

598.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y SUS MANIFESTACIONES CLINICAS

DIRIGIDA Y REVISADA
C. D. ALEJANDRO G. MARTINEZ SAUNAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
REBECA IBONNE MACIAS LOZANO
MEXICO, D. F. 1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

I N D I C E

I	INTRODUCCION	1
II	PARODONTO	4
	A) Encía	5
	B) Ligamento Parodontal	9
	C) Hueso Alveolar	11
	D) Cemento	17
	E) Adherencia Epitelial	21
III	CARACTERISTICAS DE LA ENCIA NORMAL	24
IV	CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD ...	29
V	CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL ...	33
	Gingivitis	37
	A) Gingivitis Aguda o Infecciosa	38
	1) Gingivitis Ulceronecrosante	39
	2) Gingivitis Estreptocócica	41
	3) Gingivoestomatitis Viral o Herpética.	42
	4) Gingivitis Gonocócica	43
	5) Gingivitis por modificaciones Hormona les	44
	B) Gingivitis Hiperplásica o Recurrente	47
	1. Agrandamientos Gingivales Inflamato- rios	47
	2. Agrandamientos Gingivales no Inflama- torios	50

3.	Combinación de Agrandamientos Inflamatorios y Fibrosos	52
C)	Gingivitis Crónica	56
	Localizada o Generalizada	56
	Absceso	57
	Bolsa Parodontal	58
	Bolsa Gingival	61
	Absceso Agudo	64
	Absceso Crónico	65
	Absceso Gingival	66
	Pericoronitis	67
VI	PROBLEMAS PARODONTALES DE TIPO DEGENERATIVO .	70
	Gingivitis Descamativa Crónica	70
	Parodontosis	72
VII	TRASTORNOS PARODONTALES DE ORIGEN TRAUMÁTICO.	77
	A) Trauma de la Oclusión	77
	B) Procedimientos Ortodónticos	81
VIII	PLACA DENTARIA	86
	Placa Dentobacteriana	88
IX	CÁLCULOS	95
	CONCLUSIONES	103
	BIBLIOGRAFIA	

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

TEMA I.

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

Por medio de este trabajo se dará a conocer en forma generalizada la importancia de la enfermedad periodontal y cuales serían las consecuencias si no se atienden a tiempo.

En cualquier parte se pueden encontrar -- personas que presenten enfermedad parodontal desde su infancia hasta su vejez.

Este trabajo tiene como finalidad mostrar una diversidad de signos y síntomas de las cuales podrá servirse el profesional para resolver problemas clínicos encontrados frecuentemente.

Tomando en base los conceptos en este trabajo, podrá realizarse en el paciente un tratamiento adecuado que garantice el éxito del mismo.

P A R O D O N T O .

TEMA II.

PARODONTO.

Los dientes están sostenidos por los procesos alveolares de los maxilares superiores e inferiores. Los haces de fibras de colágena se entrecruzan y se insertan en el cemento y el hueso alveolar, para mantener los dientes en su lugar.

Los dientes están rodeados de los tejidos periodontales, que proporcionan el sostén necesario para la función. La encía cubre al hueso alveolar y rodea el

cuello de cada diente.

La capacidad de masticar normalmente con los dientes propios depende en parte de la salud del periodonto.

Unidad funcional de tejidos que sostienen al diente, los cuales comprenden:

A) Encía.

Es la que une con la mucosa alveolar en la unión mucogingival, la morfología de la encía se divide en:

1. Encía marginal.

Se encuentra a la altura del cuello del diente, lo rodea en forma de collar constituido por las papilas, mismas que en condiciones normales son triangulares y su vértice se encuentra hacia el punto de contacto.

2. Encía insertada o adherida.

Esta se encuentra ligeramente apical a la marginal, constituída por gran cantidad de fibras colágenas.

Es firme, resistente, estrechamente unida al cemento y hueso subyacente, cuya superficie es del aspecto de una cáscara de naranja.

3. Encía alveolar.

Se encuentra en la parte más apical de la mucosa y tiene características diferentes, mayor cantidad de vasos sanguíneos que la insertada, menor cantidad de fibras colágenas y una coloración más roja.

Características clínicas normales.

La encía insertada está separada de la mucosa alveolar adyacente en la zona vestibular por una línea mucogingival claramente definida.

Color.- Es rosado coral y producido por-

el soporte sanguíneo, el color va a variar según la pigmentación cutánea de cada persona.

Consistencia.- Es firme, lisa y brillante.

Textura.- Aterciopelada o en forma de cáscara de naranja.

Grupo de fibras colágenas de la encía.

Todas estas fibras se encuentran entre la punta de la cresta ósea y la punta de la papila, sirven para que los dientes estén en contacto con los dientes vecinos.

Las fibras gingivales se disponen funcionalmente en los siguientes grupos:

a) Dentogingival.

Las fibras de este grupo se extienden desde el cemento apical hasta la inserción epitelial, corren lateral y coronariamente hacia la lámina propia de-

la encía.

b) Alveologingival.

Las fibras de este pequeño grupo nacen en la cresta alveolar y se insertan coronariamente en la lámina propia.

c) Circulares.

No tienen inserción propia, sino que rodean al diente en forma de anillo.

d) Transeptales.

Se extienden en sentido interproximal entre dientes vecinos.

c) Dentoperiostales.

Van del cemento de un diente a la superficie externa del hueso.

Epitelio.

La encía insertada y la superficie externa de la encía libre se encuentran cubiertas de epitelio escamoso estratificado queratinizado, se considera que la queratinización es una adaptación protectora a la función que aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado.

B) Ligamento Parodontal.

Es un tejido denso que une el diente al hueso alveolar, es continuación del tejido de la encía y se comunica en los espacios modulares a través de canales vasculares del hueso.

Su función es la de mantener al diente en su alveolo, a sostener una relación fisiológica entre el cemento y el hueso; también, tiene propiedades de defensa, nutrición y tensión, están divididas en:

1) Fibras del ligamento parodontal.

Crestoalveolares.- Van desde el cemento-

a la cresta, mantienen a la pieza en su alveolo y resisten movimientos laterales.

Horizontales.- Van del cemento al hueso.

Oblícuas.- Son las más numerosas, se insertan coronalmente en hueso y apicalmente a cemento; -- transforman fuerzas masticatorias en tensión para el hueso.

Traseptales.- Interproximales sobre la cresta e incluidas en el cemento de la pieza contigua. - Tienen gran poder de reconstrucción.

Apicales.- Se encuentran en el fondo del alveolo y se abren en abanico desde la región apical de la raíz hacia el hueso. El trayecto de estas fibras vá hacia el eje longitudinal del diente, las cuales son:

Elásticas.- Son muy pocas en realidad.

Reticulares.- Rodean vasos sanguíneos.

De Oxitlán.- Que se encuentran en el ter

cio radicular, corren perpendicularmente a las fibras -- principales; sin embargo, anclan en el cemento y hueso.

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, algunas ramas se extienden desde los vasos-pulpaes antes de penetrar al diente, otras llegan al ligamento desde la encía.

Los impulsos nerviosos mecano-receptores, se originan en el ligamento y van a influir en el funcionamiento de los músculos de la masticación.

C) Hueso Alveolar.

Parte del maxilar superior e inferior que forma y sostiene los dientes, en una delgada lámina de - hueso que rodea las raíces, en ella se insertan las fibras del ligamento periodontal, este hueso se compone -- de:

1. Lámina dura o cortical y Lámina cribiforme.

En las radiografías, el hueso alveolar -- propiamente dicho está perforado por muchos orificios a través de los cuales pasan los vasos sanguíneos y los -- nervios del ligamento periodontal, también es llamada lámina cribiforme por la presencia de éstas perforaciones.

Puesto que los dientes son responsables - del proceso alveolar, su forma general sigue la alineación de la dentadura; además, el grosor del proceso alveolar es delgado, entónces hay prominencias sobre las - raíces y depresiones interdientarias entre las mismas, -- cuando los procesos son gruesos, no hay prominencias ni depresiones.

2. Cresta Alveolar.

Normalmente el margen del proceso alveolar es redondeado; sin embargo, a veces el margen óseo - termina en borde agudo y fino, ésto sucede sólo cuando - el hueso es extremadamente delgado, como podría ser en - la superficie vestibular de los caninos.

