIQUEN ROJO PLANO

Enfermedad inflamatoria de la piel, caracterizada por papulas anguladas violáceas brillantes. Es una enfermedad de - adultos.

Histopatología

Su aspecto microscópico es característico y patognómico. Incluyen hiperqueratosis o hiperortoqueratosis con engrosamiento de la capa granular, acantosis con edema intracelular de las células espinosas, en algunos casos aspecto de diente de sierra de los brotes epiteliales, necrosis o degeneración por licuefacción de células basales con la aparición de una delgada banda de coágulo eosinófilo en lugar de estas y, por último inflamación de linfocitos y algunos plasmocitos en la capa subepitelial de tejido conectivo.

Etiología

Desconocida.

Hay intervención de factores psicossomáticos, aparece en personas nerviosas y sumamente tensas.

Características Clínicas

Se produce en la piel o en la boca sobre la mucosa, lengua, superficie vestibular de la encía, el paladar duro y el labio inferior. Las lesiones son simétricas y tienden a ser dentríticas y papulales. Las ampollas rojo brillante, - que son muy dolorosas y se irritan con facilidad al contacto con alimentos calientes o condimentados.

Pronóstico

El curso de la enfermedad es largo de meses a años, y sufre períodos de remisión seguido de exacerbaciones.

Tratamiento

La administración de bismuto, dos tabletas 3 veces diarias, es una forma difundida de tratamiento. Asimismo, se usaron con cierto éxito drogas tranquilizantes, vitaminas y antibióticos.

PENFIGO

Enfermedad cutánea grave que se caracteriza por la presencia de vesículas y ampollas pequeñas o grandes que se producen en ciclos, aparece antes de los 30 años.

Histopatología

Formación de una vesícula intraepitelial inmediatamente sobre la capa basal, lo cual produce una división suprabasilar típica. El edema prevesicular debilita esta unión y los puentes intercelulares del epitelio desaparecen, encontrándose células epiteliales libres dentro del espacio vesicular denominadas células Tzanck, caracterizadas por cambios degenerativos que incluyen la hinchazón de núcleos y pigmentación hiper Cromática.

Etiología

Desconocida.

Características Clínicas

Rápida aparición de vesículas y ampollas de tamaño variable que contienen líquido acuoso poco espeso, el cual puede convertirse pronto en purulento o sanguíneo. La boca suele ser el sitio de primera manifestación de la enfermedad y son similares a las cutáneas, presenta también el signo de Nikolsky y puede ser denudada por el agrandamiento periférico de la erosión, no hay zona bucal inmune a la lesión. Sangran con facilidad y son dolorosas. La salivación es profusa.

Pronóstico

Ciertos tipos remiten esporádicamente y otras formas son casi invariablemente mortal.

Tratamiento

No hay tratamiento específico, aunque los corticosteroides y los antibióticos para la infección secundaria, producen remisión notable de la enfermedad.

ERITEMA MULTIFORME
ERITEMA MULTIFORME EXUDATIVO
SINDROME DE STEVENS-JOHNSON

Enfermedad cutanea inflamatoria que afecta piel y -
cavidad oral. Las lesiones patognomónicas tienen forma de -
blanco iris con una vesícula central o bula rodeada de una -
zona urticorial, se produce principalmente en adultos jóvenes.

Histopatología

Su aspecto microscópico no es usado para diagnóstico.

Etiología

Desconocida.

El agente desencadenante más común es la infección
por herpes simple que precede a la aparición del eritema multi
forme entre 1 y 3 semanas.

Características Clínicas

Presencia de máculas asintomáticas, circuscritas e
intensamente eritematosas.

Puede ser enunciada por fiebre, precedida de un en-
friamiento, y la duración de un episodio es de diez días a -
varias semanas.

Las lesiones en boca son dolorosas, entorpeciendo -
la masticación y deglución, éstas presentes en forma difusa.

Tratamiento

No hay tratamiento específico, aunque en algunos -
casos la ACTH, cortisona y clorotetraciclina han dado resulta
dos promisorios.

LUPUS HERITEMATOSO

Es una de las enfermedades del colageno. La distribución característica en forma de mariposa de las lesiones en la cara es un indicio de diagnóstico.

Etiología

Desconocida.

Hay indicios que sugieren que los factores genéticos desempeñan un papel en la patogenia de individuos predispuestos en tanto que las alteraciones hematológicas y serológicas, señalan una anomalía inmunológica.

Características Clínicas

Las lesiones bucales aparecen en forma discoide algo elevadas, pero con mayor frecuencia unidas. Pudiéndose originar úlceras dolorosas superficiales con costras o hemorrágicas sin escamas verdaderas. Puede producirse xerostomía.

Las lesiones cutáneas consisten en placas eritematosas, de distribución en forma de mariposa abarcando cuello brazos, hombro y dedos. Pueden producir picazón, ardor y zonas de hiperpigmentación.

En riñon se produce el engrosamiento fibrinoide de los capilares glomerulares provocando insuficiencia renal. El corazón puede sufrir endocarditis atípica, así como la degeneración fibrinoide del miocardio y epicardio.

Tratamiento

Inespecífico.

Sin embargo en casos agudos, se consiguen remisiones con corticosteroides o medicamentos antimaláricos o ambos.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA GINGIVOSIS

Afección rara que ataca a las encías papilar, marginal e insertada, y rara vez mucosa alveolar y del paladar. Presenta zonas irregulares en toda la encía de color rojo vivo, lisas y brillantes. Al frotar la encía con el dedo, con un rollo de algodón o un chorro de aire puede desprenderse el epitelio superficial, dejando una zona sangrante y dolorosa de tejido conectivo expuesto. En casos graves, la encía se cubre de múltiples zonas vivas sangrantes sobre un fondo de eritema expuesto. Las lesiones comienzan como vesículas. Es más frecuente en mujeres menopáusicas.

HISTOPATOLOGIA

Los cambios patológicos varían en los diferentes individuos y se agrupan en dos clases principales:

En el tipo liquenoide hay atrofia del epitelio y falta de queratinización. No hay papilas de tejido conectivo, el epitelio está edematizado y los espacios intercelulares ensanchados. Las células basales presentan destrucción lítica.

En el tipo buloso hay remplazo masivo del tejido conectivo reticular y papilar por un exudado inflamatorio de edema, fibrina y leucocitos. Se forman ampollas subepiteliales grandes en la unión del tejido conectivo con el epitelio, elevándolo. Hay edema intercelular en la capa epitelial basal y en el resto del epitelio está intacto.

Etiología

Desconocida.

Se atribuye a una alteración del metabolismo de la sustancia fundamental y de la membrana basal, y relacionada a la hormona sexual. (mujeres menopáusicas).

Características Clínicas

En su forma más leve hay eritema difuso de la encía, es indoloro y cambio de color generalizado.

En formas más moderadas, las encías son rojas, tumefactas y de aspecto brillante, a veces son vesículas múltiples y muchas zonas desnudas superficiales que tienen una superficie conectiva sangrante expuesta. Si a las encías no ulceradas se les da masaje, el epitelio se desprende dejando una superficie viva y sangrante.

Los pacientes experimentan una sensación de ardor, que se agrava con los condimentos, alimentos ácidos y bebidas carbonatadas. Tienen sabor salado y en raras ocasiones sufren dolor espontaneo. El cepillado es imposible por el dolor y el sangrado que produce.

Diagnóstico

Es preciso diferenciarla de la estomatitis estreptococcica aguda, el penfigo vulgar y determinadas afecciones metálicas.

Tratamiento

Local, consiste en raspaje y curetaje, y eliminación de todas las formas de irritación local, se enseña el control de placa, evitando el descamamiento de encía. Se han registrado buenos resultados al complementar el raspaje y curetaje con Kenalog tópico en Orabase (triacinalona).

Los enjuagues con agua oxigenada están contraindicados.

El tratamiento sistemático, los corticoides se usan para complementar el tratamiento local, alivian el dolor y mejoran las respuestas gingivales, pero los resultados son impredecibles, son contraindicados en pacientes predispuestos al cáncer.

GINGIVITIS ATROFICA SENIL
GINGIVOESTOMATITIS MENOPAUSICA

Las lesiones aparecen durante la menopausia o en el periodo posmenopausico, hay dolor, sequedad, ardor y sensibilidad a los cambios de temperatura; algunas veces presentan fisuras dolorosas, erosion o vesiculas.

Histopatologia

Presenta la atrofia de las capas celulares germinal y estrellada del epitelio, y en ciertos casos zonas de ulceracion.

Etiologia

Edad del paciente (menopausia), aunado a factores locales. Otros factores etiologicos posibles de los sintomas son deficiencia de vitamina, diabetes, anemia y transtornos psicicos.

Caracteristicas Clinicas

La encia y el resto de la mucosa bucal son secas y brillantes el color varia entre la palidez o el enrojecimiento anormal y sangra facilmente. En algunos casos se observan fisuras en el pliegue mucobestibular y cambios comparables en la mucosa marginal. El paciente se queja de una sensacion de ardor y sequedad en toda la cavidad bucal, junto con una sensibilidad extrema a los cambios termicos, sensacion de salado picante o agrio.

Tratamiento

La inflamacion gingival marginal se trata con raspaje y curetaje. La aplicacion topica de Kenalog en Orabase se aplica sobre erosiones superficiales y fisuras 3 veces al dia despues de cada comida, alivia el dolor. La administracion de estrógeno, para calmar el dolor por via bucal 1 mg. de estelbistral diariamente. Por lo comun los sintomas remiten en 10 dias. En pacientes portadores de protesis se revisan estas para controlar fuentes de irritacion. Se puede cubrir su base de crema Primarin 1.25 mg. de estrógeno conjugado por grasa - 3 veces al dia despues de la comida, evitando el dolor alrededor de 30 minutos y a largo plazo estimulan la hiperplasia epitelial para que la mucosa pueda soportar la presion de la protesis. A veces los sintomas remiten por un tratamiento intensivo con el complejo de vitaminas B.

PENFIGO BENIGNO DE LA MEMBRANA MUCOSA
PENFIGOIDE, PARAPENFIGO.

Caracterizado por la formación subepitelial de ampollas que se limitan a la mucosa bucal, comienzan como bulas - flácidas que se rompen y dejan erosiones que curan con lentitud en personas con más de 60 años.

Histopatología

Se caracteriza con el infiltrado leucocitario denso del tejido conectivo hay vesículas subepiteliales y separación del epitelio del tejido conectivo inflamado.

Etiología

Desconocida

Características Clínicas

Las lesiones abarcan encías y otras áreas de la mucosa (paladar, piso de boca). La encía presenta enrojecimiento difuso, dolor o no hemorragia fácil. Se dificulta la higiene bucal y la gingivitis crónica complica el cuadro.

Diagnóstico

Difiere del pénfigo vulgar en que las lesiones bucales son mas leves pero puede ser intermitente y de muchos años de duración.

Pronóstico

El índice de mortalidad no es elevado, y puede haber remisión espontánea.

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad consiste en la administración de corticosteroides por vía sistemática.

La pomada tópica de Kanalog, alivia la sintomatología.

Se emplea Dyclore al 0.5 x 100, diluido como enjuague, para producir anestesia, permitiendo al paciente comer.

La afección mejora considerablemente a la eliminación de efectos complicantes de la inflamación de la encía marginal causada por la irritación local.

GINGIVITIS EN EL EMBARAZO

Inflamación leve o grave. Durante el embarazo se -
acentua la respuesta gingival a los irritantes locales y produ-
ce un cuadro clínico diferente del que produce en personas no
embarazadas, por lo general aparece en el segundo trimestre, -
avanzando un máximo en el octavo mes.

Histopatología

Proliferación del epitelio del tejido conectivo célu-
lar y células endoteliales. Como característica particular la
proliferación vascular.

Etiología

Los irritantes locales causan la gingivitis. El emba-
razo es un factor modificador secundario. Durante el primer -
trimestre por la elevación de gonadotrópinas y en el tercer -
trimestre los niveles son altos de estrógeno y progesterona.

La destrucción de mastocitos gingivales por el aumen-
to de las hormonas sexuales y la consiguiente liberación de -
histamina y enzimas proteolíticas, también pueden contribuir a
la respuesta inflamatoria.

Características Clínicas

Existe gran vascularización, color rojo vivo; la en-
cía marginal y papilar están edematizadas, sangra al más leve
contacto, los pacientes experimentan un ligero color. General-
mente se confina a las papilas. Hay hiperplasia gingival en -
zonas localizadas "Tumores del Embarazo".

El embarazo aumenta la movilidad dentaria, la profun-
didad de la bolsa y líquido gingival.

-Pronóstico

Generalmente hay reducción de la sintomatología gin-
gival en el noveno mes de la gestación.

Los tumores del embarazo y el estado gingival agrava-
do tienen tendencia a disminuir espontáneamente después del -
parto, pero puede producirse en embarazos posteriores.

Tratamiento

Se insiste en:

- 1) La prevención de la enfermedad antes de que se -
produzca.
- 2) El tratamiento de la enfermedad gingival existen-
te, antes de que empeore.

Todas las pacientes deben ser vistas en el período -
más temprano posible de su embarazo, para ser examinadas reti-
rando factores irritantes, tratar enfermedades gingivales e in-
tensificar el control de placa.

La inflamación del agrandamiento gingival se trata con raspaje y curetaje.

El tratamiento de los agrandamientos gingivales de aspecto tumoral, consiste en la excisión quirúrgica más el raspaje y alizado de las superficies dentarias.

La cirugía periodontal esta contraindicada, excepto en lesiones que no puedan ser tratadas de otra manera, - tratandose en forma paliativa durante el embarazo y hacer la cirugía despues del parto.

Es importante tener en cuenta que la intensidad de la enfermedad gingival desaparece despues del parto, pero - que los tejidos no se normalizan.

GINGIVITIS DE LA PUBERTAD

Es una respuesta exagerada de la encía a la irritación local, durante el comienzo de la pubertad.

Histopatología

El tejido revela hiperplasia inflamatoria con acusada proliferación endotelial y dilatación vascular. La lesión presenta a veces zonas focales o difusas de necrosis e infiltración neutrófila que se caracteriza como granuloma piógeno.

Etiología

Esta alteración coincide con una higiene bucal deficiente y localización de irritantes locales, antes o en la pubertad.

El incremento de la secreción de gonadotropina y estrógeno durante la pubertad, se manifiestan en los tejidos gingivales en mujeres en forma de una reacción hiperplásica.