3. Dehiscencia y fenestración.

Son defectos comunes del proceso alveolar. La dehiscencia es la altura de la cresta del hueso, depende de su posición y prominencia de los dientes.

La fenestración es una área de denudación del hueso en la cual sobresale un poco la raíz, esto se debe a la posición y contorno de los dientes.

Si la raíz es plana y recta, el hueso será plano y recto, el cual se verá igual en la encía.

Si un diente está colocado en forma defectuosa la fenestración será el área donde no hay hueso y sale la raíz.

4. Posiciones dentarias y forma del hueso.

Las variaciones en la forma del hueso alveolar sobre el diente en mala posición, son tan específicas que es posible preveer la forma del hueso al observar la función del diente.

5. Contorno del margen óseo lateral.

Por lo general, se describe el festoneado aunque no siempre es así, ésta varía según la forma de la raíz. Cuando la superficie es plana, el borde alveolar es recto o plano, cuando la superficie radicular es convexa, el borde es festoneado.

Si la superficie radicular es cóncava, el hueso marginal puede arquearse coronariamente; cuando el hueso es delgado, el festoneado se acentúa y cuando es grueso el festoneado disminuye.

6. Forma del tabique interdentario.

Su forma sigue la unión amelodentinaria de los dientes, en la parte posterior de la boca los tabiques son relativamente planos, si se les mira desde el vestíbulo hacia la cavidad bucal. Los tabiques forman picos fundamentalmente en la parte anterior de la boca, por lo general los tabiques de los dientes posteriores son los más anchos y poseen más hueso esponjoso que los tabiques de los dientes anteriores.

7. Proyecciones del esmalte, estructura, función y migración dentaria fisiológica.

Algunas veces éstos defectos de furcación están asociados con proyecciones de esmalte en la unión-amelocementaria; la estructura del hueso propiamente dicha, en los diferentes lados del diente varía según las demandas funcionales. En condiciones fisiológicas emigran los dientes continuamente en dirección mesial. Esto es lo que se llama migración fisiológica mesial, la migración es lo que hace o produce la resorción de la pared interna del alveolo, en el lado mesial del diente y la neoformación del hueso en la superficie distal, la resorción puede ser consecuencia de una compresión leve -- del ligamento periodontal que ejerce al diente que emigra la neoformación de hueso que es originada por la tensión de las fibras periodontales en la superficie distal.

El hueso que aquí se forma, se conoce como hueso fasciculado, por la presencia de las fibras de Sharpey, que son fibras del ligamento parodontal incluidas en las laminillas del nuevo hueso formado en el lado

de la tensión. La migración fisiológica de los dientes - se produce hacia mesial y oclusal.

Este último movimiento de erupción en la - estructura del alveolo produciendo formación del hueso - en el fondo del mismo y también en la cresta alveolar.

El hueso se reabsorbe cuando disminuyen - las exigencias funcionales y se forma hueso adicional, - si las influencias funcionales lo requieren. La pérdida de función oclusal lo lleva a la atrofia por desuso del - hueso de soporte.

El aumento de las demandas funcionales -- producirá un hueso más denso.

Recibe la influencia principal de los es- tímulos funcionales pero también de factores generales.

8. Células óseas.

El cambio de estructura ósea es realizado por la actividad de los osteoblastos que tienen la capa- cidad de depositar hueso nuevo. Los osteoblastos de las

características Lagunas Howship, tienen la capacidad de reabsorber hueso, dentro de éstas lagunas hay osteositos, sus largas prolongaciones pasan por los canículos.- Estas células tienen capacidad osteoblástica y osteolítica.

9. Vitalidad del hueso.

Los aportes sanguíneos del hueso alveolar provienen de ramas de la arteria alveolar, los vasos del periostio corren sobre las placas vestibulares y bucales del hueso, contribuyen a la irrigación de la encía y ligamento periodontal, el aporte mayor viene de los vasos alveolares que pasan por el centro del tabique alveolar, mandan ramas laterales desde los espacios medulares por las canales a través de la lámina cribosa hacia el ligamento periodontal.

D) Cemento.

El tejido conectivo especializado calcificado que cubre la superficie de la raíz anatómica del diente, su función principal es fijar las fibras del ligamento periodontal a la superficie del diente.

Formación.

El cemento comienza a formarse durante -- las primeras fases de la formación de la raíz, la vaina-epitelial de Herwing es perforada por los precementoblastos que son diferentes de los otros fibroblastos.

Estas células se ubican dentro de la dentina y depositan la primera capa de cemento (cemento primario), en esta fase se han convertido en cementoblastos funcionales, la formación de cemento continúa mediante - el depósito de sucesivas capas de cemento.

Cemento primario y secundario.

La cementogénesis inicial concluye cuando las raíces quedan completamente formadas por la vaina de Herwing, que ha sido gastada. El cemento secundario se forma principalmente en el tercio apical de la raíz, - - mientras que el cemento celular se forma en los tercios-coronarios.

Cementoide.

La superficie del cemento secundario se encuentra cubierto por la capa de más reciente formación, que aún no está clasificada y que es el cementoide; cuando se calcifica esta capa es cubierta por otra de cementoida que se forma de nuevo.

Cementositos.

Si el cemento secundario es celular, contiene cementositos que se encuentran en lagunas, a semejanza de los osteositos en el hueso; así pues, este cemento se parece al del hueso en muchos aspectos que se compone de fibras de colágena e hidropatita, en condiciones normales no hay resorción de magnitudes significativas.

Resorción cementaria.

Al comparar los dos tejidos que el cemento, a diferencia del hueso, tiene relativamente poca reabsorción. Los cementositos tienen capacidad cementolítica, (en ésto se asemeja a las células periósticas y-

a los osteositos) que tienen actividad osteolítica.

Fibras de Sharpey en el Cemento.

Los haces de fibras colágenas del ligamento periodontal penetran en el cemento y en el hueso, sus partes incluidas se denominan fibras de Sharpey, su trayectoria se observa mejor en microscópio electrónico.

Proyección de cemento.

En un nivel de dimensión más grande, se ve que el cemento tiene proyecciones, las cuales se forman como consecuencia de la tracción funcional transmitida a través de los haces de fibras colágenas.

El colágeno de la matriz del cemento, está completamente calcificado, con excepción de una zona angosta cercana a la unión dentocementaria, misma que es de 10 a 15 mm. de ancho y se encuentra parcialmente calcificada, produce cierta desmineralización del cemento subyacente a la bolsa durante la enfermedad periodontal, lo cual podría disponer a las caries dentarias.

E) Adherencia Epitelial.

Cuando el diente perfora la mucosa bucal, el estrato intermedio del epitelio reducido del esmalte se une con el epitelio bucal.

Etiología.

La encía marginal forma la pared blanda - del surco gingival que se encuentra unida al diente en - la base del mismo por la adherencia epitelial, está cubierto por el epitelio escamoso estratificado sumamente delgado. El epitelio del surco es extremadamente importante, pues actúa como una membrana semimpermeable a través de la cual pasa hacia la encía los productos bacterianos lesivos y los líquidos tisulares de la encía se filtran en el surco.

La adherencia epitelial se une al esmalte por una lámina basal, comparable a la que une el epitelio a los tejidos en cualquier parte del organismo, la lámina basal está compuesta por una lámina densa y una lúcida a la cual se adhieren emidesomas.

La adherencia epitelial al diente, está reforzado por las fibras gingivales que aseguran la encía marginal contra la superficie dentaria, por esta razón, la adherencia epitelial y las fibras gingivales son consideradas como una unidad funcional denominada "unión dentogingival".

La adherencia vá a ser dada por las fuerzas de Vander Walls que va a actuar con cargas positivas de un lado y de otro, son fuerzas electrostáticas y adherentes, tienen fuentes de hidrógeno tricalcical.

CARACTERISTICAS DE LA ENCIA NORMAL.

TEMA III.

CARACTERISTICAS DE LA ENCIA NORMAL.

La encía insertada está separada de la mucosa alveolar adyacente en la zona vestibular por una línea mucogingival claramente definida.

La mucosa alveolar es roja, lisa, brillante y punteada. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado y no queratinizado.

El tejido conectivo de la mucosa alveolar

es más laxo y los vasos sanguíneos son más abundantes.

Color.- Por lo general, el color de la encía insertada y marginal es rosado coral, es producida por el soporte sanguíneo, el espesor, el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que -- contienen pigmentación. El color varía según la pigmentación cutánea, es más claro en individuos blancos o rubios que en personas de tez morena.

Tamaño.- El tamaño de la encía corresponde a la suma del volumen de los elementos celulares, intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común de la enfermedad gingival.

Forma.- La encía varía considerablemente o depende de la forma de los dientes; su alineación en el arco de localización, el tamaño del área de contacto proximal, las dimensiones de los nichos gingivales, vestibular y lingual.

La encía marginal rodea los dientes a modo de collar, sigue la ondulación de la superficie vesti

bular y lingual; forma una línea de los dientes con superficies relativamente planas, en dientes con convexidad mesio-distal acentuada (canino superior) o en vestibulo-versión el contorno arqueado normal es acentuado y el contorno de la encía se localiza más apicalmente. Sobre dientes en linguo-versión, la encía es horizontal y engrosada.

La forma de la encía interdientaria está gobernada por el contorno de las superficies dentales -- proximales, las coronas son relativamente planas en sentido vestibular, las raíces están muy cerca una de -- otras, el hueso interdentario es más delgado, los nichos gingivales así como la encía interdientaria son estrechos mesio-distalmente; por lo contrario, cuando las superficies proximales divergen a partir del área de contacto -- el diámetro mesio-distal de la encía interdientaria es -- grande. La altura de la encía interdientaria varía según la localización del contacto proximal.

Consistencia.- La encía es firme y resistente, con excepción del margen libre movable, está fuertemente unida al hueso subyacente, la naturaleza colágena de la lámina propia y su continuidad de mucoperiostio

del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la fineza del margen gingival.

Textura superficial.- La encía presenta una superficie finamente lobulada como cáscara de naranja, se dice que es punteada a excepción de la marginal, que no lo es.

La parte central de la papila interdental es por lo general punteada pero los bordes marginales son lisos, es menos prominente en las superficies --linguales que en las vestibulares y pueden estar ausentes en algunos pacientes. El punteado varía con la edad no existe en la lactancia, aparece en los niños alrededor de los cinco años, aumenta hasta la edad adulta y --con frecuencia tiende a desaparecer en la vejez.

El punteado es una forma de adaptación o refuerzo para las funciones, es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida del punteado es un signo de enfermedad parodontal. Cuando la encía regresa a su estado normal, después del tratamiento, reaparece este punteado.

CARACTERISTICAS CLINICAS

DE LA ENFERMEDAD

TEMA IV.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD

Las primeras manifestaciones de la enfermedad parodontal, consiste en alteraciones leves del color de la encía libre o marginal, de tono rosado pálido a uno más intenso que progresa hacia el rojo fuerte o rojo azulado, a medida que la hiperemia y el infiltrado inflamatorio se intensifican.

La salida de sangre del surco gingival, - después de una irritación aunque sea leve, como el cepi-

llado, es también un rasgo temprano de la enfermedad paradontal.

El edema que invariablemente acompaña a la respuesta inflamatoria y es parte integrante de ella, causa una tumefacción leve de la encía y pérdida del punteado normal característico; la tumefacción inflamatoria de las papilas interdetales suelen dar un aspecto algo abultado a éstas estructuras, el aumento de tamaño de la encía favorece la acumulación de mayor cantidad de residuos y bacterias, lo que a su vez genera mayor irritación gingival, es decir, se establece un ciclo continuo

Cuando la hiperemia e hinchazón de la encía marginal se confinan a una zona localizada de la encía, ésta adopta a veces, la forma de una media luna denominada "MEDIA LUNA TRAUMÁTICA".

En la gingivitis crónica avanzada, puede haber supuración de la encía, manifestada por la capacidad de expulsar pus del surco gingival por presión.

En la gingivitis ulceronecrosante, la afección se caracteriza por una encía hiperémica y dolo-

rosa con erosiones netamente socavadas en papilas interdetales. Los restos ulcerados de las papilas y encía - libre sangran al ser tocadas y por lo general están cubiertas por una pseudomembrana necrótica gris. Hay olor fétido y dolor gingival a la presión.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD

PARODONTAL.

TEMA V.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

- I Gingivitis Aguda o Infecciosa.
 - A) Gingivitis Ulceronecrosante
 - B) Gingivitis Estreptocócica
 - C) Gingivoestomatitis Herpética
 - D) Gingivitis Gonocócica
 - E) Gingivitis por modificaciones Hormonales:

- a) Durante el Embarazo
- b) Durante la Pubertad
- c) Durante la Menstruación
- d) Durante la Menopausia

GINGIVITIS II Gingivitis Hiperplásica o Recurrente.

- A) Gingivitis Hiperplásica simple
- B) Gingivitis Hiperplásica medicamen-
tosa
- C) Gingivitis Hiperplásica Heredita--
ria

III Gingivitis Crónica.

- A) Localizada o generalizada
- B) Absceso gingival
- C) Absceso periodontal
- D) Aspecto tumoral

I Bolsa Parodontal.

PARODONTITIS

PROBLEMAS PARODON-
TALES DE TIPO DEGENERATIVO.

- a) Gingivitis degenerativa cróni-
ca
- b) Parodontitis

TRASTORNOS PERIODONTALES DE TIPO-DEGENERATIVO.

- a) Trauma de oclusión
- b) Procedimientos ortodónticos.

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

La etiología de la enfermedad parodontal es especialmente variada y fué dividida en factores locales y sistemáticos, los factores más comunes son:

- | | |
|-----------------------|---|
| Factores Locales | <ul style="list-style-type: none"> - Placa Bacteriana o Micro-organismos - Cálculos - Impacción de alimentos - Restauraciones o prótesis inadecuadas o irritantes - Respiración bucal - Mala posición dental - Aplicación de sustancias químicas o medicamentosas. |
| Factores Sistemáticos | <ul style="list-style-type: none"> - Transtornos nutricionales - Acción de medicamentos - Embarazo, Diabetes y otras difusiones endocrinas |

- Alergia
- Herencia
- Fenómenos psíquicos

DISTRIBUCION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

Localizada.- Se limita a la encía de un sólo diente o grupo de dientes.

Generalizada.- Abarca toda la boca.

Marginal.- Afecta el margen gingival pero puede incluir una parte de la encía insertada contigua.

Papilar.- Abarca las papilas interdentarias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival.

Es común que afecte a las papilas y nó al margen gingival. Los primeros signos de gingivitis aparecen en la papila.

Difusa.- Abarca la encía marginal, encía insertada y papila interdientaria.

Marginal localizada.- Se limita a una -- área de la encía marginal o más.

Difusa localizada.- Se extiende desde el márgen hasta el pliege mucovestibular pero en una área - limitada.

Marginal generalizada.- Comprende la encía marginal de todos los dientes, por lo general, la le sión afecta también a las papilas interdientarias.

Difusa generalizada.- Abarca toda la encía, por lo general, también la mucosa bucal se encuen-- tra afectada de modo que el límite entre ella y la encía queda anulado.

GINGIVITIS.

La gingivitis es una inflamación de la en cía. Es la forma más común de la enfermedad parodontal- por los agentes causales como placa bacteriana, materia-

Alba y cálculos, son comunes los microorganismos que están siempre en el medio gingival.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS

Las características sobresalientes son: - el cambio de color, la forma de los tejidos y el sangrado.

La inflamación puede ser aguda o crónica y puede haber hiperplasia, ulceración, necrosis, pseudo--membranas, exudado purulento y seroso. Las lesiones pueden ser localizadas o generalizadas.

A) Gingivitis Aguda o Infecciosa.

Se presenta con dolor y es de aparición - repentina, su duración es corta, es una enfermedad que - no puede ser eliminada por tratamiento o por desaparición repentina.