Características Clínicas

Inflamación pronunciada, color rojo oscuro purpura. La hemorragia puede ser notable durante el cepillado y la masticación, presencia de edema y agrandamientos.

Pronóstico

Suele desaparecer al culminar la adolescencia, - haber residuos o empeorarse por un tratamiento deficiente.

Tratamiento

Eliminar irritantes locales y adecuado control de placa.

El agrandamiento gingival en la pubertad se trata por raspaje y curetaje.

GINGIVITIS EN LA DEFICIENCIA DE VITAMINA C (DEFICIENCIA DE ACIDO ASCORBICO)

La vitamina C, produce alteraciones en los tejidos - de origen mesenquimátoso. La incapacidad de los tejidos de sostén para producir y mantener sustancias intercelulares. Diátesis, hemorragia y retardo de la cicatrización de heridas.

Histopatología

En esta enfermedad los osteoclastos no forman osteoide. Se observa hiperemia de los vasos capilares con extravasación eritrocitaria. El ligamento periodontal esta alterado por la lisis del colágeno y presenta acumulación de liquido. Puede encontrarse pulpas hiperémicas, hemorrágicas o atróficas.

Etiología

La deficiencia de Vitamina C, suele ser consecuencia de la inadecuada ingestión de alimentos que la contienen, se precede a tres meses despues de la carencia de Vitamina C en la dieta, tiempo en que ocurre el agotamiento de las reservas orgánicas.

Características Clínicas

Todos los síntomas bucales se producen en presencia de irritantes locales: Agravando la respuesta gingival y empeorando el edema, el agrandamiento, la hemorragia; disminuyendo al corregir deficiencias.

Presenta enrojecimiento gingival y hiperplasia gingival exagerada.

Osteoporosis, pérdida ósea alveolar, movilidad dentaria, edema y hemorragia en el ligamento periodontal, sensibilidad en la articulación temporo mandíbular.

Fatiga, jadeo, letargia, pérdida de apetito, delgadez, dolores fugases en articulaciones y miembros, Petequias en la piel, epítasis, equimosis, hemorragia dentro de los músculos y tejidos profundos, hematuria, edema de tobillos, anemia, mayor susceptibilidad a infecciones y la lenta cicatrización.

Diagnóstico

Se basa en el nivel de ácido ascórbico en el plasma, el nivel de vitamina C en la fracción Leucocito-Plaqueta, de la sangre es un indicador más fidedigno del estado nutritivo - de los tejidos con respecto a la vitamina C.

Tratamiento

Los niveles de ingesta que proporciona la máxima concentración plasmática son de 1.5 a 2 mg. por Kg. de peso corporal. 70 mg. por día para hombres de 70 Kg, mujeres de 56 Kg.; - 100 mg. para mujeres embarazadas y en períodos de lactancia - 40 mg. en niños menores de 1 año y de 70 a 80 mg. para adolescentes.

Las fuentes dietéticas de vitamina C, son las frutas frescas.

LEUCEMIA AGUDA

Se caracteriza por una proliferación anormal de los leucocitos en los órganos hematopoyéticos, puede ser aguda - más común en niños y adultos jóvenes; o crónica en adultos de mediana edad.

Los tipos más corrientes son mieloide, linfáticos y monocítica.

Histopatología

La encía presenta un infiltrado denso difuso con - predominio de leucocitos inmaduros, tanto en la encía marginal como insertada. Los componentes del tejido conectivo normal de la encía normal son desplazados por células leucémicas siendo más densa en capa reticular que en tejido conectivo.

En casi todos los casos, la capa capilar contiene - leucocitos. Los vasos sanguíneos están dilatados y contienen predominantemente células leucémicas. Las células rojas sanguíneas disminuyen. El epitelio presenta cambios, puede estar adelgazada o hiperplásica. La degeneración junto con el edema intercélular e intracelular, infiltración leucocitaria con menor queratinización, son hallazgos comunes.

En la leucemia crónica, existe remplazo de médula - grasa normal de los maxilares por islas de linfocitos maduros o infiltrado leucocitario de encía marginal.

Etiología

Desconocida.

En todas las formas de leucemia, la irritación local es el factor desencadenante de los cambios bucales.

Características Clínicas

Hiperplasia gingival, hemorragia, petequias, ulceraciones de la mucosa, encías blandas edematosas de color rojo intenso, sangran fácilmente, aflojamiento de dientes por necrosis del periodonto.

Leucemia Aguda, su aparición es súbita, caracteriza da con debilidad, fiebre, cefalea, tumefacción generalizada - de los ganglios, linfáticas hemorrágicas, equimosis de piel - mucosa, signos de anemia, linfadenitis, agrandamientos de - baso, hígado y riñón.

Leucemia Crónica, origen indicioso, son menos perceptibles los síntomas de la leucemia aguda. El curso prolongado permite la explenomegalia, hepatomegalia, el agrandamiento de glándulas salivales, amígdalas con subsecuente xerostomía.

Pronóstico

Es invariablemente mortal, es una verdadera neoplasia maligna. Segun el curso de la enfermedad, la supervivencia promedio es de 6 meses a 2 años,

Tratamiento

No hay tratamiento curativo para la leucemia, todos los casos son mortales, puede ser atenuada por medios quimioterapéuticos

AGRANDAMIENTOS INFLAMATORIOS

Pueden ser consecuencia de alteraciones inflamatorias crónicas y agudas.

Agrandamientos Crónicos

Local o General: Abultamientos de encía, que cubre - parte de las coronas. Su crecimiento es lento e indoloro, salvo complicaciones con infecciones agudas o traumas.

Circunscrita: Se asemeja a un tumor, localizada en - cualquier parte de la encía, de crecimiento lento e indolora - disminuyen espontáneamente de tamaño y reaparecen.

Histopatología

Líquido inflamatorio y exudado celular, degeneración del epitelio y tejido conectivo, neoformación de capilares, engurgitación capilar, hemorragia, proliferación del epitelio y tejido conectivo, nuevas fibras de colágena.

Etiología

Irritación local Prolongada.

Tratamiento

Retirar irritantes locales.

Los agrandamientos inflamatorios crónicos que son - - blandos y presentan cambio de color por edema e infiltrado celular, se tratan por raspaje y curetaje, siempre que el tamaño - del agrandamiento no impida la eliminación completa de los depósitos de las superficies dentarias afectadas.

Puesto que la mayor parte de los agrandamientos gingivales inflamatorios constan de componentes fibrosos que no se - retraen después del raspaje y curetaje, la gingivectomía es el tratamiento de elección.

En los agrandamientos inflamatorios de aspecto tumoral, se hace el raspaje y curetaje y gingivectomía local a la - zona circunscrita.

Agrandamientos Inflamatorios Agudos.

Absceso Gingival. Lesión localizada, dolorosa, de exposición e instalación rápida. Se limita al margen gingival o papila interdentaria. Se presenta como hinchazón roja, lisa y brillante entre las 24 y 48 horas, es fluctuante y punteaguda - exudado purulento, los dientes vecinos son sensibles a la percusión.

Histopatología

Foco purulento en tejido conectivo, rodeado de infiltrado difuso de leucocitos polimorfonucleares, tejido edematizado e ingurgitación vascular. El epitelio presenta grados variables de edema intra y extracelular, invasión de leucocitos y úlceras.

Etiología

Irritación de cuerpos extraños como cerdas de cepillo de dientes, cascara de manzana introducidas a la encía por la fuerza.

Tratamiento

Bajo anestesia tónica, se incide la zona fluctuante - con bisturí de Bard-Parker y se ensancha suavemente la incisión - para facilitar el drenaje, se limpia con agua tibia y se cubre con un apósito de gasa. Se indica al paciente enjuagues con - agua tibia cada dos horas.

Al día siguiente la lesión suele estar disminuida de tamaño y sin síntomas.

Se aplica anestesia tónica y se raspa y curetea la - zona. Si el tamaño residual es grande, se elimina quirúrgicamente.

AGRANDAMIENTO HIPERPLASICO NO INFLAMATORIO
HIPERPLASIA GINGIVAL

Es un crecimiento excesivo causado por los elementos del tejido fibroso de la encía, una hiperplasia fibrosa. No es una afección inflamatoria, la encía está pálida y dura por aumento de tejido conectivo.

Asociada al tratamiento con Dilantina
(Difenilhidantoina Sódica, Epinutera)

El agrandamiento gingival provocado por éste anticonvulsivo, en el tratamiento de la epilepsia.

Histopatología

Hiperplasia pronunciada de tejido conectivo y epitelial.

Características Clínicas

Comienza como un agrandamiento indoloro periférico - de encía marginal e interdentaria, que se unen y se trasforman en repliegues que cubren parte considerable de la corona y pueden interponerse en la oclusión, es firme, de color rosado pálido y resilente, con superficie nodulada, que no tiende a sangrar, es generalizada más intensa en regiones anteriores. Se produce en zonas dentadas, no en espacios desdentados, desaparece al hacer la extracción.

Desaparece espontanea a un mes de interrumpida la in gestión de las drogas.

Los irritantes locales causan alteraciones inflamatorias secundarias dando coloración rojo azulada, aumenta la tendencia a la hemorragia.

Tratamiento

La supresión es el método para eliminarla, pero por lo general, esto no es factible para el paciente el retiro - completo de éste anticonvulsivo.

La encía agrandada se elimina con bisturíes periodontales, escarpelos, electrocirugía, criocirugía.

Se reduce al mínimo la recidiva mediante raspaje periódico y control diligente de la placa.

En ocasiones un protector oclusal de caucho natural duro, usado por la noche ayuda a controlar la residiva.

Agrandamiento hiperplásico Ideopático, hereditario o Familiar

Etiología

Algunos casos se explican sobre bases hereditarias. Es indeterminada.

Histopatología

Hay un aumento abullado de tejido conectivo, relativamente avascular y que se compone de haces colágenas densos y numerosos fibroblastos. El epitelio superficial esta ensanchado y hay acantosis y brotes largos.

Características Clínicas

Agrandamientos de encía en general, puede circunscribirse a un solo maxilar, la encía es rosada, firme de consistencia semejante a la del cuerpo, superficie rugosa. Los dientes están casi cubiertos. Las alteraciones inflamatorias secundarias son comunes en el margen gingival.

AGRANDAMIENTO COMBINADO

Hiperplasia complicada por alteraciones inflamatorias.

Histopatología

Hiperplasia de los componentes celulares y aumento de acumulación de células inflamatorias.

Etiología

La hiperplasia gingival favorece a la acumulación de placa y materia alba, al acentuar la profundidad del surco.

Características Clínicas

Agrandamiento gingival, con características inflamatorias.

Tratamiento

Supresión de irritantes para eliminar la inflamación.

La eliminación de la hiperplasia exige, que se corrijan los factores etiológicos.

AGRANDAMIENTOS NEOPLASICOS
TUMORES GINGIVALES

A las neoplasias se les suele considerar una neofor-
mación independiente e incoordinada de tejido que es potencial-
mente capaz de proliferar ilimitadamente, y que no cede una -
vez eliminado el estímulo que produjo la lesión.

FIBROMA

Nacen del tejido conectivo o del ligamento parodon-
tal, son esféricos de crecimiento lento que tienden a ser fir-
mes y nodulares, pero pueden ser blandos vasculares. Esta in-
timamente relacionado con la hiperplasia fibrosa y en muchos
casos, es indistinguible de ésta. Más frecuente de la 3a. a -
la 5a. década.

Histopatología

El fibroma duro se compone de haces colágenas den--
sas de fibras colagenas bien formadas, con algunos fibrocitos
elípticos aplanados, relativamente avascular.

El fibroma blando tiene mayor cantidad de fibroblas-
tos y son de forma estrellada. La neoformación de hueso es un
hallazgo habitual. El hueso aparece como trabécula de disposi-
ción irregular con osteoblastos y osteoide.

Características Clínicas

Lesión elevada, de color normal, con superficie - -
lisa y base sésil o a veces pedunculada, al proyectarse sobre
la superficie llega a irritarse o inflamarse.

Tratamiento

Es la excisión quirúrgica conservadora, rara vez re-
sidiva.

NEVUS

Puede ser pigmentada o no, más frecuente en piel, -
es benigno de crecimiento lento de color gris pálido o pardo
oscuro. Puede ser plano o algo elevado sobre la superficie -
gingival, sésil o nodular.

Histopatología

Presenta grupos circunscritos de células nevicas en
la submucosa, directamente debajo de la capa celular basal, -
del epitelio y separada por tejido conectivo. Las células né-
vicas son grandes bien delimitadas, con nucleos ovoides y ve-
sículas y citoplasma pálido.

Tratamiento

Se aconseja la excisión quirúrgica de todos los ne-
vus pigmentados intrabucales como medida profiláctica, debido
a constantes irritaciones de la mucosa en casi todas las zonas
intrabucales, provocada por la alimentación y el cepillado.

El nevo es tan común, que resulta obio intentar - -
irradicar todas las lesiones. Se recomienda la eliminación -
de los lunares pigmentados si aparecen en zonas irritantes o
si de pronto comienzan a crecer, a obscurecer o ulcerarse.

MIOBLASTOMA

Es una lesión benigna nodular y algo elevada sobre la superficie gingival.

Histopatología

Aparece como una masa de células poliédricas lisas con citoplasma granular acidófilo destacado. Hay marcada hiperplasia pseudoepitelial edematosa del epitelio superficial

Características Clínicas

Su aspecto depende de su localización en la lengua suelen ser nodulares. La lesión no es ulcerada y el revestimiento es normal o presenta cierta hiperqueratosis clínica.

Tratamiento

Es la extirpación quirúrgica. No es de esperarse, que haya recidiva.

HEMANGIOMA

Tumor común que se caracteriza por la proliferación de vasos sanguíneos y es benigno. Son de dos tipos capilar y cavernoso.

Histopatología

Se compone de numerosos capilares pequeños tapizados de una capa de células endoteliales, sostenida por un estroma de tejido conectivo de diversas densidades.

Características Clínicas

Son blandos, sésiles o pediculados e indoloros. Lisos o de contorno abultado irregular, su color varía del rojo oscuro al púrpura y empalidece aplicando la presión. Nacen en las papilas gingivales interdientarias y se extiende en sentido lateral abarcando los dientes adyacentes.

Pronóstico

Es excelente, porque no se transforma en maligno ni recidiva después de la eliminación o destrucción adecuada.

Tratamiento

Muchos hemangiomas remiten espontáneamente a una edad relativamente temprana.

Puede ser tratada por cirugía, irradiación, con agentes esclerosantes, nieve carbónica, criocirugía.

PAPILOMA

Es una protuberancia dura de aspecto verrugoso que sobre sale de la encía, puede ser pequeña y circunscrita o presentarse como elevaciones duras y anchas con superficie finamente irregular.

Histopatología

Consiste en muchas proyecciones dactiliformes largas y delgadas que se extienden sobre la superficie de la mucosa, cada una está compuesta por una capa continua de epitelio escamoso estratificado y que contiene núcleos centrales delgados de tejido conectivo que sostiene los vasos sanguíneos nutritivos.

Características Clínicas

Lesión de superficie rugosa, verrugosa o en "coliflor".

Tratamiento

Excisión, incluyendo la base de la mucosa en la cual se inserta.

CARCINOMA

El carcinoma epidermoide (de células escamosas) es - la lesión maligna más frecuente. Su sitio más común es en mola res. Puede ser exofítica y verrugosa, de crecimiento en la su-
perficie gingival. Invaden localmente y afectan el hueso subya-
cente y mucosa circundante.

Histopatología

Se caracteriza por masas, islotes o cordones irregu-
lares de células escamosas que proliferan hacia abajo invadien-
do tejido conjuntivo subyacente.

Etiología

Desconocida

Características Clínicas

Con frecuencia son asintomáticos, pasan inadvertidos hasta que se complican con una inflamación dolorosa. La metás-
tasis (linfática) por lo general se limita a la región subcla-
vicular, llegan a incluir pulmón, hígado y hueso.

Al ir evolucionando clínicamente los carcinomas ora-
les muestran tendencia a adoptar uno de estos tres tipos de -
crecimiento: exofíticos, ulcerado y verrugoso.

Tratamiento

La utilización de Rx en el carcinoma gingival, está
acompañado de riesgos en razón del efecto lesivo de los Rx en
el hueso.

MELANOMA MALIGNO MELANOCARCINOMA

Es una de las neoplasias más letales del ser humano,
es un tumor bucal raro, clasificado en melanótico y nevocítico
se caracteriza por su crecimiento rápido y metástasis temprana
es obscuro y con frecuencia lo precede una pigmentación localí-
zada.

Histopatología

Con cierta semejanza al nevus benigno, y de morfolog-
ía celular diferente. La distribución es irregular e invasora
en algunas zonas se continua con el epitelio superficial. El -
estroma de tejido conectivo es más delicada y relativamente es-
casa.

Características Clínicas

Tiene predilección por el reborde alveolar y paladar.
La lesión puede aparecer como una zona intensamente pigmentada
ulcerada y sangrante que progresivamente tiende aumentar su ta-
maño.

Tratamiento

Resección quirúrgica radical de la parte afectada -
con disección de los nódulos linfáticos regionales.

RECESION GINGIVAL
ATROFIA GINGIVAL

Es una exposición progresiva de la superficie radicular producida por el desplazamiento de la posición de la encía De origen fisiológico o patológico, local o generalizado, relacionado principalmente al tamaño y la forma de la cresta alveolar.

Etiología

Se atribuye a:

Lesiones por cepillado, fuerzas ortodónticas, irritantes extrínsecos (químicos, físicos, bacterianos), trauma oclusal, alineación inadecuada de los dientes, anomalías anatómicas (cortical alveolar delgada sobre todo en dientes en mal posición), inserción alta de frenillos, hábitos lesivos (presión de objetos extraños, uñas lápices, horquillas), retenedores y barras protésicas, envejecimiento.

Características Clínicas

La encía puede no presentar signo alguno de patología es frecuente que la textura sea delgada y fina, que el color sea rosado pálido, con margen gingival delgado y papilas punteagudas relativamente alargadas, los surcos gingivales son un poco profundos.

Las raíces expuestas son susceptibles a caries. El desgaste del cemento expuesto deja la superficie dentinaria al descubierto la cual es sensible, con reacción pulpar. La recesión interproximal crea espacios en los que se acumulan restos de alimentos, placa y bacterias.

Tratamiento.

Institución de una higiene bucal apropiada, control minucioso de la placa.

Alisado radicular frecuente y cuidadoso, sin lesionar la encía.

Precisar restauraciones para crear contornos dentarios desviantes, para protección del tejido blando.

A veces se usan injertos gingivales para corregir defectos locales o crear una nueva zona de encía.

CAPITULO III

Las Enfermedades Parodontales para su estudio se les denomina así, a las lesiones patológicas de hueso alveolar, cemento y ligamento parodontal.

BOLSA PERIODONTAL

Formada por la migración apical de la adherencia epitelial de la encía por la presencia de irritantes locales. Se halla limitada por un lado por la superficie del diente con su cemento expuesto cubierto por depósitos calcarios y placa, y por el otro por la encía que presenta diversos grados de inflamación.

Hay dos clases de bolsas relacionadas a la pared blanda con el hueso alveolar, el patrón de destrucción ósea y la dirección de las fibras transeptales del ligamento parodontal.

BOLSAS SUPRAOSEAS

- 1 El fondo de la bolsa es coronario al nivel de hueso alveolar.
- 2 El patrón de destrucción del hueso subyacente es horizontal.
- 3 En la zona interproximal, las fibras transeptales que son restauradas durante la enfermedad, se disponen horizontalmente en el espacio entre la base de la bolsa y el hueso alveolar.
- 4 En la Sup. vestibular y lingual, las fibras del ligamento debajo de la bolsa siguen su curso normal.

BOLSAS INFRAOSEAS

- 1 El fondo de la bolsa es apical a la cresta del hueso alveolar.
- 2 El patrón de destrucción ósea es angulado verticalmente o crateriforme, creando una deformidad invertida en el hueso.
- 3 En la zona interproximal, las fibras son oblicuas. Se extienden desde el cemento, a lo largo del hueso, sobre la cresta, hasta el cemento del diente vecino.
- 4 En la Sup. vestibular y lingual las fibras del ligamento periodontal siguen el patrón angular del hueso adyacente.

Histopatología

La pared blanda de la bolsa esta cubierta de epitelio escamoso no queratinizado, estatificado. En la inflamación es frecuente que este epitelio esté ulcerado. Los productos tóxicos del surco penetran en el tejido conectivo subyacente por esas ulceraciones.

Etiología

Son originadas por irritantes locales. No hay enfermedad general que produzca bolsas periodontales.

Características Clínicas

Se localizan por un sondeo cuidadoso del margen gingival en cada diente.

La encía marginal rojo azulada agrandada, separada de la superficie del diente. Rutura de continuidad vestibulo lingual de la encía interdientaria. En general la encía azul brillante, hinchada sangrante, exudado purulento, migración dentaria, aparición de diastemas.

Son indoloras generalmente o dolor localizado, o sensación de presión despues de comer, sabor desagradable, dolor irradiado de hueso, sensibilidad al frío, calor, dolor dentario en ausencia de caries. Alivio por el sangrado provocado.

Tratamiento

Técnica de raspaje y curetaje

La técnica quirúrgica, que incluye la gingivectomía
y la operación por colgajo.

Higiene del paciente.

PERIODONTITIS
PERIODONTOCLASIA
PIORREA SUCIA O ALVEOLAR

Es la forma más común de la enfermedad periodontal. Es consecuencia de la extensión de la inflamación desde la encía hacia los tejidos periodontales de soporte, caracterizada por la formación de bolsas y destrucción ósea. Es originada principalmente por factores irritativos extrínsecos y puede estar complicada por enfermedades intrínsecas. Muy común en adultos, a veces se encuentra en niños con deficiencias en la higiene bucal.

Histopatología

Las características citológicas de la inflamación en la periodontitis son típicas: Predominio de leucocitos polimorfonucleares cerca del fondo de la bolsa y en zonas ulceradas. Estas células emigran desde los vasos sanguíneos dilatados efectuando acción fotocítica y enzimática. Uno de los signos tempranos de la invasión inflamatoria sobre los tejidos periodontales de soporte es la aparición de células gigantes, osteoclastos, sobre la superficie del hueso de la cresta.

Etiología

Son los mismos que actúan en la gingivitis, pero suelen ser de mayor magnitud o duración. La oclusión se considera un factor agravante.

Hay enfermedades intrínsecas que predisponen a la destrucción tisular.

Características Clínicas

El rasgo característico es la bolsa periodontal con exudado y la resorción de la cresta alveolar.

Presencia de cálculos, en especial subgingival, hiperemia visible y sangrado de la encía con facilidad, halitosis. En casos graves hay movilidad. Los signos de la gingivitis se manifiestan con mayor intensidad.

Aspecto Radiográfico

Las alteraciones más tempranas del hueso periodontal son una desaparición de la cresta alveolar a causa de la reabsorción ósea incipiente, a medida que la resorción avanza hay pérdida horizontal con tendencia al ahuecamiento del hueso alveolar interdentario.

Glickman las clasifica en dos tipos:

Periodontitis Simple o Marginal

En la cual la destrucción de los tejidos periodontales tiene su origen únicamente en la inflamación.

Características Clínicas

Inflamación crónica de la encía, formación de bolsas, pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y pérdida de dientes. Local o generalizada, de proceso variable indolora, sensibilidad a cambios térmicos a alimentos y a la estimulación táctil, dolor irradiado profundo y sordo durante y después de la masticación por acuñaamiento de alimentos en bolsas periodontales.

Etiología

Irritantes locales que generan inflamación gingival con extensión al parodonto.

Periodontitis Compuesta

La inflamación combinada con el trauma de la oclusión.

Características Clínicas

Frecuencia más alta de bolsas infraóseas, pérdida ósea angular (vertical) más que horizontal, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, movilidad dentaria más intensa.

Tratamiento

Se requiere una minuciosa profilaxis a cargo del odontólogo.

Si la pérdida ósea no ha sido excesiva, si los irritantes son eliminados por descamación y raspado, y las bolsas lo son mediante la recesión gingival o eliminación quirúrgica de la encía (gingivectomía). Si se corrigen los defectos óseos y se devuelve la arquitectura normal a los tejidos de soporte del diente, si se equilibran las fuerzas oclusales y se corrigen los factores sistémicos es posible salvar los dientes afectados por la enfermedad mediante el tratamiento periodontal cuidadoso y completo.

2

PERIODONTOSIS
ATROFIA ALVEOLAR DIFUSA
PERICEMENTITIS FIBROSA RAREFACIENTE

Dstrucción on inflamatoria, caracterizada por una rápida pérdida vertical del hueso alveolar en más de un diente en la dentición permanente, principalmente en torno a los primeros molares e incisivos, puede producirse en adolescentes con mayor predominio en mujeres.

Histopatología

Primera Etapa. Degeneración de fibras principales del ligamento, proliferación de capilares con formación de tejido laxo. No hay inflamación ni proliferación de la adherencia epitelial.

Segunda Etapa. Proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la superficie radicular, infiltración leve en tejido conectivo.

Tercera Etapa. La adherencia epitelial se separa de la superficie radicular y formación de hendiduras gingivales profundas.

La inflamación aumenta debido a irritantes e infección generada en surcos profundos.

Etiología

Desconocida.

Características Clínicas

Puede aparecer en bocas cuyo estado es impecable y que no tienen caries. Se produce en ausencia de inflamación marginal, pero suele no ser descubierta hasta que esta no se sobreagrega al proceso degenerativo.

Desplazamiento súbito simétrico de los dientes, principalmente primeros molares e incisivos bolsas profundas generalmente en un solo diente.

Las manifestaciones tardías son migración de dientes, aparición de diastemas. No suele haber dolor hasta que está avanza.

Características Radiográficas

Revela diversos grados de bolsas verticales con pérdida ósea alveolar y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. La destrucción de los tabiques interdentarios es vertical, angular o arciforme y no horizontal. El ensanchamiento del espacio periodontal y la ausencia de la cortical alveolar se observa en numerosos dientes. Puede haber una alteración generalizada del patrón óseo trabecular, que se caracteriza por trabéculas borrosas y aumento de los espacios medulares.

Tratamiento

1.- Extracción de dientes con pronóstico malo, por aflojamiento, pérdida de soporte, para que los vecinos sanos tengan probabilidad de sobrevivir.

- 2.- Cirugía Osea utilizada con prudencia, utilizando implantes óseos de médula ósea.
- 3.- En molares parcialmente afectados, esta indicada la amputación radicular y la hemisección.
- 4.- Ferulización fija, favorece la estética del paciente.
- 5.- El tratamiento ortodóntico de dientes emigrados, mejora la evolución clínica.
- 6.- Cuando hay traumatismo oclusal, hacer ajuste mediante desgaste selectivo.
- 7.- En primeros molares en adolescentes, se hace la extracción y trasplante del germen del tercer molar.

TRAUMA OCLUSAL

Con el nombre de trauma provocado por la oclusión se conoce la lesión de los tejidos periodontales que ocurren como respuesta a cambios circulatorios debido a las fuerzas excesivas.

Etiología

Primaria. Fuerzas excesivas y mal orientadas ejercidas sobre un diente con soporte óseo normal.

Secundaria. Cuando la fuerza es excesiva para el soporte óseo disminuido.

Características Clínicas

Movilidad dentaria, migración patológica, facetas de desgaste, función oclusal reducida.

El paciente refiere no morder bien, sensibilidad al norder, picazón de encía, dolor de maxilares y músculos de la masticación, articular; bruxismo, dificultad de abrir la boca en las mañanas.

Características Radiográficas

Ensanchamiento del espacio periodontal con frecuencia con espesamiento de la cortical alveolar en el sector lateral de la raíz, región apical y áreas de bifurcación y trifurcación.

Destrucción vertical en vez de horizontal, el tabique interdentario con formación de defectos infraóseos. Radiolucides y condensación del hueso alveolar. Resorción radicular.

Tratamiento

- Ajuste Oclusal por desgaste.
- Tratamiento Ortodóntico.
- Ferulización.
- Reconstrucción protésica.
- Confeción de protectores de la oclusión.

ATROFIA PERIODONTAL

Reducción generalizada de la altura del hueso alveolar, junto con la recesión de la encía, sin inflamación o trauma de la oclusión.

Etiología

El aumento de la edad (Atrófia fisiológica senil)

Sin causa local evidente (Atrófia presenil)

Sin estimulación funcional (Atrófia por desuso)

No es necesario un proceso patológico, se produce como resultado de influencias funcionales ambientales, inanición presión excesiva e influencias tóxicas y químicas.

Características Radiográficas

La densidad ósea aparece porosa, con trabéculas delgadas y esparcidas, y espacios medulares anchos. No hay fibras principales.