El cambio de color sólo se puede encontrar en la zona marginal, difuso o en manchas, según sea la lesión aguda que se presente. El color vá a variar -

según la intensidad de la inflamación, en todos los casos empezará por un rojo brillante; si la gingivitis no avanza, éste será el único color hasta que la encía vuelva a su normalidad. Cuando la gingivitis se intensifica, el color rojo cambiará a gris pizarra brillante que poco a poco se tornará gris blanquesino, el color gris, producido por la necrosis del tejido, está separado por la encía adyacente, por una zona eritematosa bien definida.

1) Gingivitis Ulceronecrosante.

La gingivitis ulceronecrosante GUNA, enfermedad de Vicent o boca de trinchera, vá a ser caracterizada por su aparición repentina, puede aparecer o estar influida por factores generales. Frecuentemente aparece después de una enfermedad debilitante o una afección respiratoria.

La gingivitis ulceronecrosante se presenta en cualquier edad; pero es más común en los adultos jóvenes y en edad mediana, entre 15 y 35 años. Es muy rara en niños, pero puede ser mal diagnosticada, en particular por médicos y enfermeras escolares que confunden

esta enfermedad con la gingivoestomatitis herpética.

La afección se caracteriza por una encía hiperémica y dolorosa, con erosiones netamente socavadas en papilas interdentes. Las crestas ulceradas de las papilas sangran al ser tocadas y, por lo general, están cubiertas por una pseudomembrana necrótica gris.

Síntomas bucales.- La ulceración tiende a extenderse y a abarcar todos los márgenes gingivales, con bastante frecuencia empieza como un foco aislado que se origina con rapidez. Por último hay un olor fétido - que puede ser desagradable.

Casi siempre el paciente se queja de no poder comer a causa del dolor gingival intenso y tendencia a la hemorragia gingival, el dolor es de un tipo superficial de presión. El paciente también padece de dolor de cabeza, malestar en general y fiebre de baja intensidad (de 37.2° C. a 38.8° C.), se suele notar una saliva y la inferdepática que invariablemente está presente.

2) Gingivitis Estreptocócica.

Es una enfermedad parodontal de tipo agudo altamente infecciosa y contagiosa, se encuentra preferentemente en niñas. El estreptococos Viridal Beta Hemolítico llega a la boca del paciente, encuentra el lugar preciso para su desarrollo y forma una gran cantidad de hialulinaza que actúa sobre ácido hialúrico, substancia cementante de epitelio y empieza a haber destrucción de epitelio, que queda expuesto al tejido conjuntivo.

Sígnos y síntomas.- Clínicamente se observarán áreas irregulares a cualquier altura de la encía, áreas de intenso enrojecimiento brillante, habrá mucho dolor y poco sangrado.

Se presentará fiebre, inflamación de ganglios regionales y tendrá el paciente malestar en general. Este tipo de malestar se encuentra presidido por factores extrínsecos e intrínsecos, mala higiene bucal, los cuales incluyen el embarazo, deficiencias nutricionales, trastornos endocrinos o discrasias sanguíneas.

3) Gingivoestomatitis Viral o Herpética.

La gingivoestomatitis viral es una infección de la cavidad bucal, causada por el virus Herpes -- Simplex, ésta se presenta en niños de seis meses a 10 -- años y, con menor frecuencia en adolescentes y adultos, -- con diferencia de la gingivitis ulceronecrosante que no -- aparece en niños menores de doce años. Es una infección altamente contagiosa.

Signos y síntomas.- La lesión de la gingivoestomatitis herpética consiste en la aparición de ve sí cu las aisladas o múltiples. Las vesículas bucales se rompen rápidamente y dejan úlceras someras y amarillentas. Las úlceras de la gingivoestomatitis no se confinan en la encía, sino que se les puede ver en cualquier zona de la cavidad bucal, incluso en labios, paladar, ca rr illos, lengua y faringe.

La gingivitis herpética tiene instalación repentina y su duración es de siete a catorce días, el paciente presenta fiebre y debilidad, la temperatura puede elevarse hasta 40° C. la boca se torna tan sensible que a veces es imposible ingerir alimento. Una vez desa .

parecida no deja marca.

4) Gingivitis Gonocócica.

La gingivitis gonocócica es una infección de la cavidad bucal provocada por el coco que causa la gonorrea. El Doctor Schmidt y colaboradores señalan la similitud que hay clínicamente entre gingivitis gonocócica y eritema multiforme, liquen plano erosivo y estomatitis herpética, el diagnóstico se hace por exámen bacteriológico de extendidos de las lesiones bucales junto con una historia clínica cuidadosa y detallada de las inclinaciones del paciente. Es una infección de tipo venéreo, por lo tanto hay que evitar contagio.

Signos y síntomas.- La gingivitis gonocócica se va a presentar en encía, labios y mucosa, habrá zonas intensamente enrojecidas cubiertas por una membrana o seudomembrana oscura, éstas áreas provocan mucho ardor y algo de dolor, pero lo que predomina es el ardor.

5) Gingivitis por Modificaciones Hormonales.

a) Gingivitis de la Pubertad.

Generalmente la pubertad se acompaña de una inflamación exagerada de la encía y de irritación local, su coloración es de rojo-azuloso, presenta sangrado, edemas y agrandamientos que son los resultados de irritantes locales.

b) Gingivitis de la Menstruación.

Como regla general, el ciclo menstrual no presenta cambios gingivales, pero puede haber algún problema de tipo inflamatorio; el epitelio bucal va a sufrir una descamación, la encía será más débil, por lo tanto habrá una inflamación temporal y pequeño sangrado en la encía, ésta desaparecerá cuando termine el ciclo menstrual.

c) Gingivitis del Embarazo.

La gingivitis se va a encontrar en un 50%

de las mujeres embarazadas que van a oscilar entre leve y grave. Estas personas también presentan la misma frecuencia de gingivitis pero en mayor grado, durante el embarazo, la gingivitis se acentúa por la proliferación de los tejidos.

Por lo general, la inflamación clínica se confina a las papilas, que son prominentes y se demarcan netamente en la encía insertada, los márgenes son irregulares y poco resistentes.

La hiperplasia en la gingivitis de embarazo se limita a varias zonas localizadas. Esta encía es en extremo frías y sangra al más leve contacto, las papilas se pueden llegar a agrandar mucho y entónces se les denomina "tumores del embarazo". Estos tumores y el estado de gingivitis agravado, tiene tendencia a desaparecer espontáneamente después del parto, pero puede repetirse en embarazos posteriores. El uso de anticonceptivos por vía bucal, producen gingivitis semejante a la -- del embarazo.

d) Gingivoestomatitis Menopáusica.

Esta lesión aparece durante la menopáusia o en el período posmenopáusico, a veces se presentan signos y síntomas leves con los primeros trastornos menopáusicos. La gingivoestomatitis de la menopáusia no es un estado común, su denominación ha llevado a la impresión-equívoca de que invariablemente va aparejada a la menopáusia, mientras que lo opuesto es la verdad.

La encía con el resto de la mucosa oral - son secos y brillantes, el color varía entre la palidez o el enrojecimiento anormal, sangrando fácilmente. En algunos casos se observan fisuras en los pliegues mucovestibulares y cambios comparables en la mucosa vaginal, la paciente se queja de una sensación de ardor y sequedad en la cavidad bucal, junto con una sensibilidad externa a los cambios térmicos, las sensaciones de gusto - anormales como "salado, picante o agrio". Hay dificultad con la prótesis removible.

B) Gingivitis Hiperplásica o Recurrente.

Se presenta como un aumento en el tamaño de la encía, de manera que el tejido blando sobrepasa -- los espacios interproximales, protuyen sobre dientes y -- hacia la cavidad bucal. El agrandamiento de la encía se localiza en una papila, en varias de ellas o en todas -- las papilas.

Este aumento fibroso de la encía se clasi
fica en:

1. Agrandamientos gingivales inflamato--
rios.
 2. Agrandamientos gingivales no inflama--
torios (fibromas).
 3. Combinación de agrandamientos inflamama
torios o fibrosos.
-
1. Agrandamientos Gingivales Inflamato--
rios.

En la hiperplasia inflamatoria las encías agrandadas son blandas, edematosas, hiperémicas o cianó-

ticas y sensibles al tacto. Se hacen sangrar con facilidad y presentan una superficie brillante.