Osteoporosis, reabsorción, osteoclasia de trabéculas óseas. Afecta a todo el tejido óseo, a la substancia fundamental orgánica y a las sales minerales

Tratamiento

En atrófia por desuso, es la restauración de la función, comprendiendo el remplazo de dientes ausentes.

CAPITULO IV

Estudio de las Etiologías

PELICULA ADQUIRIDA
CUTICULA ADQUIRIDA O EXOGENA

Es una membrana o capa delgada, acelular y esencialmente sin bacterias, lisa, incolora, translúcida, difusamente distribuida sobre la corona, aparatos protésicos y ortodónticos y en cantidades mayores cerca de la encía.

Es un producto de la saliva, ácido periódico de Schiff positiva, y contiene glucoproteínas, polipéptidos y lípidos absorbidos al esmalte y cemento.

Se forma en pocos minutos. Se adhiere con firmeza a la superficie del diente y se continúa con los prismas del esmalte por debajo de ella.

Al ser teñida con agentes colorantes aparece como un lustre superficial coloreado, pálido, delgado en contraste con la placa granular teñida más profusamente.

Se retira mediante el pulido de dientes.

PLACA DENTARIA
PLACA BACTERIANA

Es el factor etiológico principal de la caries, gingivitis y enfermedad periodontal y constituye la etapa principal del cálculo dentario.

Es un depósito amorfo granular, matriz proteínica - blanda en la cual se hallan en suspensión muchas bacterias firmemente adheridas a los dientes. Aparece en sectores supra gingivales, en su mayor parte sobre el tercio gingival de los dientes y subgingivalmente con predilección por grietas, defectos y rogosidades, márgenes desbordantes en restauraciones dentarias protésicas y ortodónticas, en igual proporción en ambos maxilares más en dientes posteriores, en superficies proximales, en menor cantidad en superficies vestibular y menor aún en superficies linguales.

Esta compuesta principalmente por microorganismos - proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los líquidos orgánicos e inorgánicos son en un 20% y el resto es agua. Se colora positivamente con el Ac. periódico de Schiff.

Se forma sobre la película adquirida o directamente sobre la superficie dentaria firmemente adherida en 12 a 24 horas, la acumulación máxima es aproximadamente a los 30 días. Se forma con mayor rapidez durante el sueño, cuando no se ingieren alimentos, en dietas blandas.

Comienza por la aposición de una capa única de bacterias sobre la película adquirida o superficie dentaria unida por una matriz interbacteriana, afinidad de la hidroxipatita adamantina, y crece por agregado de bacterias nuevas, multiplicación y acumulación de productos bacterianos.

En pequeñas cantidades no es visible salvo que se manche con pigmentos de la cavidad bucal o sea teñida por soluciones reveladoras o comprimidos. A medida que se acumula se convierte en una masa granular visible con pequeñas superficies nodulares cuyo color varía del gris, gris amarillento al amarillo.

Se desprende solo mediante la limpieza mecánica. Los enjuagatorios, chorros de agua, no la quitan del todo y se vuelve a formar con rapidez despues de la remoción.

MATERIA ALBA MATERIA BLANCA

Es una masa de residuos, blanda, blanquesina y pegajosa, algo menos adhesiva que la placa dentaria, contiene elementos hísticos muertos. Irritante local químico y bacteriano que constituye una causa común de gingivitis. Tiende a acumularse en el tercio gingival de los dientes, sobre todo en dientes en mal posición.

Contiene principalmente células epiteliales, leucocitos, microorganismos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales, con pocas partículas de alimentos o ninguna.

Se puede formar sobre dientes previamente limpiados en pocas horas y en períodos en que no se ha ingerido alimentos. No tiene una forma arquitectónica específica y no sigue a la base de la bolsa a medida que se hace más profunda.

La materia alba se ve sin la utilización de la substancia reveladora y se depósita sobre superficies dentarias, restauraciones, cálculos y encía.

Es posible quitarla mediante un chorro de agua pero se precisa de la limpieza mecánica para asegurar su completa remoción.

RESIDUOS ALIMENTICIOS

El flujo de la saliva, la acción mecánica de la lengua, carrillos y labios, la forma y alineación de los dientes afecta a la velocidad de la autoclisis, que se acelera mediante la mayor masticación y la menor viscosidad de la saliva. No son causa importante de gingivitis, aunque contengan bacterias, los residuos de alimentos son diferentes de la placa y la materia alba, son más faciles de eliminar.

La mayor parte de los residuos de alimentos son disueltos por las enzimas bacterianas y eliminadas de la cavidad oral a cinco minutos de haber comido aunque quedan algunos sobre los dientes y la membrana mucosa. Los líquidos se eliminan más rápido que los sólidos. Variando según sea la clase de alimentos y el individuo.

8

CALCULO DENTARIO
TARTARO DENTARIO
MASAS CALCIFICADAS

Factor etiológico primario, es el factor desencadenante más importante de la gingivitis y parodontitis. Es el resultado de la calcificación de la placa dentaria. Esta adherida a la superficie de los dientes, es rugoso e irritante, permeable y puede almacenar productos tóxicos. La eliminación del cálculo reduce la inflamación gingival o la elimina.

Su superficie esta cubierta de placa no calcificada. Esta capa se compone de células microorganismos, células epiteliales descamadas y leucocitos que emigran através del epitelio del sruc incorporados en una matriz.

De acuerdo con la ubicación en relación con el margen gingival, clínicamente es:

Supragingival o Tartaro Salival

Es blanco o blanco amarillento, variando por otros pigmentos o el tabaco; duro pero quebradizo y relativamente fácil de remover por medio de un raspado. De reaparición rápida. Es más abundante en las superficies dentarias localizadas frente a los orificios de las glándulas salivales.

Subgingival o Sérico

Es denso y duro, de estructura láminar y color pardo obscuro, verde obscuro o negro, se adhiere muy fácilmente a la superficie de los dientes.

Se forma bajo el margen gingival, de modo tal que su presencia, ubicación o cantidad solo puede determinarse mediante el uso de un explorador o sonda periodontal. Si su cantidad es suficiente puede ser detectado radiográficamente como nódulos o rebordes en forma irregular.

Localizado en cualquier superficie dentaria y se halla en todas las bolsas periodontales y de acuerdo a su extensión, pueden indicar aproximadamente la profundidad de éstas.

Composición

1) Fase orgánica: Principalmente de proteínas, proteínas conjugadas con azúcares y agua.

2) Fase inorgánica: Los más abundantes son el fosfato de calcio, fosfato de magnesio y carbonato de calcio, más oligoelementos.

3) Proporción de microorganismos filamentosos gram positivos y gram negativos.

Estos componentes precipitan el sistema cristalográfico de las apatitas, en particular la hidroxipatita.

Formación

Se puede dividir en tres etapas:

1) La unión inicial del material orgánico a la superficie del diente en la cavidad bucal.

2) La formación de placa

3) La mineralización de la placa

Es acelerada por las dietas blandas y retardada por los alimentos fibrosos detergentes.

Patogéñia

El tartaro es el resultado de la calcificación de la placa después de dos o tres días de existencia.

Se inicia en focos aislados, o núcleos, que luego crecen y finalmente coalescen formando masas sólidas que tienen con frecuencia estructura laminar.

Prevención de la formación de tartaro

Puede lograrse mediante:

Prevención de la formación, o remoción de la placa

Inhibir la calcificación de la placa

Disolución o lisis del tartaro a medida que se va formando.

PIGMENTOS DENTARIOS

Pigmentación de la cutícula dental adquirida, por las bacterias cromógenas, alimentos, farmacos, tabaco. Constituyen un problema estético, pero también generan irritación gingival.

La pigmentación parda (ejemplo), es una película delgada, translúcida, adquirida por lo general sin bacterias, se presenta en personas que no se cepillan lo suficiente o usan un dentrífico con acción limpiadora inadecuada.

Por lo general son eliminadas, si se pule bien la superficie del esmalte.

SALIVA

Es de gran interés para el dentista en tres áreas:- deposición de placa, formación de cálculos y caries dental.

Líquido coleccionado por la expectoración de las - glándulas bucales, ayuda a mantener la integridad de los dientes, lengua, mucosa bucal y bucofaringea. El ptialismo o secreción salival es fundamental al proceso digestivo.

Compuesta de electrólitos, no electrólitos (glucosa) protefnas (amilasa), lisozina, lactoperoxidasa (mieloperoxidasa), elementos formados.

El papel de la saliva en la salud bucas es de protecc ión:

- a) Lúbrica y protege las mucosas contra irritantes - directos, enzimas proteolíticas e hidrolíticas producidas en - la placa, carenógenos, desecación.
- b) Limpieza mecánica, elimina residuos de alimentos, células y bacterias impidiendo la formación de la placa y ayuda a reducir la caries y enfermedades gingivales inflamatorias.
- c) Acción neutralizante por contenido de bicarbonato, protefnas anfóteras.
- d) Mantenimiento de la integridad dentaria; provee - minerales para la maduración poseruptiva; contiene calcio y - fosfato que integran la placa y actuan para impedir la disolu- ción del diente; produce pelcula de glucoprotefna, disminuyen do el desgaste por atricción y abrasión de dientes.
- e) Actividad antibacteriana.

El papel de la saliva se torna más manifiesta cuando el flujo salival disminuye notablemente por la mala función de las glándulas salivales, produciendo sequedad de la boca o xerostomía. La mucosa se torna seca áspera y pegajosa, sangra - facilmente y ésta sujeta a infección; la lengua se vuelve lisa, roja, brillante e hipersensible, irritada. En pacientes desden tados resulta difícil soportar las dentaduras. Cuando hay dien tes hay gran acumulación de placa, materia alba y residuos; - las caries avanzan rapidamente. Las enfermedades periodontales se exacerban.

PAPEL DE LOS MICROORGANISMOS

Factor desencadenante, perpetuante o complicante.- Constituyen el factor aislado más importante en la etiología de la enfermedad periodontal. Localizados principalmente en el surco gingival, superficies dentarias por cálculos, materia alba, placa, en el dorso de la lengua.

El surco gingival proporciona elementos nutritivos específicos requeridos por ciertos microbios, bacilos anaeróbicos o espiroquetas.

Toda la cavidad bucal, dientes, lengua, paladar, mejillas, encías y amígdalas están cubiertas por una sustancia proteínica que Black denominó aglutinina o zooglea "goma viva" y es más abundante en bocas con periodonto enfermo.

La flora bacteriana oral suele ser inocua para el huésped, pero cuando las placas no son eliminadas, la concentración bacteriana en contacto con la encía llega a ser enorme que algunas enzimas y otros productos bacterianos irritan el tejido y causan lesiones celulares e inflamación. El amoniaco producido por los microorganismos del surco gingival puede ejercer acción lítica sobre el epitelio.

La flora dominante en la boca cuidada es aerobia y facultativa, y en la boca descuidada es anaerobia y origina putrefacción. El número de bacterias aumenta en gran manera en bocas que no se limpian a menudo, predominando los germen gran positivos.

Las bacterias corrientemente no invaden el tejido sano. La encía a menudo es traumatizada por raspaduras, abrasiones, punciones y desgarros proporcionando entrada a las bacterias; pero las fases iniciales de la enfermedad periodontal suelen comenzar en el surco gingival, que proporciona un hábitat a las bacterias único en su género.

En la gingivitis y parodontitis se observan bacterias en la superficie y en el surco gingival. La inflamación gingival es la respuesta a los productos bacterianos más que a la penetración microbiana.

Las bacterias y sus productos tóxicos causan la destrucción del epitelio y la inflamación del tejido conjuntivo adyacente. El pus de las bolsas periodontales es el resultado de la reacción de los tejidos vivos frente a los productos de las bacterias piógenas. La infección periodontal puede extenderse y ocasionar una osteitis declarada.

El tratamiento medicamentoso o antibiótico empleado contra las bacterias es ineficaz. Las bacterias son moradores normales de la región y rápidamente vuelven a recuperar la concentración y la actividad a menos que se elimine diariamente mediante la higiene bucal adecuada.

DIENTES EN MALPOSICION

La gingivitis se instala con mayor frecuencia o intensidad alrededor de dientes en malposición dentaria, a causa de su propensión a la acumulación de placa y materia alba. Los dientes apiñados que se superponen en parte, facilitan el estancamiento de residuos al dificultar la limpieza natural o artificial. Se observan cambios intensos, que incluyen agrandamientos gingivales, coloración rojo azulada, úlceras y formación de bolsas profundas de las cuales se expulsa pus.

La resección gingival se produce en dientes en vestibuloversión o en aquellos que están inclinados o girados de tal modo que las raíces se proyectan hacia vestibular. La resección puede ser una base de transición en la erupción dentaria y puede corregirse cuando el diente alcanza su posición adecuada, o puede ser preciso alinear al diente ortodónticamente.

La salud gingival y el contorno se restauran mediante la corrección de la malposición y eliminación de irritantes locales y, cuando sea preciso, la extirpación quirúrgica de la encía agrandada.

TRAUMA OCLUSAL

La oclusión desempeña un papel en la etiología de la enfermedad periodontal, además de traumatizar las estructuras de sostén debido a que las somete a fuerzas excesivas. La función enérgica estimula el periodonto y contribuye a la limpieza natural.

La falta de atrición funcional normal deja a las superficies oclusales e incisales a una distancia anormal de los bordes gingivales, la encía no recibe la fricción estimulante necesaria para la limpieza natural y se forman áreas de estancamiento de alimentos, materia alba y propicia a la formación de cálculos. Cuanto mayor es la distancia de la superficie incisal y oclusal al margen gingival, menor es la autolimpieza de la masticación.

La pérdida de dientes, la caries, y las irregularidades alteran la anatomía desviadora natural que debe proteger a las papilas y bordes gingivales contra los traumatismos.

Las anomalías anatómicas dentarias o gingivales que intervienen en el mecanismo natural de movilización de la masa alimenticia, constituyen un factor predisponente a la periodontitis. Si un diente tiene un contorno anormal, se producirá una desviación de la comida directamente sobre la encía marginal provocando irritación mecánica, con la subsiguiente irritación química y bacteriana, cuyo resultado final será la inflamación gingival.

La encía labial de los incisivos mandibulares y lingual de incisivos superiores, puede ser lesionada directamente por los bordes incisales de dientes opuestos en casos de supraoclusión profunda.

La oclusión de los dientes es un factor en la enfermedad periodontal si causa impactación de alimentos porque las cúspides actúan como embolos, los bordes marginales tienen escaso relieve o no concuerdan, o el área de contacto es inadecuada.

La inclinación axial, el plano y la relación proximal de un diente con otro en un mismo arco, tienen mayor importancia para la salud periodontal que la relación oclusal o la articulación de los dientes del arco opuesto.

ACUÑAMIENTO DE ALIMENTOS
IMPACTACION DE ALIMENTOS

Los alimentos estancados constituyen un adecuado sustrato para los microorganismos, los cuales constituyen aún más la aceleración de un ambiente favorable a la irritación e inflamación de los tejidos.

Causado por anomalías dentarias que conducen a la impactación de alimentos como la relación interdientaria inadecuada, alteración del contorno de las caras vestibulares y linguales de los dientes, dientes en malposición, formas defectuosas de coronas dentarias, pérdida de soporte proximal por extracción de dientes vecinos, restauraciones defectuosas. O la consistencia de la dieta; los alimentos blandos o adhesivos - que tienden a acumularse entre los dientes y sobre la encía, - alimentos duros que llegan a impactarse, como tostadas, espaldas de pescado, chicharrón, etc.

Originan enfermedad gingival y parodontal o agravan la intensidad de las alteraciones patológicas preexistentes. - Hay sensación de presión y urgencia por quitar el material - entre los dientes, dolor vago que se irradia en la profundidad de los maxilares, inflamación gingival con sangrado y gusto - desagradable en la zona afectada, resección gingival, formación de abscesos parodontales, inflamación del ligamento, elevación del diente de su alveolo, destrucción ósea, caries radicular.

HABITOS

Son factores importantes en el comienzo y la evolución de la enfermedad periodontal.

- a) Morderse los labios, mejillas, las uñas, objetos, escarbadientes, lápices, etc.
- b) Hábitos oclusales anormales, como resultado del - nerviosismo.
- c) Frotación oclusal e incisal, durante el sueño, - como hábito nervioso.
- d) Presión anormal de la lengua contra los dientes.
- e) Jugar con puentes artificiales y dentaduras en la boca.
- f) Apretar los dientes cuando se está bajo presión - emocional.
- g) succión de dedos.
- h) Morder Objetos de trabajo, alfileres, clavos, hilo corcho, etc.
- i) Ejecutar instrumentos de viento.

BRUXISMO

Apretamiento y Golpeteo. Representa alteraciones de la oclusión que son potencialmente lesivos para los tejidos - periodontales, músculos de la masticación y articulación temporomandibular. Ha sido considerada como una de las diversas formas de neurosis oclusal, refleja dolor o cansancio en el - máxilar y músculos.

Producen atrición dentaria excesiva, ensanchamiento del ligamento periodontal y mayor densidad de hueso alveolar, al traumatizar el periodonto se lleva a la movilidad dentaria, la lesión es más intensa en dientes con contacto prematuro.

La eliminación de este hábito se hace mediante tranquilizantes, protectores nocturnos, férulas oclusales, psicoterapia directa y corrección de desequilibrio oclusal.

RESPIRACION BUCAL

Es frecuente ver pacientes asociados con respiración bucal. La alteración gingival incluye eritema, edema, agrandamiento y un brillo superficial difuso en las áreas expuestas. La región anterior superior es el lugar más común de esta - lesión.

Su efecto deletéreo es atribuido a irritantes por - deshidratación de la superficie.

HIGIENE INCORRECTA DE LOS DIENTES

Como consecuencia del enérgico cepillado sobre todo horizontalmente y rotatorio, aparecen en la encía alteraciones y abrasiones en los dientes, acentuándose por el uso de dentífricos excesivamente abrasivos

La Abrasión aguda hace una denudación de la capa de tejido conectivo de la encía insertada por cepillado exagerado; formación de un absceso agudo por la introducción de una cerda.

El trauma crónico, revela una recesión gingival con área de raíz expuesta, movimientos pronunciados en contorno - del arco. La encía se presenta rosada y firme.

El uso incorrecto del hilo dental, palillos y estimuladores dentales, pueden generar inflamación.

La creación de espacios interproximales por destrucción de la encía a causa de cepillado exagerado, favorecen la acumulación de residuos y laceraciones inflamatorias.

PERDIDA DE DIENTES

La pérdida del primer molar inferior es más evidente, ya que moviliza al segundo hacia mesial o distal al segundo premolar; el primer molar antagonista se extruye perdiéndose la integridad de los arcos. Esta zona del primer molar extraído es susceptible a la destrucción ósea y formación de bolsas infrao-seas en el segundo molar, quien al inclinarse también pierden su armonía oclusal funcional. El desenso del molar antagonista provoca una pérdida unilateral de la dimensión vertical. La pérdida de puntos de contacto por la inclinación y extrucción de dientes facilita la impactación de alimentos, hábitos parafuncionales, etc.

RESTAURACIONES DENTARIA INCORRECTAS

Las restauraciones dentales inadecuadas y las prótesis son causas comunes de la gingivitis y enfermedad periodontal.

Los márgenes desbordantes, la falta de contacto proximal, coronas con contornos insuficientes, anatomía oclusal anormal, prótesis removibles y aparatos ortodónticos incorrectos proporcionan localizaciones ideales para la acumulación de placa, retención de alimentos y la multiplicación de bacterias, que generan enzimas y otras sustancias lesivas.

Las restauraciones que no producen el contorno de las superficies vestibulares desvían los alimentos hacia el margen gingival y producen inflamación.

Los puntos prematuros de contacto, las prótesis fijas y removibles no balanceadas causan desarmonías oclusales que pueden ser lesivas para los tejidos periodontales de soporte.

INFLUENCIA NUTRICIONAL

El metabolismo se define como la suma total de actividades de tejido considerada en términos de cambios fisicoquímicos asociados y regulados por la disponibilidad, la utilización y eliminación de proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales, agua, más influencias que las glándulas endocrinas ejercen sobre estos procesos.

La desviación de estos procesos metabólicos, normalmente constituyen los trastornos del metabolismo, modifican la intensidad de la irritación local en las enfermedades gingivales y periodontales. La evolución y la intensidad de la mayoría de las infecciones se exageran durante la malnutrición.

La enfermedad periodontal se relaciona con la malnutrición:

a) Por el crecimiento, desarrollo y actividad metabólica del periodonto.

b) Mediante desnutrición como agente etiológico primario potencial o agente etiológico modificador potencial de otros factores etiológicos.

c) Por efecto de la calidad, cantidad y consistencia de los alimentos en la patología de las lesiones.

Los tejidos con ritmo rápido de renovación celular, como el periodonto, dependen de la disponibilidad de nutrientes esenciales para el mantenimiento de la integridad y sus actividades metabólicas; y por ello, son más susceptibles a los efectos de la malnutrición.

En deficiencia de proteínas y calorías, hay osteoporosis generalizada significativa y hay manifestaciones de pérdida ósea alveolar, y es más frecuente la presencia de gingivitis ulcerosa necrosante aguda.

Las sustancias nutritivas se pueden subdividir en:

- I Alimentos lácteos
- II Carne
- III Vegetales y frutas
- IV Pan y cereales.

Los alimentos de los cuatro grupos se combinan para proveer la energía y las sustancias esenciales de mantener el cuerpo sano y asegurar el crecimiento. Ingeridos de acuerdo a la edad o etapa de desarrollo, tamaño y actividades del individuo.

Los estados de insuficiencia nutritiva están basados en una insuficiencia dietética (primaria) o en una insuficiencia condicionada (secundaria).

El primer cambio es agotamiento del tejido, pudiendo llegar a aparecer lesiones bioquímicas.

Cualquier interferencia con la digestión puede dar lugar a una insuficiencia nutricional. Las afecciones gastrointestinales asimismo los disturbios masticatorios, tales como fracturas mandibulares, pérdida de dientes.

La inflamación crónica provocada por factores locales tales como cálculos, obturaciones desbordantes y retención de alimentos, pueden causar una deficiencia nutricional condicionada en los tejidos periodontales.

Minerales

Las combinaciones orgánicas e inorgánicas de estos elementos son parte activa de muchos procesos normales. Constituyen la estructura básica del hueso y diente, ayudan a mantener las relaciones osmóticas de los líquidos orgánicos, regulan el equilibrio ácido base de los tejidos; forman parte de ciertas hormonas; son parte integrante de algunas enzimas; sirven como activadores de ciertas reacciones enzimáticas, y son parte esencial de los pigmentos portadores de oxígeno. El calcio es esencial para la coagulación sanguínea normal, para la contracción muscular y para el funcionamiento nervioso, además de su principal papel en el crecimiento y mantenimiento de los huesos y dientes.

El hierro es utilizado para formar la hemoglobina, los pigmentos rojos de la sangre que llevan el oxígeno de los pulmones a las células.

El fósforo, vital en el metabolismo energético y en la formación de los tejidos óseos, es provisto por los alimentos de los cuatro grupos, especialmente proveen calcio y proteínas.

El potasio, el sodio y el cloro son necesarios para mantener el equilibrio hídrico del cuerpo. El potasio es abundante en los alimentos y la sal de mesa.

El cobre, el cobalto, el magnesio, el molibdeno y el zinc, toman parte en las diversas reacciones de las enzimas y son provistos por los alimentos de los cuatro grupos.

El yodo, parte de la hormona tiroidea que afecta el ritmo metabólico en las células de todo el cuerpo, es fácilmente obtenido de la sal yodada utilizada para sazonar las comidas.

El Fluor no reconocido como factor esencial de la dieta brinda a los dientes el desarrollo protección considerable para la caries.

Proteínas

Los alimentos son las fuentes de todas las proteínas del cuerpo, son esenciales para la vida y constituyen la sustancia primaria de la estructura de todas las células y enzimas que digieren y metabolizan los alimentos y sintetizan nuevos tejidos del cuerpo; de hormonas que regulan el crecimiento y función corporal, de anticuerpos que protegen de la enfermedad e incluso de genes que determinan las características del individuo.

La deficiencia de proteínas suele estar asociada con la deficiencia de calorías y se presenta en muchos estados anormales además de la inanición simple. La deficiencia es común en enfermedades fébriles prolongadas, quemaduras generalizadas y úlceras crónicas grandes, "stress", hipertiroidismo y otros estados hipermetabólicos, en afecciones que entorpecen la digestión y absorción y utilización.

Los hayazgos clínicos de deficiencias incluyen pérdida de peso y de grasa subcutánea y consunción de músculos, alteración de la pigmentación cutánea y pérdida del cabello, hipotensión, debilidad y edema.

La eficiencia de la utilización depende del equilibrio de los aminoácidos esenciales provistos simultáneamente con las calorías suficientes por las grasas y carbohidratos y con los minerales y vitaminas necesarios.

Los grupos lácteos y la carne proveen proteínas de la más alta calidad y también la mayor cantidad.

Carbohidratos

No se sabe casi nada sobre los efectos sobre la estructura bucal por deficiencia de estos. Sin embargo forman parte de nuestra alimentación.

Lípidos

Se relaciona con la asimilación, utilización y reemplazo y síntesis de los diversos ácidos grasos de la célula. Todas las células vivas contienen ácido graso.

Vitaminas

Substancia orgánica soluble en grasa o agua, que se necesita en cantidades muy pequeñas para mantener la integridad metabólica de ciertas células y tejidos.

Están presentes y son activas en cantidades pequeñas, algunas son inactivas por el calor o la oxidación, algunas están fisiológicamente inactivas.

Las avitaminosis se deben a ausencia de pequeñas cantidades de sustancia biológicamente importante y no a la presencia de pequeñas cantidades bioquímicamente activas.

INFLUENCIA ENDOCRINA

No hay tejido del organismo que éste exento, ya en el curso de su desarrollo y crecimiento, o en sus actividades funcionales. Son secretadas por las glándulas endócrinas directamente al torrente sanguíneo y ejercen una influencia fisiológica importante en las funciones de determinadas células o sistemas.

Importancia de los trastornos hormonales en la producción de la enfermedad periodontal:

Hipotiroidismo

Insuficiencia de hormona tiroidea, para satisfacer las necesidades orgánicas.

El cretinismo (infancia), caracterizado por el retraso físico y mental, entre otros presenta crecimiento óseo retardado, maxilar pequeño, erupción dentaria retardada.

En el mixedema juvenil (a a 12 años), formación incompleta de dientes, edema de tejidos.

Mixedema en adultos, se fatiga facilmente, aumento de peso, perdida de apetito. El ritmo del metabolismo basal y presión sanguínea bajos, pulso lento y colesterol bajo, y perdida ósea intensa.

Hipertiroidismo

La hiperfunción presenta sintomas mas frecuentes, cardiovasculares, nerviosidad, inestabilidad emocional, perdida de peso y exoftalmia, aumento de la actividad metabolica de los tejidos, la concentración de yodo protefmas es elevado y su excreción disminuida.

La atrófia alveolar producida en casos avanzados, en niños el cambio de dentición es temprana, el hueso alveolar parcialmente descalcificado.

Hipopituitarismo

Deficiencia en la secreción del lóbulopituitario anterior. Señalada por el retardo del crecimiento de todos los tejidos no hay afección mental. Enano simético.

Retardo en el desarrollo de dientes y maxilares, - apiñonamiento dentario. La exfoliación y erupción retardados.

Hiperpituitarismo

Gigantismo o Acromegalia, por el aumento de la cantidad de granulos de celulas acidófilas o un adenoma en lóbulopituitario anterior de la hipófisis.

Hiperplasia gingival, osteoporosis, diastemas, edentación de lengua agrandada, labios gruesos, microdoncia relativa, diastemas.

Diabetes

En la diabetes, la distribución y la cantidad de irritantes locales y fuerzas oclusales afectan a la intensidad de la enfermedad periodontal. La diabetes no causa gingivitis ni bolsas periodontales, pero hay signos que alteran las respuestas locales acelerando la perdida ósea y retardando la cicatrización.

El paciente diabético presenta sequedad de boca, -
eritema difuso de la mucosa bucal, lengua saburral con edentación marginal y tendencia a la formación de abscesos parodontales, encía agrandada, papilas gingivales agrandadas y -
sensibles que sangran profusamente, aflojamiento de dientes, destrucción periodontal vertical y horizontal.

INFLUENCIA HEMATOLOGICA

Los elementos sólidos de la sangre, así como su porción líquida, desempeñan funciones extraordinarias en muchos - mecanismos y procesos del organismo humano.

Las diversas enfermedades sanguíneas presentan expresiones clínicas polimórficas, una de las cuales es la lesión - relativamente constante de estructuras bucales.

El odontólogo suele ser consultado por pacientes con algunos tratamientos hematológicos que, ignorantes de su enfermedad, solo buscan el alivio de sus molestias físicas.