La hiperplasia de la encía es por lo común la consecuencia de la inflamación crónica prolongada de tejidos gingivales.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON LA- DEFICIENCIA DE LA VITAMINA C.

Las encías esponjosas y sangrantes del escorbuto (deficiencia de la vitamina C), se tornan sensibles, hinchadas y edematizadas, sangran a la menor provocación, los surcos gingivales estan llenos de sangre parcialmente coagulada, las crestas de las papilas interdentes son rojas o violáceas. A veces, las papilas se ulceran y necrosan cuando la afección se sobrecarga a los tejidos susceptibles.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA ASOCIADA CON LA- LEUCEMIA.

Los tejidos gingivales agrandados son - -
blandos edematosos, facilmente comprensibles y sensi- --

bles, no presentan punteado, el color del tejido gingival es a veces rojo azulado y la superficie es brillante. Las encías están inflamadas debido a la infección local y a veces se origina una gingivitis ulceronecrosante aguda.

El estudio histiológico de este tipo de hiperémia gingival muestra que los tejidos gingivales están repletos de leucositos inmaduros, cuyo tipo depende de la leucemia en cuestión. Los capilares están congestionados, el tejido conectivo es edematoso y mal organizado.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA DEBIDO A DESEQUILIBRIOS ENDOCRINOS.

Es frecuente que esta hiperplasia gingival se produzca en la pubertad, en especial en los niños. Se cree que sea a causa de un desequilibrio o readaptación endocrina. Este punto en particular en el desarrollo del paciente. En esta edad la higiene bucal es defectuosa, quizá por la irritación local derivada del brote de dientes, asimismo la alimentación es inadecuada.

Durante el embarazo, también se observa una tendencia a la hiperplasia gingival de tipo inflamatorio.

2. Agrandamientos Gingivales no Inflamatorios (fibromas).

En la hiperplasia no inflamatoria o fibrosa de la encía o del tejido agrandado es firme, denso, elástico, de color normal o algo más pálido que el normal, a veces bien punteado, insensible y no se traumatiza con facilidad.

HIPERPLASIA FIBROSA IDEOPATICA O HEREDITARIA.

En ocasiones se ven pacientes cuyos tejidos gingivales están tan agrandados que los dientes se encuentran completamente cubiertos o, el agrandamiento existe antes del brote dental, el tejido fibroso denso interfiere con el brote, lo impide. Otros nombres que recibe esta inflamación son: fibromatosis gingival, elefantiasis gingival y macrogingiva congénita. No se conoce la causa de este agrandamiento gingival del desarro-

llo, probablemente sea genético en algunos casos, ya que se dice que en varias ocasiones han sido producidos en una misma familia.

La hiperplasia fibrosa ideopática presenta grandes masas de tejido fibroso firme, elástico e insensible que cubren las apófisis alveolares y se extienden sobre los dientes, es de color normal y el paciente se queja sólo de la deformidad.

También puede aparecer en edades tempranas y a veces al nacer. Los dientes no erupcionan normalmente a causa del tejido fibroso denso.

HIPERPLASIA FIBROSA CAUSADA POR DILATINA.

Esta hiperplasia a veces es producida como consecuencia del consumo de un medicamento anticonvulsivo (defenilhidantoina o sea dilatina), esta droga es muy eficaz para controlar los ataques epilépticos, pero posee un desafortunado efecto colateral bucal que origina, en algunos casos, hiperplasia fibrosa.

La hiperplasia puede aparecer al poco - -

tiempo de haber iniciado tratamiento con Dilatina, comienza con agrandamientos indoloros de una o dos papilas interdetales que presentan un mayor punteado y finalmente una superficie irregular o guijarrosa con lobulaciones. Los tejidos gingivales son densos, elásticos e insensibles, tienen poca tendencia a sangrar o ninguna.

Por lo general, la hiperplasia es generalizada pero más intensa en las regiones anteriores, superiores e inferiores; se produce en zonas desdentadas, el agrandamiento es crónico, aumenta de tamaño hasta interferir en la oclusión y se torna de un aspecto desagradable.

Al eliminarlo quirúrgicamente vuelve a aparecer, su desaparición va a ser espontáneamente al mes una vez interrumpido el tratamiento con esta droga.

3. Combinación de Agrandamientos Inflammatorios y Fibrosos.

Con frecuencia hay una combinación de los dos tipos de agrandamientos, la mayoría de las veces el agrandamiento es producto de irritaciones locales; como:

mala higiene bucal, acumulación de cálculos o respiración bucal; la irritación local con hiperemia, edema e infiltración linfocitaria, muchas veces la irritación genera la proliferación de elementos fibrosos de los tejidos gingivales.

AGRANDAMIENTOS NEOPLASICOS. TUMORES BENIGNOS.

Epulis, es un término usado dinámicamente para designar a todos los tumores de la encía, sirve para localizar el tumor pero no lo describe.

Los fibromas de encía nacen de tejido conectivo o del ligamento periodontal, son tumores esféricos de crecimiento lento que tienden a ser firmes y modulares pero pueden ser blandos y vasculares. Los fibromas suelen ser pediculados.

NEVUS.

El nevus puede ser pigmentado o no, es frecuente en la piel pero se han registrado algunos casos de nevus gingival. La lesión es benigna y de creci-

miento lento, su color varía entre el gris pálido y el pardo oscuro, puede ser plano o algo elevado sobre la superficie gingival, sesil o anular.

MIOBLASTOMA.

El mioblastoma es una lesión benigna, modular y algo elevada sobre la superficie gingiva.

HEMANGIOMA.

El hemangioma es un tumor benigno de vasos sanguíneos que a veces se presenta en la encía; es de tipo capilar o cavernoso, los más comunes son los primeros, son blandos, sensibles o pediculados e indoloros, pueden ser lisos o de contorno abultado e irregular. El color varía de rojo oscuro a púrpura y palidece a la aplicación de una presión.

Estas lesiones nacen en la papila gingival interdientaria y se extiende en sentido lateral hasta abarcar los dientes adyacentes, también se registra en forma congénita de emangioma, es plano, irregular y difuso con lesiones comparables en la cara, o nó. En la en-

cía suelen producirse hematomas como consecuencia de - - traumatismos.

CIRCUNCRITO (ASPECTO TUMORAL).

En ocasiones el aspecto gingival evoluciona como una masa circunscrita sesil o pediculada que se asemeja a un tumor; puede ser interproximal, encontrarse en el margen gingival o en la encía insertada.

Las lesiones son de crecimiento lento y - por lo general, indoloras y factible que disminuyan espontáneamente de tamaño pero luego aparecen y se agrandan continuamente.

PAPILOMA.

El papiloma de encía es una protuberancia dura de aspecto verrugoso que sobresale de la encía. La lesión puede ser pequeña, circunscrita o presentar una elevación dura y ancha con superficie finalmente irregular.

C) Gingivitis Crónica.

Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora; salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. Esta enfermedad es la más común y los pacientes pocas veces recuerdan haber sentido síntomas agudos.

La gingivitis crónica es una lesión fluctuante en la cual las zonas inflamadas persisten o tornan normales y las zonas normales se inflaman.

LOCALIZADA O GENERALIZADA.

Esta comienza con un abultamiento leve de la papila interdientaria, de la encía marginal o de ambas, en los primeros estadios se produce un abultamiento en forma de salvavidas alrededor del diente afectado, este abultamiento aumenta de tamaño hasta que cubre parte de la corona, por lo general el agrandamiento es papilar o marginal y puede ser localizado o generalizado.

Su crecimiento es lento e indoloro, salvo que se complique con afección aguda o trauma.

ABSCESO.

Es una inflamación purulenta localizada - en los tejidos periodontales, se le conoce con el nombre de absceso lateral o parietal.

El absceso periodontal lateral guarda relación directa con una bolsa periodontal persistente, -- cuando dicha bolsa alcanza la profundidad suficiente (entre cinco y ocho milímetros), los tejidos blandos en torno al cuello del diente pueden estrecharse alrededor de éste a tal punto que ocluyan el orificio de la bolsa.

Las bacterias se multiplican en la profundidad de la bolsa, causando irritación hasta formar un - absceso agudo con exudado purulento en la zona.