Las manifestaciones bucales de muchas enfermedades - de la sangre son clínicamente similares a las lesiones que aparecen en la boca como resultado de algún fenómeno local, por lo general son irritación o infección. Por lo que es imposible el diagnóstico de discrasias sanguíneas solo sobre la base de los hallazgos bucales.

Como ejemplo de la presencia de manifestaciones bucales y sus derivaciones dentales se citan las siguientes:

Anemia

Reducción anormal de la cantidad de eritrocitos circulares, cantidad de hemoglobina y volumen de células rojas - concentradas en una determinada unidad de sangre como consecuencia de pérdida de sangre, formación defectuosa o mayor - destrucción sanguínea.

Anemia Perniciosa.

Caracterizada por la presencia de la tríada de síntomas debilidad generalizada, lengua irritada y dolorosa, y - entumecimiento u hormigueo de extremidades y otras molestias como el cansancio fácil, cefaleas, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso y apetito, palidez y dolor abdominal.

Entre sus manifestaciones bucales, la glositis, de color "rojo carne", la encía y la mucosa están palidas amarillentas y susceptibles a la ulceración.

Anemia Ferroprívica

Deficiencia de hierro y otras sustancias de hemoglobina, por pérdida de sangre y asociada a la ingestión o absorción inadecuada de hierro.

Presenta debilidad, fátiga y palidez, entre sus manifestaciones orales puede haber palidez de mucosa gingival y lengua, aparecen áreas de inflamación gingival de color rojo púrpura en contraste con la palidez gingival adyacente.

Anemia Drepanocítica

Es una forma hereditaria de anemia hemolítica crónica, caracterizada por palidez, ictericia, debilidad, manifestaciones reumatóides, úlceras en piernas y ataques de dolor - agudo.

Entre sus manifestaciones bucales esta la osteoporosis palidez y color amarillento de mucosa y encía.

Purpura Trombocitopenica

Disminución de la cantidad medular y reducción de - plaquetas circulantes, se caracteriza por la poca cantidad de plaquetas, una retracción prolongada del coágulo y tiempo de sangrado.

Hay sangrado espontáneo en la piel y mucosa bucal.- En la cavidad bucal se producen petequias y vesículas hemorrágicas, la encía esta inchada, blanca y friable especialmente por irritantes locales.

Hemofilia

Enfermedad hereditaria ligada al sexo, prenombrado en hombres, caracterizada por tiempo de coagulación prolongado y tendencia hemorrágica.

La gingivitis puede ser masiva y prolongada. Hasta los brotes fisiológicas de erupción y caída de dientes se producen con una hemorragia prolongada.

Mononucleosis

Enfermedad benigna caracterizada por la instalación repentina, cefalea, fiebre, dolor muscular, dolor de garganta malestar, náuseas, hinchazón y dolor de nódulos linfáticos.

Sensibilidad de boca y garganta, eritema difuso de toda la mucosa, el margen y papilas interdientarias hinchadas y de color rojo intenso y sangra a la provocación más leve y espontáneamente.

Agranulocitosis

Enfermedad aguda que se caracteriza por leucopenia y neutropenia extrema, junto con ulceración de la mucosa bucal, piel y tubo digestivo.

La instalación de la enfermedad se produce junto - con fiebre, malestar, debilidad general y dolor de garganta. Las úlceras de la cavidad bucal, bucofaringe y garganta son - características, otras son la hemorragia gingival, necrosis, - mayor salivación y olor fetido.

Policitemia

Se define como un aumento anormal de hematiés en - sangre periférica, por lo general con aumento del nivel de - hemoglobina.

La policitemia primaria o secundaria se caracteriza por un color rojo azulado cianótico de la piel con iguales manifestaciones en la membrana mucosa de la boca y faringe, a veces se observa un color brillante y difuso de la encía y - lengua con sangrado gingival anormal.

Leucemia

Caracterizada por la superproducción de leucocitos que aparece en la sangre circulante con formas inmaduras.

En todas las formas de leucemia la irritación local es el factor desencadenante de los cambios bucales. Los signos son gingivitis, hiperplasia gingival, hemorragia, petequias y ulceración de la mucosa.

CAPITULO V

Elementos del Criterio Terapéutico

DIAGNOSTICO

Representa la información recogida de observaciones detalladas y sistemáticas. A partir de observaciones, y del diagnóstico se plantea el tratamiento y se proyecta el pronóstico.

El diagnóstico parodontal, deberá responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los factores que causan la enfermedad gingival, las bolsas periodontales y la enfermedad parodontal?
- ¿Presencia de cambios gingivales y periodontales explicables mediante factores locales o que sugieren la posibilidad de una etiología sistemática concomitante?

Para lo cual ha de llevarse a cabo un exhaustivo examen, ya que sin una concepción total, solo es posible un tratamiento limitado y la contribución a la salud bucal del paciente será limitada.

Examen

Para establecer el tratamiento completo, es preciso hacer un examen minucioso conteniendo entrevista, examen radiográfico y bucal e historia médica.

Entrevista

Brinda al Odontólogo la oportunidad de establecer una relación, comenzar la educación del paciente y familiarizarlo con el estilo con que se realiza la práctica y hacer una valoración preliminar del individuo.

Se obtiene información referente a las molestias principales mediante la elaboración de la historia médica y bucal, interrogando perspicazmente, examinando, registrando y observando; proporcionando información que permite saber si hay alguna relación entre la salud general del paciente y su salud mental y enfermedad bucal.

Se recoge la siguiente información:

- a) Estadística básica.

Incluye datos personales: dirección, edad, sexo, estado civil, ocupación, etc. Conocimiento del paciente y sus posibles antecedentes.

- b) Molestias Principales.

Motivo de la visita. Con frecuencia se presenta para una inspección de rutina, sin embargo, habrá veces que se presente con una urgencia. En estos casos, se atenderá la urgencia tan pronto se determine su localización y origen, informándose sobre su inicio y si se produjo anteriormente; posponiendo el resto de la entrevista.

Historia Médica

Comprende el estado de salud general. Ayudará al operador en:

- a) El diagnóstico de manifestaciones bucales de enfermedades generales.
- b) En la determinación de estados sistemáticos que puedan afectar a la respuesta de los tejidos periodontales a factores locales.
- c) En la determinación de estados sistemáticos que demandan precauciones especiales y modificaciones en los procedimientos terapéuticos.

Hay que preguntar al paciente su estado de salud, de enfermedades graves, cuando fué su última visita médica, razón de su consulta y resultados de ella, quién en su médico, tratamiento actual. Si ha estado hospitalizado, por que razón; si toma remedios o drogas; si es alérgico a algún medicamento.

Por lo general hay que hacer investigaciones específicas respecto al corazón y sistema circulatorio, sistema genitourinario, endocrinopatías, discracias sanguíneas, alergias, tipos de dieta, trastornos del aparato digestivo, enfermedades pulmonares, estados nerviosos.

Entre los factores esenciales de interés para la enfermedad paradontal: embarazo, partos, menarquia, menopausia; disfunción ovárica, tiroidea o de otras glándulas endocrinas, que pudieran afectar la evolución del tratamiento o exigir determinadas precauciones como antecedentes de cardiopatías reumáticas o valvular, hipertensión arterial, uso de anticuagulantes, hepatitis, sífilis y enfermedades hepáticas.

El examinador ha de pensar en el cáncer, indicios como pérdida de peso, hinchazones o úlceras.

Se considerará la necesidad de exámenes de laboratorio, frotis sanguíneos, biopsias, etc.

Cuando se requiera de consulta médica se pondrá en contacto con el médico del paciente.

Examen Radiográfico

Las radiografías son representación dimencional de - estructuras tidimensionales. Son muy utiles como elementos de diagnóstico cuando se las correlaciona con el examen bucal visual, sondeo o exploración clínica.

Proporcionan información sobre:

- a) Altura ósea interdientaria y presencia de cortical.
- b) Patrones trabeculares, desviaciones de éste, atrófia por desuso y afecciones raras como hiperparatiroidismo y enfermedad de Paget.
- c) Zonas radiolúcidas que indican destrucción ósea y que se pueden confirmar mediante un sondeo (quistes, granulomas, cementomas, cuerpos extraños).
- d) Pérdida ósea en las furcaciones, localizada o generalizada, horizontal o vertical.
- f) Ancho del espacio del ligamento periodontal, cementosis.
- g) Relación corona-raíz
- h) Forma y longitud de la raíz, absorción radicular.
- i) Localización del seno maxilar respecto a la cresta alveolar.
- j) caries en corona y raíz, calidad general de las - restauraciones y depósitos grandes de cálculos.
- k) Dientes ausentes, supernumerarios y retenidos
- l) Posición dentaria.

Su limitación es:

- No señalar la profundidad de la bolsa
- No revelar lesiones incipientes
- No reflejar la exactitud de los defectos óseos
- No revelan sus cambios en las caras linguales y vestibulares.
- No se observa la relación exacta del tejido duro con el blando.

Las radiografías de buena calidad, vistas con luz - difusa y lentes de aumento y examinadas con atención, revelan la mayoría de las lesiones óseas de la enfermedad periodontal son parte fundamental del examen.

Historia Bucal

El examen bucal comprende la inspección de los tejidos blandos, los dientes, la oclusión y la articulación temporomandibular. Se harán modelos de estudio.

Cuando la molestia no es urgente, se anotará la historia de la enfermedad bucal presente desde su comienzo hasta el momento actual, si ha sido tratada, como y si fué completo el tratamiento.

Incluiremos los tratamientos pasados (ortodoncia, prótesis, cirugía, etc), fecha aproximada de tratamientos periodontales, molestias anteriores, hemorragia gingival, absceso paradontal, dolor, ardor, mal aliento, migración dentaria patológica, frecuencia de depósitos calcificados, sangrado al cepillado.

En tejidos blandos se observa lengua, mucosa bucal, piso de boca, paladar, frenillos y garganta; se observa el color la textura, el tamaño, consistencia.

Los hallazgos gingivales clínicos se clasifican según:

a) la extensión de la lesión en localizada o generalizada.

b) Distribución de la lesión, papilar, marginal o de encía interdientaria.

c) Estado de inflamación en aguda o crónica.

d) Características Clínicas, hiperplasia, úlceras, necrosis, formación de pseudomembrana, profundidad de las bolsas, exudado purulento, exudado sérico, hemorragia, inserción anormal de músculos o frenillos, ancho de encía insertada y relación de las bolsas con la unión mucogingival.

Al examinar la encía el clínico deberá tener en mente el cuadro clínico de encía normal.

Se registra en tamaño de los dientes, susceptibilidad a la caries, presencia de ella, desgaste oclusal, diastemas, espacios interdentarios, abrasiones por cepillado, movilidad dentaria, mal posición, esmalte hipoplásico, dientes supernumerarios, sin vitalidad y sensibilidad dentaria.

La higiene bucal se determina, auxiliándose con soluciones reveladoras, localizando cantidad de placa, depósitos sub y supra gingivales, materia alba, abrasiones, localización de caries, restauraciones inadecuadas, se pregunta de fecha de la última profilaxis, técnica de cepillado y elementos auxiliares.

Se buscan signos y se preguntan síntomas de enfermedades de la articulación temporomandibular. Se observa la oclusión como un factor de la etiología periodontal.

Se examinan las cadenas ganglionares.

Se realiza el sondeo, auxiliado por anestésicos tópicos para reducir todo dolor. Si el paciente ha sufrido fiebre reumática con lesión valvular, deberá tomar dosis adecuada de antibióticos antes de iniciar el sondeo.

PRONOSTICO

Es la apreciación de la evolución de la enfermedad y la predicción de la respuesta al tratamiento. Depende de la información recogida durante el examen.

El pronóstico depende de la capacidad del Cirujano Dentista para reconocer y eliminar o regular los factores que producen la enfermedad, de su capacidad para corregir todo daño que pueda haber generado la enfermedad y de la capacidad y determinación del paciente para mantener la salud del periodonto y los dientes.

El pronóstico que se determine puede ser bueno, reservado o malo, y pudiendo ser diferente en cada zona.

Factores

Bolsas.- Extensión localización, profundidad y complejidad: Las bolsas someras tendrán mejor pronóstico, las bolsas profundas pueden ser favorables cuando los niveles óseos son altos. La eliminación de bolsas es más fácil en dientes unirradiculares. Por lo general, cuando la bolsa es más accesible mejor es el pronóstico.

Pérdida Osea.- Extensión, localización y complejidad: Cuanto mayor y más irregular sea la pérdida ósea, tanto peor es el pronóstico. Si es horizontal, la bolsa se elimina más fácilmente; cuando es irregular, vertical, con defectos óseos ahuecados habrá la posibilidad de hacer osteoplasia, reinserción, injertos o trasplantes óseos.

Movilidad Dentaria y su causa.- El pronóstico es malo cuando la pérdida ósea esta avanzada y cuando los factores sistémicos no son corregidos. Los dientes con 4 o 5 mm. de hueso remanente o con movilidad de clase 2 o 3 tienen pronóstico dudoso. La movilidad que se origina en el ensanchamiento del ligamento periodontal y no en la pérdida de soporte alveolar, tiene pronóstico favorable. La aplicación acertada del ajuste oclusal y la estabilización mediante la ferulización en el intento para reducir la movilidad dentaria, mejoran el pronóstico.

Etiología.- Cuando es más obvia la etiología más fácil es el tratamiento. La determinación de los factores etiológicos ayudan a que la corrección sea con mayor rapidez.

Duración de la enfermedad, extensión y naturaleza de la afección.- Un paciente con una enfermedad sistemática constituye un problema mayor. El paciente que presenta una reacción intensa a una irritación mínima tiene peor pronóstico que los que presentan una respuesta resistente a una cantidad considerable de irritantes.

Morfología dentaria, forma de la corona, raíz y su relación.- Los dientes con raíces cónicas o cortas y finas tienen peor pronóstico que los que tienen raíces anchas y gruesas y son más resistentes a las fuerzas traumáticas. Las caras oclusales anchas, facilitan la movilidad dentaria.

Actitud y deseo del paciente, capacidad y resolución en los procedimientos de cuidados caseros e interés por conservar sus dientes. Si no lo están hay probabilidad que sea menos eficaz, los esfuerzos del tratamiento periodontal pueden ser abandonados y llegar a la extracción.

PLAN DE TRATAMIENTO

Es un programa organizado de procedimientos para - eliminar los signos y síntomas de la enfermedad y restablecer la salud, basados en los hallazgos del examen, en el - diagnóstico, en la etiología presuntiva de la enfermedad y - en el pronóstico. Se requiere el esfuerzo mancomunado de paciente y profesional.