También un cuerpo extraño, en particular los residuos de alimentos, pueden llevar a la formación de un absceso, éste puede determinar una tumefacción suficiente como para destruir la tabla cortical ósea, si - todavía existe y permite que el absceso protuya los tejidos que cubren formando un furúnculo gingival o páru^lis.

BOLSA PARODONTAL.

Una bolsa parodontal es la profundización patológica del surco gingival, es una de las características importantes de la enfermedad periodontal.

La bolsa periodontal se halla limitada -- por la superficie del diente, con su cemento expuesto cubierto por depósitos colágenos y placa, por el otro lado cubierto por la encía que presenta varios grados de in--flamación.

El cemento coronario al fondo de la bolsa es un tejido necrótico, sin vitalidad. Los depósitos -- calcáreos se componen de una matriz orgánica impregnada de sales inorgánicas. La masa calcificada está cubierta por la placa.

El avance progresivo de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de sopor--te, aflojamiento y exfoliación de los dientes.

Estas bolsas van a ser localizadas mediante el sondeo de cada diente.

SIGNOS Y SINTOMAS.

- La encía marginal será de color rojo - azulado, agrandada con un borde enrollado, separado de la superficie dentaria.

- Una zona vertical azul rojiza desde el margen gingival hasta la encía insertada, a veces hasta la mucosa alveolar.

- Una ruptura de la continuidad vestibulo-lingual de la encía interdientaria.

- Encía inflamada, brillante y con cambios de color asociados a superficies radiculares expuestas.

- Sangrado gingival.

- Exudado purulento en el margen gingival o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.

- Movilidad, extrusión y migración de los dientes.

- La aparición de diastemas. Por lo general, las bolsas parodontales son indoloras, pero pueden generar los siguientes síntomas:

. La sensación de presión después de comer que disminuye gradualmente.

. Sabor desagradable en áreas localizadas.

. Tendencia a succionar materia de los espacios interdentarios.

. Dolor irradiado en la profundidad del hueso.

. Sensación de picazón en las encías.

. Necesidad de introducir un instrumento puntiagudo en la encía, provocando sangrado y cierto alivio.

. Sensación de aflojamiento de los dientes.

. Sensibilidad al frío y al calor.

. Dolor dentario en ausencia de dientes.

Las bolsas parodontales se clasifican según su morfología y su relación con las estructuras adyacentes.

BOLSA GINGIVAL (RELATIVA)

La bolsa gingival está formada por el - - agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes, el surco se profundiza a expensas del aumento de volúmen de la encía.

BOLSA GINGIVAL (ABSOLUTA).

Este es el tipo de bolsa que se produce en la enfermedad periodontal. La encía enferma y el surco se profundiza, hay destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

Las bolsas absolutas son:

Supraóseas.

También se le llama supracrestal, en la cual el fondo del hueso es coronal al hueso alveolar subyacente.

Infraóseas.

Igualmente se le conoce como intraósea, - subcrestal o intralveolar, en el cual el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente, este tipo de pared lateral de la bolsa está entre la superfi-cie dentaria y el hueso alveolar.

Bolsas de diferentes profundidades y ti-pos pueden coexistir en diferentes superficies de un - - diente o áreas vecinas de un mismo espacio interdenta- - rio.

CLASIFICACION POR NUMERO DE CARAS AFECTADAS.

Simple.- Una cara del diente o más.

Compuesta.- Cuando estan afectadas dos o más caras del diente.

Compleja.- Hay una bolsa empiralada que nace en una superficie dentaria y dá vueltas alrededor del diente y tiende a formar un absceso parodontal.

PATOGENIA.

Las bolsas parodontales son originadas -- por irritantes locales (microorganismos, resíduos de alimentos que proporcionan nutrición a los microorganismos y retención de los alimentos), que producen alteraciones patológicas en los tejidos y profundizan el surco gingival. No hay enfermedades generales que produzcan bolsas periodontales, en ocasiones es difícil diferenciar entre un surco de profundidad normal y una bolsa periodontal somera sobre la única base de la profundidad, en tales casos, los cambios patológicos de la encía establecen la

diferencia entre los dos estados.

La profundización del surco gingival puede ocurrir por:

1) El movimiento del margen gingival en dirección a la corona (éto genera una bolsa gingival y no una bolsa periodontal, la profundidad del surco aumenta por el aumento de volúmen de la encía sin destrucción de los tejidos periodontales).

2) La migración apical dental.

3) Comúnmente, lo que sucede es la combinación de ambos procesos. En un sentido, la formación de la bolsa se puede comparar con un estiramiento de un acordeón en que la distancia varía por movimientos en direcciones más opuestas.

ABSCESO AGUDO.

Se caracteriza por un dolor irradiado, -- pulsátil, sensibilidad de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión, movilidad dentaria, -

linfodermatitis, manifestaciones generales como fiebre y malestar general.

Aparece como una elevación ovoide de la encía en la zona lateral de la raíz. La encía se encuentra edemática, roja, lisa y brillante.

ABSCESO CRONICO.

Se presenta como una fístula que aparece en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz, puede presentar una abertura muy pequeña que sea fácil de detectar, la fístula puede estar cubierta por una masa pequeña rosada, esférica y tejido de granulación.

Por lo general es asintomático, pero puede presentar ataques que se caracterizan por un dolor sordo, con deseo de morder y frotar el diente.

RADIOGRAFICAMENTE.

Radiográficamente el absceso crónico aparece en forma de áreas radiolúcidas de bordes difusos; como signo secundario frecuente, se observa el registro

de la rarefacción rodeado de un halo de ósteoitis condensante que contrasta con el hueso normal. Con menor frecuencia se observa resorción apical.

En etapas insipientes, el absceso periodontal agudo es en extremo doloroso, pero no presenta manifestaciones radiográficas.

Se tendrá que estudiar la historia clínica, la inspección clínica y el estudio radiográfico para dar un diagnóstico.

La inspección clínica.- Es la continuidad de la lesión gingival, el absceso no se localiza necesariamente en la misma superficie de la raíz, que la bolsa de la que se genera.

ABSCESO GINGIVAL.

El absceso gingival es una relativa rareza que aparece cuando las bacterias invaden por alguna ruptura de la superficie gingival. Estas soluciones de continuidad se originan durante la masticación, procedimientos de higiene bucal o tratamiento dental. Aunque -

al principio el surco gingival queda intacto, el absceso se extiende a la profundidad del tejido conectivo, ataca al hueso alveolar y se comunica con el surco.

PERICORONITIS.

Es una inflamación de los tejidos gingivales y los tejidos blandos contiguos que se encuentran sobre un diente que no ha erupcionado completamente. Los afectados, con mayor frecuencia, son los terceros molares inferiores.

La superficie oclusal de un diente puede quedar parcialmente cubierta por un capuchón de tejido, el opérculo que existe durante la erupción del diente, a veces persiste después de ella. Los diversos grados de erupción, mala posición o retención pueden complicar aún más la arquitectura de los tejidos blandos.

SIGNOS Y SINTOMAS.

El opérculo es particularmente vulnerable a la irritación y muchas veces es traumatizado directamente, cuando queda preso entre la corona que cubre y el

diente antagonista al ocluir.

La forma de cripta de los tejidos pericoronarios favorece la retención, estancamiento de los alimentos y la proliferación de microorganismos. En esta zona la higiene bucal es difícil.

Si la periocoronitis se agudiza, puede tener secuelas como la formación de un absceso preamigdalítico, celulitis y angina de Ludwig.

PROBLEMAS PARODONTALES

DE TIPO DEGENERATIVO

TEMA VI.

PROBLEMAS PARODONTALES DE TIPO DEGENERATIVO.

Gingivitis Descamativa Crónica.

La gingivitis descamativa crónica es una-afección rara que ataca a las encías papilar, marginal e insertada. Zonas irregulares en toda la encía son 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-

superficie sangrante y dolorosa de tejido conectivo es--
puesto.

En casos más graves, la encía se cubre de múltiples zonas vivas sangrantes sobre un fondo de eritema intenso, éstas lesiones empiezan como vesículas y se rompen, los pacientes experimentan una sensación de ar--
dor que se agrava con los condimentos, alimentos ácidos--
y bebidas carbonotadas, sienten sabor salado y en raras--
ocasiones sufren dolor espontáneo.