Tiene como finalidad detener el proceso de destrucción, que de otra manera llevaría a la pérdida de los dientes y establecer condiciones bucales conducentes a la salud periodontal.

Por lo general debe ser un programa organizado y - limitado a las medidas directas necesarias para conseguir el resultado. Se determina sobre la base de las necesidades del paciente y los hallazgos del examen inicial.

En esencia, el tratamiento consta de medidas de - control de los factores etiológicos que se supone son responsables de la enfermedad y de la reparación de todo daño que se produjo.

El Odontologo toma nota de los signos clínicos de la enfermedad y deduce sus causas, correlaciona los signos y síntomas con los conocimientos de histopatología y fisiología de los tejidos afectados y llega al tratamiento apropiado.

CAPITULO VI

Medios de Prevención y de Mantenimiento

PREVENCIÓN

Gran parte de la gingivitis y la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes que ellas causan, pueden ser prevenidos, pues tienen su origen en factores locales que son accesibles, corregibles y controlables.

La prevención se puede hacer antes de que la enfermedad se produzca, mediante la enseñanza del control de placa, el examen y la profilaxia bucal periódicos, y las medidas para aumentar la resistencia de los tejidos periodontales a lesión o infección antes de la aparición, tomando el nombre de prevención primaria. Una vez iniciado y reconocido el proceso patológico se debe realizar la prevención secundaria mediante tratamientos inmediatos; y cuando la enfermedad está en fase avanzada se controla mediante la prevención terciaria para evitar mayores daños. En las fases tardías la rehabilitación desempeña un papel preventivo.

Se divide en cinco niveles:

- 1) Promoción de la salud, tiene como finalidad mejorar la resistencia de los tejidos mediante buena nutrición, educación de la salud general y bucal, motivación para el mantenimiento de higiene bucal, y mejores condiciones de vida.
- 2) Protección específica, contra la enfermedad bucal se consigue mediante la profilaxis bucal, regular y periódica y procedimientos de higiene bucal correcto y eficaz.
- 3) Diagnóstico temprano y rápido tratamiento, se hará mediante exámenes clínicos y radiográficos periódicos de los tejidos bucales para diagnóstico de las lesiones periodontales incipientes y el rápido tratamiento.
- 4) Limitación de la incapacidad y
- 5) Rehabilitación, previenen un mayor avance de la enfermedad e incapacidad.

Hasta ahora el procedimiento más prometedor para la prevención de la enfermedad periodontal, es el control de la placa bacteriana, que se forma continuamente y es la causa principal de gingivitis y parodontitis, pudiendo ser eliminada por el paciente mediante un método de control.

Los agentes reveladores facilitan su localización y eliminación: La solución de fuscina básica al 0.3 x 100, pardo bismark o eritrocina, imparte un color rojo brillante a la placa, los pigmentos y los depósitos calcificados, tienen los márgenes irregulares de obturaciones plásticas y la mucosa de labios y carrillos, lengua y piso de boca.

Cuando se usa fuscina básica, se disuelven 10 gotas en 30 ml de agua y se enjuaga vigorosamente durante 30 segundos. Cuando se usan tabletas reveladoras, el paciente ha de masticar bien la tableta, mezclándola con saliva y después mover el líquido vigorosamente en la boca durante un minuto. Es preciso cuidar que la solución llegue a todas las zonas de la boca para que sea teñida la placa.

MANTENIMIENTO

Al concluir el tratamiento preriodontal se revaloriza, antes de dar de alta al paciente. Se examina la profundidad de las bolsas, no deben medir más de 3 mm., si hay manifestaciones residuales de bolsas se volveran a tratar las zonas afectadas salvo en pacientes cuyo estado físico, emocional, edad avanzada o condiciones intrínsecas hagan impracticable la eliminación correcta de la bolsa. La movilidad dentaria debe haber sido reducida. El color y forma de los tejidos deberan haber adquirido su estado normal. Se apreciara la capacidad del paciente para realizar adecuadamente los procedimientos de higiene bucal, tomando indices de placa, observando la técnica del paciente y examinando los dientes y tejidos para detectar residuos, inflamación y exudado.

No hay que dar de alta al paciente que no ha demostrado eficiencia en la higiene bucal, si el mejoramiento es posible.

Hay que tomar nuevamente radiografías para observar los estados de caries y los niveles óseos, en pacientes que se dan de alta, las radiografías se toman como mínimo a los 2 años, tiempo en que se observara mejor la formación de hueso.

Se hacen pruebas de vitalidad pulpar.

El tratamiento ha concluido cuando se ha alcanzado un resultado optimo para ese paciente.

Explique al paciente lo que se ha conseguido y la importancia de mantener lo conseguido.

CAPITULO VII

Tratamientos Periodontales

HIGIENE BUCAL

La higiene dental y el masaje gingival son procedimientos para eliminar la placa, los depósitos blandos y residuos alimenticios, para que la encía sea firme y aumente la cornificación del epitelio.

La Higiene Bucal favorece la circulación, la cornificación del epitelio, hace que los tejidos gingivales sean más resistentes a la irritación mecánica y reduce la cantidad de microorganismos.

El examen clínico, son ayuda para determinar la cantidad y capacidad de formación de placa, y grado de higiene en cada paciente.

Cuando los problemas dentales de un paciente se deben, aunque sea parcialmente a la ausencia de higiene bucal es obligatorio instituir un programa de control de placa. Así mismo seguir la evolución de aquellos pacientes que demuestren ser capaces de realizar la higiene bucal.

Se debe educar al paciente con respecto a la placa y sus efectos, explicándole en forma precisa su causa, composición; en forma objetiva retirando un poco de éste con un explorador de sus dientes, mediante la tensión con soluciones reveladoras y luego se le enseña a controlarla. Siendo la manera más efectiva, la remoción mecánica con cepillo de dientes, la seda dental y otros elementos accesorios.

TECNICAS DE CEPILLADO

Cepillo Dental.

Elimina placa y materia alba, restos alimenticios, reduciendo la instalación de la gingivitis y retardando la formación de cálculos.

Un cepillo de dientes debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las superficies dentarias; de fibras sintéticas ya que no se desgastan tan pronto como las naturales y son elásticas; con dos o tres hileras de 10 a 12 penachos ya que estos, separados permiten una mejor acción de las fibras; de consistencia blanda y extremos redondeados con el fin de no lastimar la encía.

Siempre tomando en cuenta que los cepillos deben ser adaptados a los requerimientos individuales de los pacientes, y esto significa que el mango puede ser arqueado, de fibras de mediana dureza, etc., de tal modo que las fibras puedan llegar a todas las superficies dentarias y mantengan la higiene bucal sin causar problemas en el individuo en cuestión.

Métodos

Con excepción de técnicas que por su vigor traumatizan los tejidos, cualquiera de los métodos corrientes, siempre que se los practique minuciosamente, dará resultados esperados. La escrupulosidad es lo que cuenta. A veces es indispensable indicar combinaciones de más de un método, debido a problemas de alineamiento dental, inteligencia, cooperación y destreza manual del paciente, Etc.

Se recomienda seguir un orden para evitar dejar - - zonas sin cepillar, se aconseja iniciar en zonas de molares superiores derechos a molares izquierdos en superficies vestibulares y regresar por superficies linguales. Siguiendo el mismo orden en dientes inferiores y abarcando solo dos dientes y respetando siempre la eminencia canina, por último continuar con caras oclusales.

Método de Chartes

Cepillo colocado a 45° con las cerdas orientadas - - hacia la corona, se mueve a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen el margen gingival conservando su inclinación. Se gira levemente el cepillo, sin descolocar las cerdas, hasta contar diez. En superficies oclusales, se fuerzan suavemente las cerdas dentro de los surcos y fisuras o haciendo un movimiento de rotación.

Método de Stillman

El cepillo se coloca quedando las puntas de las cerdas parte en encía y parte en la porción cervical de los dientes; oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en tejidos apical. Se ejerce presión lateralmente contra el margen gingival, se retira ligeramente el cepillo. Se aplica presión varias veces, y se imprime al cepillo un movimiento rotativo suave con los extremos de las cerdas en posición.

Método de Fones

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

La frecuencia de higiene varía en opiniones. Se piensa que un cepillado escrupuloso en 24 horas es suficiente y se aconseja que se cepille después de cada alimento y por la noche antes de acostarse.

Uso del Hilo Dental

Es un medio eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales.

Técnica (Mc-Donald)

- 1.- Usando 60 a 90 cm. de hilo sin encerar, se envuelve alrededor del dedo medio de la mano derecha, excepto unos 20 cm.
- 2.- Envuelto bastante del extremo libre en torno del dedo medio izquierdo para sostenerlo.
- 3.- Ubicar el hilo sobre las puntas de los pulgares e índice o de ambos índices, manteniendo una distancia de unos 2.5 cm.
- 4.- Pasar el hilo entre cada par de dientes con movimientos de serrucho por entre los puntos de contacto. No se ha de pasar de golpe.

5.- Se curva abrazando el diente anterior y se lo lleva hacia abajo del tejido gingival hasta sentir una resistencia. Se pule la superficie dentaria frotando el hilo hacia arriba y abajo. Se hace lo mismo en las caras del diente posterior.

6.- A medida que el hilo se deshilacha o ensucia, se desenvuelve del dedo medio derecho y se envuelve en el izquierdo.

Conos Interdentarios

Son de gran utilidad en la limpieza y estimulación proximal, pudiendo ser de gran utilidad cuando se han creado espacios interdentarios. Si la papila interdentaria esta presente y llena el espacio, la acción de sus puntas se limitan al surco gingival.

Los hay de caucho, madera y plástico y a veces vienen en el extremo del mango del cepillo; los palillos de dientes, se recomiendan para remover la placa interproximal en zonas inaccesibles para el cepillo y hilo dental presionando contra la superficie dentaria, evitando el trauma de la papila interdentaria.

Su uso esta contraindicado en personas jovenes con buen contacto interproximal y papila interdentaria normal.

Dentífricos

Por medio de sus componentes tensioactivos y detergentes, los dentífricos ayudan a remover residuos alimenticios y placa, y mediante sus agentes abrasivos, a remover manchas y pigmentación. Además de contener esencias que imparten sensación de frescura y limpieza.

Enjuagatorios Bucales

Tienen poco o ningún efecto sobre la salud gingival.

RASPAJE

Tiene como finalidad quitar la placa dentaria, el cálculo y la pigmentación; reduciendo la inflamación.

Técnica

La anestesia no es necesaria, se usa tópica cuando hay sensibilidad gingival o dentaria considerable, local infiltrativa o regional. Es importante el uso de antibióticos en pacientes con antecedentes que pueden producir bacteremia. Un apósito preoperatorio entre uno y tres días antes del raspaje ayuda a la retracción de los tejidos gingivales, reduce el edema y la hemorragia y da visibilidad del depósito, facilitando el raspaje.

Se limpia el campo operatorio. El operador tratara de ver toda la masa de cálculo y precisar su extensión antes de tratar de retirarlo auxiliándose con una sonda o explorador, insuflando aire tibio entre el diente y la encía.

El raspaje consiste en un movimiento de "tracción" excepto en las superficies proximales de dientes anteriores muy juntas, donde se usan cinceles delgados con un movimiento de empuje o impulsión.

En el movimiento de tracción el instrumento toma - el borde apical del cálculo y lo desprende con un movimiento firme en dirección a la corona. Este movimiento comienza en el antebrazo y es transmitido desde la muñeca hacia la mano mediante un leve flexionamiento de dedos. En el movimiento de empuje, los dedos activan el instrumento evitando hacerlo en dirección apical para no introducir cálculos dentro de los tejidos de soporte.

El cálculo se desprende en su totalidad, comenzando por debajo del borde; no se va "adelgazando" hasta alcanzar la superficie dentaria.

El raspaje se limita a una zona pequeña del diente donde se localizan los cálculos y otros depósitos. Se eliminan los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales.

La remoción completa de cálculos subgingivales demandan el desarrollo de un sentido del tacto muy delicada, - hay que controlar la lisura de la raíz con un raspador fino o un explorador agudo.

El material ablandado será eliminado hasta llegar a substancia firme. Los cálculos retenidos impiden la curación total. Debe observarse la raíz hasta que quede suave. - Se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos de la superficie radicular, el alizado final se obtiene con curetas que producen superficies significativamente más suaves que las que se consiguen con las asadas.

El pulido coronario se hace adecuadamente con una taza de caucho montada sobre zonas accesibles. En zonas interproximales se usará madera de balsa, hilo de seda dental o tiras de pulir de lino finas. El agente pulidor más usado es la pasta compuesta de pómex y glicerina. Se aconseja el uso de soluciones reveladoras.

Los apósitos posoperatorios se utilizan en determinados casos después del raspaje radicular, reducen la hemorragia y el dolor posoperatorio, y contribuyen a la comodidad del paciente.

CURETAJE

Junto con el raspaje, es el procedimiento básico - común, empleado para la eliminación de bolsas periodontales y el tratamiento de la enfermedad gingival.

Tiene como finalidad el remover el tejido degenerado y necrótico que tapiza la pared gingival de las bolsas periodontales, acelera la cicatrización mediante la reducción de la tarea de las enzimas orgánicas y fagocitos, quienes de ordinario eliminan los residuos tisulares durante la cicatrización.

Técnica

Se aísla el campo y se pincela con antisépticos - (menthiolate o Metaphen), se usa una anestesia tópica, en algunos casos infiltrativa.

Se introduce la cureta de modo que toma el tápiz - interno de la pared de la bolsa y se la desliza por el tejido blando hacia la cresta gingival. La pared blanda se sostiene con presión digital suave en la superficie externa. Después, se coloca la cureta por debajo del borde cortando la adherencia epitelial, como para socavarla. Se separa la adherencia epitelial con un movimiento de pala o de cuhara - hacia la superficie del diente.

La hemorragia originada, la contracción de la encía y la reducción de la profundidad de la bolsa, facilita la cicatrización al eliminar residuos tisulares.

No se debe tratar de curetear la encía delgada y - friable, puede provocar su perforación o desgarro.

Después del curetaje, se lavaran las bolsas con solución salina normal esteril.

CIRUGIA PERIODONTAL

La cirugía esta indicada en presencia de bolsas y - la forma no fisiológica de la encía y puede estar contraindicada en pacientes con determinadas enfermedades orgánicas o - metabólicas.

Aproximadamente una semana antes, se revalorizara - la historia médica y bucal. Se determinara nuevamente la profundidad de las bolsas como consecuencia de procedimientos - previos de raspaje, curetaje e higiene bucal observando contornos, forma, color y textura de la encía.

Planificación

Se valoriza la zona a operar, el tipo de extensión de la cirugía, la premedicación cuando este indicada incluyen do antibióticos, tranquilizantes o barbitúricos.

Se aconseja la técnica esteril con inclusión de - guantes de caucho, tener el instrumental limpio y completo.

Los procedimientos de elección de anestesia, son in filtración local y anestesia regional con dosis comunes. La - inyección directa en papilas interdentarias es particularmente útil en la gingivectomia, torna la encía más firme, y más fácil de incidirla, produce efectos hemostáticos.

Cuando se va hacer una gingivectomia, hay que marcar la profundidad de las bolsas para hacer la planificación de - la incisión en parte vestibular y lingual.

Al concluir la cirugía, antes de la sutura y la colocación del apósito se controla la hemorragia.

Se coloca un apósito cuando sea necesario, para cubrir las heridas. Los apósitos son semejantes al cemento y - protegen los tejidos incididos de la irritación de los alimentos, el aire, los movimientos de lengua y carrillo.

Estos apósitos pueden ser:

- 1 Apósitos de base de óxido de zinc y eugenol, son los más usados y comerciales.
- 2 Apósitos de mezclado rapido (Peripack)
- 3 Resinas
- 4 Combinación de óxido metálico hidrosoluble y ácido metálico no ionizantes.

Instrucciones Posoperatorias

- 1.- No comer y beber hasta despues de dos horas
- 2.- No tocar con lengua y dedos el apósito
- 3.- Evitar comidas ácidas o condimentadas
- 4.- Tomar jugos de fruta con pajita
- 5.- Si el apósito se rompe o se cae, llamar al consultorio (como medida de urgencia se usa el - Orabase o Parafina).
- 6.- Tomar medicamentos indicados
- 7.- No dejar de cepillarse. Cepillar todas las zonas no operadas, y en las que se hizo la operación - solo zonas oclusales.

GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA

La Gingivectomia es la excisión de la pared blanda de la bolsa para eliminarla, proporcionando la accesibilidad y visibilidad fundamentales para la remoción completa de los depósitos superficiales irritantes y el alizado a fondo de las raíces; originando un medio ambiente favorable para la cicatrización gingival y restauración del contorno gingival fisiológico.

Para realizarlo debe:

- a) La zona de la encía insertada ser suficientemente ancha para que la excisión de parte de ella, deje una zona adecuada desde el punto de vista funcional.
- b) La forma de la cresta alveolar subyacente, debe ser normal. Si ha habido pérdida ósea debe ser horizontal.
- c) No debe haber defectos o bolsas infraóseas

Indicaciones

- 1.- Se usa para eliminar bolsas supra alveolares y bolsas falsas, agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía.
- 2.- Transformar margenes redondeados o engrosados a la forma de "filo de cuchillo".
- 3.- Crear una forma estética, en casos en que no se ha producido la exposición completa de la corona.
- 4.- Crear simetría bilateral allí donde el margen de un incisivo se ha retraído algo más que el del incisivo vecino.
- 5.- Exposición mayor de la corona clínica para eliminar caries subgingivales o permitir la colocación de un aparato endodóntico.
- 6.- Corrección de cráteres gingivales.

Contraindicada

- 1.- En presencia de rebordes alveolares vestibulares y orales gruesos cráteres interdentarios o crestas óseas de forma caprichosa.
- 2.- La presencia de bolsas intraalveolares.
- 3.- Si la excisión de la encía debara una zona inadecuada de encía insertada.
- 4.- Cuando la higiene es mala.
- 5.- Cuando existen determinadas enfermedades o afecciones.
- 6.- Cuando hay sensibilidad dentaria antes de la cirugía.

Técnica

Preparar al paciente con anterioridad indicandole métodos de higiene, haciendo remoción de placa, curetaje y raspaje; eliminar la enfermedad gingival aguda y premedicar al paciente.

Se marcan las bolsas con una sonda periodontal o pinzas marcadoras en lingual y vestibular, en el segmento a tratar.

Se anestesia infiltrativamente local o regionalmente.

La encía se puede cortar con bisturi periodontal, - escarpelo o tijeras para encía. La incisión se hace por apical a los puntos sangrantes, puede hacerse en forma continua o discontinua evitando exponer hueso.

Dependiendo del espesor de la encía y de la inclinación axial de los dientes se hará la incisión, en encía gruesa el bisel es largo, festoneando siempre.

Se debiera percibir que la hoja hace contacto con la superficie dentaria en lo profundo del corte. En la zona interdientaria la incisión se extendera a mayor profundidad en los tejidos.

Deben unirse la incisión con los tejidos de los contornos de la zona operada y la adyacente para que prevalezca la buena forma.

Para que el bisel sea el apropiado, se usan bisturíes angulados, y utilizados con una inclinación de 45°, eliminando las bolsas, encía biselada, en filo de cuchillo y el tejido restante quedará festoneado alrededor de cada diente.

Para hacer correcciones se utilizan bisturíes arriñonados o interdentarios, con movimientos de raspado.

Se elimina el cálculo y el cemento necrótico y se alisan las superficies radiculares con raspadores superficiales y profundos y curetas. No hay que tocar hueso.

Antes de colocar el apósito se retiran restos de cálculo o tejido blando y se lava la zona varias veces con agua tibia y se cubre con gasa, se inhibe la hemorragia. El apósito impide la formación de tejido de granulación exuberante y haciendo las veces de matriz, debe cubrir la herida y protegerla del trauma mecánico durante la masticación y de irritantes alimenticios muy condimentados.

Se coloca a lo largo del cuello de los dientes y no debe cubrir la superficie oclusal y sin invadir inserciones musculares, haciendo retenciones interproximales, para evitar su desplazamiento.

Se le hacen las recomendaciones posoperatorias y se le indica fecha de cambio del apósito, a los tres o cinco días, o antes si el apósito se mueve.

La gingivoplastia es el remodelado de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos. Por lo general se realiza como segunda operación en la persistencia de anomalías después de la gingivectomia. Con gran frecuencia se realizan al mismo tiempo.

Puede hacerse con bisturi periodontal, escarpelo, - piedra rotatoria de diamante de grano grueso o con electrocirugía. Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en dentaduras artificiales; afinamiento del margen gingival, creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentarios verticales, y remodelado de papilas interdentarias para proporcionar vías de escape a los alimentos.

CURETAJE QUIRURGICO POR COLGAJO

Se aplica en el tratamiento de bolsas profundas con pérdida ósea extensa, cuando el raspaje y curetaje gingival - no son suficientes y los otros procedimientos (gingivectomia, cirugía ósea, reinserción o injertos óseos) no son indicados.

Técnica

Una vez anestesiada la zona se aísla con un trozo - de gasa, se seca y pinta con solución antiséptica, se sondea el curso de la bolsa para determinar dónde comenzar la incisión.

En incisión roma, se separan las papilas con bisturí, se introduce un elevador perióstico en los surcos presionando contra el diente y el hueso para rechazar un colgajo de espesor total. Obteniendo acceso y visibilidad que permiten - la remoción de tejido inflamado de encía y diente, y el alizdo de la superficie radicular expuesta.

Al termino se limpia la zona, se coloca nuevamente el colgajo y se fija con sutura interdientaria, y se coloca el apósito.

En un colgajo completo, se hacen incisiones verticales a lado de la zona a tratar, extendiéndose desde el margen gingival hacia la mucosa alveolar, deben encontrarse suficientemente alejados para exponer la totalidad del defecto óseo, sin estirar los tejidos, y deben ser suficientemente profundos para permitir el rechazo de un colgajo mucoperióstico. - Antes de rechazar el colgajo, se hace una incisión interna a lo largo del margen gingival para separar del colgajo la pared blanda de la bolsa. Se rechaza y se curetea la pared adherida de la bolsa y se activa de la superficie dentaria, se alejan las superficies radiculares, se elimina por curetaje - las fibras de la superficie ósea, para permitir la hemorragia irrestricta dentro del defecto. Una vez terminado, se limpia, la zona se espera a la formación del coágulo y se coloca el colgajo suturandolo firmemente y se pone el apósito periodontal.

Para obtener una reinserción se precisa quitar todo el epitelio de inserción, así como parte o todo el tejido conectivo blando adyacente y subyacente de la boca y presionando la encía una vez terminado para coaptar el coágulo y protegiéndolo con una lámina adhesiva sobre la luz de la bolsa antes del apósito y protegerlo de agresiones mecánicas y de entradas de sustancias orgánicas extrañas, administrando antibióticos en el momento de la cirugía o durante tres o cuatro días despues.

Se retira el apósito y las suturas despues de una - semana. Por lo general no precisa volver a colocarlo.

OSTECTOMIA Y OSTEOPLASTIA

La resección ósea se clasifica en Osteotomía, eliminación de hueso que proporciona inserción a las fibras del ligamento periodontal suprimiendo bolsas; La Osteoplastia es la remodelación del hueso que proporciona inserción de las fibras del ligamento parodontal creando contornos óseos fisiológicos permitiendo que la encía se mantenga en estado de salud. Por lo común se realizan juntos. Esta indicado cuando es preciso cambiar el perfil óseo alveolar para facilitar la eliminación de las bolsas y hacer posible los contornos fisiológicos gingivales, para retirar formaciones óseas caprichosas producidas en la enfermedad periodontal.

Contraindicada en zonas anatómicas locales que dificultan la cirugía ósea, seno maxilar, apófisis cigomática, triángulo retromolar, líneas oblicuas, agujero mentoniano y palatino anterior, tablas óseas delgadas, fenestraciones alveolares, espacios medulares agrandados, láminas hamular y pterigoides, o por mala salud del paciente.

El tratamiento de lesiones óseas específicas demandan juicios quirúrgicos.

Para reproducir la forma ósea cuando sea posible aplicarlo, hay que usar como patrón la forma normal ideal del hueso alveolar. El biselado se utiliza para adelgazar margenes óseos y crear vertientes inclinados hacia la corona. El festoneado modifica la forma ósea mesiodistal para crear una vertiente, se hace para crear vías de escape interdientarias, surcos concavos o vertientes graduales tales como las de las zonas desdentadas vecinas o dientes inclinados.

En gran parte de los casos es posible crear la forma ideal por medios quirúrgicos.

Hay que reducir al mínimo la exposición completa del hueso para evitar mayor pérdida ósea.

Una vez concluida la cirugía de hueso debe ser cubierto por la encía. Si no hay encía, ha de elegirse el colgajo desplazado lateralmente o el injerto gingival libre para cubrir el hueso y crear una zona adecuada de encía. Cuando es inevitable una cierta exposición posoperatoria de hueso, se cubrirá con Gelfoan, Telfa o Adaptie, antes de colocar el apósito quirúrgico consiguiendo primero la hemostasia adecuada debiendo ser la consistencia del apósito más blanda que la utilizada en gingivectomías, y se cambia a los 5 días y se retiran las suturas.

Se medica para reducir el dolor y la hinchazón, si se considera necesario.

C O N C L U S I O N

El periodonto tejido de protección, sostén y anclaje de los dientes en los maxilares, es parte del cuerpo humano - que funciona en concordancia a él.

Lugar en que se manifiestan como en cualquier otro - organismo la salud y el desequilibrio Bio-Psicológico y funcional del individuo.

Los factores que provocan una patología periodontal son Locales como placa dentaria, tartaro, microorganismos, - trauma oclusal, tratamientos dentales defectuosos, etc. siendo los principales y más abundantes, y de los que tiene mayor responsabilidad el Cirujano Dentista y; Generales como enfermedades sistémicas, psíquicas, microbiológicas y estados fisiológicos que contribuyen a un pronóstico reservado. Ambos factores, generan diversas condiciones destacando la producción de la inflamación y la destrucción periodontal, que cuando no son controladas adecuadamente el resultado final es la movilidad dentaria y en última instancia la pérdida de dientes afectados.

Corroborar una Historia Médica y Bucal lo más exacta posible, ayuda a: la localización temprana de irritantes locales y el tratamiento adecuado a seguir y; en la determinación o el diagnóstico de enfermedades generales, que se manifiestan evidentemente en boca, para la prevención o el control a tiempo de dicha enfermedad en forma local y general en común acuerdo con el Médico especializado en ella.

Para el éxito completo del tratamiento es primordial el mantenimiento posoperatorio, evitando así residivas.

Es importante recordar que los efectos finales de la enfermedad periodontal observados en los adultos, tienen su - comienzo temprano en la vida, y que el mediador fundamental - en la salud periodontal es la higiene bucal correcta.

El respeto absoluto por los principios básicos de la buena Odontología es sin duda, el mejor procedimiento preventivo y curativo.

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

ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL Y BUCAL

Tomas Velázquez
La Prensa Médica, 1977

ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL

J.J. Pindborg
Salvat Editores, S.A., 1976

BIOLOGIA DE LA BOCA

Tomas Torres
Editorial Panamericana, 1973

BIOQUIMICA DENTAL

Eugene P. Lazzari
Editorial Interamericana

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA

John F. Prichard
Editorial Labor, S.A., 1977

FISIOPATOLOGIA BUCAL

Richard W. Tiecke
Editorial Interamericana 1960

LA BOCA

Su Importancia Clínica
Arvis F. Riffle
Ediciones Vitae, 1959

MICROBIOLOGIA ODONTOLOGICA

William A. Nolte
Editorial Interamericana, 1971

ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION

Kantz Simon
Editorial Médica Panamericana, 1975

PATOLOGIA BUCAL

William G. Shaffer
Editorial Interamericana, 1980

PATOLOGIA ORAL
Thoma Kurt
Salvat Editores, S.A., 1975

PERIODONCIA
Balint Orban
Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1980

PERIODONTOLOGIA
Slepher Stone
Editorial Interamericana, 1978

PERIODONTOLOGIA CLINICA
Erving Glickman
Editorial Interamericana, 1980

PROTESIS PERIODONTAL
Arthur Grieder
Editorial Mundi, S.A., 1973

TERAPEUTICA PERIODONTAL
Henry M. Golman
Editorial Bibliográfica Argentina

TRATADO DE HISTOLOGIA
Arthur Whaw
Editorial Interamericana, 1978

"Cuanto más grandes son las penas y dificultades impuestas por el deber y afrontadas fielmente, mayor es la alegría de haber vivido con dignidad y buena conciencia".