La patogenia de esta lesión es atribuída--
a una alteración del metabolismo de la substancia funda--
mental y de la membrana basal.

Aunque es más frecuente que en la gingivi--
tis crónica afecte a mujeres menopáusicas, suele presen--
tarse en hombres.

En la gingivitis descamativa crónica típica, las zonas afectadas de la encía son de color rojo --
brillante, lisas y lustrosas, se intercalan algunas zo--
nas de tejido relativamente normal.

Las lesiones se limitan a la encía vestibular, pero en ocasiones se produce en la mucosa alveolar, la bucal o en el paladar duro en torno a los dientes, es raro que afecte a zonas desdentadas. Hay periodos de remisión espontánea y de exacerbación.

Parodontosis.

La periodontitis es una enfermedad poco frecuente del periodonto, que se caracteriza por la pérdida ósea alveolar vertical rápida en torno a los primeros molares e incisivos permanentes, su etiología y patología son desconocidas. La velocidad e intensidad de su destrucción parece desproporcionada con relación a los factores locales (extrínsecos). La enfermedad afecta a adolescentes sanos, también se le puede encontrar en la edad temprana adulta, ya que se desconoce su etiología y patología su diagnóstico se basará en su características clínicas y su frecuencia.

Características clínicas.

Es raro que la periodontitis se diagno

que cuando es insipiente, pues en ese momento hay pocos-
signos y síntomas. En ocasiones el diagnóstico se hace-
en forma fortuita durante un exámen de rutina radiográfi-
co, en éstos casos la encía no presenta signo clínico de
inflamación; las características clínicas tardías de la-
enfermedad son migración de los dientes, con aparición -
de diastemas y extrucción de los dientes, cuando el pa-
ciente se decide a consultar, ya suele haber bolsas par-
odontales.

Varias características distintivas de es-
ta enfermedad justifican su clasificación como entidad -
clínica separada de la periodontitis.

- Edad de la instalación.

La instalación de la periodontitis es in-
sidiosa, se produce durante el período de circumpubertad
entre las edades de 11 y 13 años. El hueso alveolar se-
desarrolla normalmente y la erupción dentaria también es
normal, sólo después sufre resorción; por ello, que no -
parece que la pérdida ósea alveolar se deba a defectos -
congénitos o de desarrollo de hueso.

- Relación con el sexo.

La periodontitis afecta más a mujeres que a hombres, la relación es de tres a uno.

- Tendencias familiares.

En esta enfermedad hay tendencias familiares; se produce en gemelos idénticos, padres e hijos, -- hermanos, primos hermanos, tíos y sobrinos. Tienden a seguir la línea materna.

- Magnitud de la respuesta.

La rapidéz y la magnitud del proceso patológico son desproporcionados en relación a factores locales.

- Patrón radiográfico distintivo.

Las radiografías revelan distintos grados de bolsas "verticales" cuya pérdida ósea alveolar suele ser más extensa en un diente que en el adyacente, difiere de la pérdida ósea "horizontal" de la periodontitis,-

en ella están afectados muchos dientes en igual grado, - de manera que la pérdida de hueso se ve horizontal.

- Velocidad de avance.

A diferencia de la periodontitis, la periodontosis avanza con rapidez, las pruebas radiográficas indican que el diente afectado puede perder alrededor de tres cuartos de hueso en uno o más de sus superficies, en un período de cinco años o menos.

TRASTORNOS PARODONTALES

DE ORIGEN TRAUMATICO.

TEMA VII.

TRASTORNOS PARODONTALES DE ORIGEN TRAUMATICO.

A) TRAUMA DE LA OCLUSION.

Se ha dicho que cuando los dientes maxilares, músculos de la masticación y articulaciones temporomandibulares (componentes del sistema estomatognático),- se encuentran en relación armoniosa, este equilibrio contribuye a la salud del periodonto; por el contrario, también se ha dicho que cuando la interrelación se altera,-

se puede producir la enfermedad parodontal.

Trauma periodontal.

Es una lesión producida por fuerzas mecánicas repetidas, ejercidas sobre el periodonto que exceden de los límites fisiológicos de la tolerancia de los tejidos de soporte del diente, éstas fuerzas producen trastornos circulatorios locales en los tejidos del parodonto. Otros cambios tisulares, tales como rupturas o desgarres, se producen cuando el diente presiona sobre el hueso alveolar.

El trauma se refiere a los trastornos propios de los tejidos, mientras que traumatismo designa el acto o los actos de producir el trauma, traumatismo oclusal significa que las fuerzas son oclusales.

Los músculos de carrillos, lengua y labios también son importantes en la generación de trauma periodontal, ésto es particularmente notable en la función anormal de los labios y la lengua, también en los tipos anormales de deglución. Además, las acciones habituales realizadas con los dientes, tales como tocar con-

un instrumento de viento, la abertura de horquillas y el mordisqueo de la pipa, contribuyen al traumatismo.

Existen dos tipos de traumatismo:

. Primario.

Es una fuerza excesiva o mal orientada -- ejercida sobre un diente con soporte óseo normal.

. Secundario.

Cuando la fuerza es excesiva para el soporte óseo disminuído. En realidad se puede suponer que cuando un diente pierde una determinada cantidad de su periodonto, incluso las fuerzas masticatorias normales se tornan excesivas.

Diagnóstico clínico.

De la misma manera que durante el exámen, hay que inspeccionar el color, la textura y la consistencia de los tejidos gingivales, medir la profundidad de las bolsas, examinar los dientes y la oclusión, también-

hay que detectar los signos de trauma.

Como la biopsia del ligamento periodon- -
tal, cemento y hueso no es practicable en pacientes, la-
telemetría y electromiografía intrabucal son meros ins--
trumentos de investigación, sólo se podrá uno basar en -
el exámen clínico. Durante la entrevista, el paciente -
suele hacer varias observaciones.

- No muerde bien.
- Sus dientes están sensibles cuando - -
muerde.
- Un diente suele tocar antes que los de
más y es más largo.
- Siente picazón en los dientes y en- --
cías.
- Dolor en los maxilares.
- Dolor en las articulaciones, hacen ruí
do de chasquido.
- Rechinamiento de dientes.
- Dientes flojos.
- Los dientes han cambiado de lugar.
- Dificultad al abrir la boca por la ma-
ñana.

Estas observaciones pueden hacer sospechar de un traumatismo oclusal cuando una fuerza masticatoria excesiva o mal orientada es transmitida por los dientes al periodonto produciendo lesión tisular, Las ma las oclusiones pueden ser pequeñas o grandes.

Signos y síntomas.

Los signos más importantes son movilidad de los dientes, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal en las radiografías y migración patológica de los dientes, éstos son signos del daño real.

B) PROCEDIMIENTOS ORTODONTICOS.

Los procedimientos ortodónticos suelen ser incorporados por parte del manejo terapéutico del paciente periodontal, cuando la enfermedad aumenta de intensidad, los dientes tienden a aflojarse y emigran, éstas emigraciones varían de leves a extensas.

Las técnicas, los conceptos periodontales y ortodónticos se correlacionan, el tratamiento ortodóntico para pacientes con enfermedad periodontal está indi

cado en las siguientes circunstancias.

- Mala posición dentaria que aumenta la frecuencia de la enfermedad periodontal.
- Boca con dientes apiñonados.
- Sobre mordidas profundas.
- Migraciones dentarias causadas por enfermedades, para fusión o mutilación de la dentadura.
- Migración dentaria producida por para fusiones bucales tales como el empuje lingual.
- Migraciones dentarias vistas en la inflamación o en la periodontosis.
- Migraciones dentarias generadas por trauma, pérdida de dientes u otras mutilaciones de la dentadura.

Lesiones producidas por el tratamiento ortodntico.

Como consecuencia del tratamiento durante el movimiento ortodntico, pueden producirse lesiones pa

rodontales; comunmente, éstas lesiones tienen que ver -- con el aparato, propiamente dicho sin embargo, el trauma puede provenir de fuerzas ortodónticas ejercidas sobre -- los dientes o puede producirse traumatismo oclusal durante el movimiento dentario.

Los aparatos fijos fomentan la inflama- - ción porque aumentan la retención de alimentos, la formación de depósitos y entorpecen la realización de la hi-- giene adecuada. El aparato traumatiza directamente a -- los tejidos cuando los alambres se apoyan sobre la en- - cía, las bandas mal adaptadas son irritantes y si cede - la fuerza por debajo de la encía, originan bolsas.

Los aparatos removibles comprimen la en-- cía contra los dientes y los ganchos lastiman la encía, - los alambres se encuentran por oclusal al punto de con-- tacto se asientan sobre los dientes y los separan, si -- las bandas elásticas se deslizan y se pierden bajo la encia, llegan a producir la exfoliación del diente; de es- ta forma, los aparatos inician y perpetúan la enfermedad periodontal.

Las fuerzas ortodónticas producen movimientos dentarios al causar resorción y neoformación de hueso y tejido conectivo. En los casos mejor tratados hay pequeñas cantidades de resorción dentaria y pérdida ósea, cuando la presión que se ejerce es excesiva, la pérdida ósea aumenta, en tales casos, se ven pérdidas óseas y resorciones radiculares de gran magnitud.

PLACA DENTARIA.

TEMA VIII.

PLACA DENTARIA.

La placa dentaria se compone de depósitos bacterianos blandos firmemente adheridos a los dientes, se puede quitar mediante el cepillado, pero no del todo con el chorro de agua pues se vuelve a formar con rapidez, después de su remoción.

La placa no es alimento, ni residuos de alimentos, tampoco ciertas bacterias bucales, en realidad es un sistema bacteriano complejo, metabólicamente,

interconectado, muy organizado. Se compone de masas den sas de gran variedad de microorganismos incluidos dentro de una matriz intermicrobiana, en concentración suficiente y con desarrollo metabólico, puede trastornar el equilibrio hñesped-parásito, producir caries y enfermedad parodontal. Por ello el conocimiento de la placa dentaria, su formación, microflora, actividades bioquímicas y efectos biológicos.

La formación de la placa varía según las edades por la ingestión de carbohidratos que es mayor en la infancia, su formación es más rápida en dietas blandas, mientras que los alimentos fibrosos y duros la retardan.

Los objetivos mediatos, sin disminuir o eliminar la placa bacteriana antes de su clasificación, alterar la placa de modo de impedir o reducir la clasificación, ya que la placa calcificada (sarro) es la causaprincipal de las bolsas parodontales.

PLACA DENTOBACTERIANA.

Es una substancia amorfa que tiende a acomodarse en la superficie de los dientes superiores de la encía, lengua y carrillos.

La placa se forma por dos partes: sustratos o películas y microorganismos.

El sustrato o película están formados - -
por:

Mucoides.- Estos provienen de glándulas-salivales.

Mucopolisacaridos.- Proviene de la saliva, metabolismo bacteriano y de alimentación.

Proteínas.- Proviene de la alimentación preferentemente y en menor grado de la encía.

Los microorganismos se clasifican por grupos:

- Cocos y vacilos gram positivos.

- Cocos y vacilos gram negativos.- Producen sustancias que lesionan al parodonto, las principales son: enzimas, hialuromidosa, colagenosa.

- Bolerias, treponemas, fusobacterium, bacterioide melalogénico.- También producen las mismas enzimas.

- Leptotry y actinomices.- Estos, debido a su forma alargada, poco a poco se van colocando en el diente formando mallas de captación, de calcio, de fósforo y magnesio junto con los estreptococos que son los principales calcificadores de la placa dentobacteriana.

- Veilonella, selonomana, sputigeno.- Producen sustancias que necrosan el epitelio.

Existen dos tipos de placa dentobacteriana:

Cariogénica.- Esta vá a atacar en mayor-

número a niños.

Parodontogénica.- Se presenta con mayor frecuencia en adultos, atacando hueso y encía.

En la placa cariogénica predominan los cocos Mutaus, Sanguish, Salivalius y Vacilos acidófilos, - viven en un PH ácido y producen también ácidos que van a atacar al diente y por lo tanto se producen caries.

FORMACION DE LA PLACA DENTOBACTERIANA.

La formación de la placa dentobacteriana, presenta la colonización microbiana de las superficies - de las coronas clínicas, el orden de los fenómenos no se ha llegado a comprender del todo. Se comprobó que las - proteínas salivales invitan a la acumulación de bacte- - rias bucales, tanto en cultivos puros como en mezclas, - se sabe que determinadas bacterias bucales se pegan a -- las superficies entre sí por medio de mucopolisacáridos- extracelulares. Determinadas bacterias hacen síntesis - extracelular de glucanos (polisacáridos) y fructanos (leván), usando sacarosa como sustrato. Estos polisacári-- dos parecen desempeñar un papel importante en la dinámi-

ca de la placa.

En un diente que se encuentra limpio, el primer paso de la formación de la placa es la unión de microorganismos a la película salival adquirida, la colonización puede comenzar a partir de los microorganismos de la saliva, los que quedan en los defectos microscópicos del esmalte y los del surco gingival, a pesar del cepillado minucioso de los dientes.

El segundo paso en la formación de la placa es la proliferación de los microorganismos sobre la superficie dentaria combinada con el agregado de más microorganismos de la saliva a los que ya están adheridos; si se suspende el cepillado dentario, se forman pequeñas colonias de placa aisladas entre uno y cuatro días, dispersas sobre los dientes pero fundamentalmente en el margen gingival. Estas colonias de placas contienen una mezcla de diversos microorganismos.

Como tercer paso, las colonias de placa se fusionan entre los dos y cinco días para formar un depósito continuo; después de unos siete días sin higiene bucal, la placa alcanza su extensión y grosor máximos.

En este momento, los nuevos depósitos compensan lo desgastado por la fricción de los alimentos y la actividad muscular.

En la placa nueva, las colonias de estreptococos forman una parte importante en la microbiota. Al avanzar el proceso de formación de la placa, la microbiota se torna más compleja, pues las diversas especies microbianas proliferan cuando el medio de la placa se vuelve apto para ellas.

Los microorganismos e aerobios proliferan primero sobre los dientes y esto crea un medio de tensión baja de oxígeno, en el cual pueden proliferar los microorganismos anaerobios.

FACTORES QUE FAVORECEN A LA PLACA DENTOBACTERIANA.

- Higiene dental defectuosa.
- Lesiones cariosas.
- Tipo de anatomía de los dientes.
- Restauraciones defectuosas.

- Respiración bucal.
- Cúspides que actúan a manera de émbolo empaquetando entre dientes y encía.

C A L C U L O S .

TEMA IX.

CALCULOS.

En algunos niños y la mayoría adultos, se forman cantidades variables de una substancia dura y pétreas sobre los dientes o prótesis en la cavidad bucal, - éstos depósitos son denominados "cálculos", "odontolitis" o "tartaro".

El cálculo se denomina como un material - blando, más bien "grasiento" que gradualmente se va endureciendo por depósitos de sales minerales en los intert

cios orgánicos, hasta que llega a ser tan duro como el cemento. Su color varía de amarillo a color pardo oscuro o negro, según la magnitud de la pigmentación en el interior o exterior del depósito.

La importancia que tiene el cálculo en la enfermedad periodontal:

- El cálculo es grueso e irrita la encía.
- El cálculo es permeable y puede almacenar productos tóxicos.
- El cálculo está cubierto por placa.

Los cálculos se dividen clínicamente en supragingivales y subgingivales.

CALCULOS SUPRAGINGIVALES.

Por lo general, son más abundantes frente a los orificios de las glándulas salivales; es decir, en las superficies bucales de los dientes anteriores, inferiores y en las cúspides vestibulares de los primeros molares superiores.

El cálculo supragingival es blanco arenoso o amarillento, salvo que esté manchado por tabaco u otros pigmentos.

CALCULO SUBGINGIVAL.

No tiene una localización determinada en la boca y se encuentra en todas las bolsas periodontales éstos cálculos subgingivales viejos parecen ser más duros que el cemento y dentina, su color es pardo obscuro o negro, éstos depósitos siempre se extienden hasta el fondo de la bolsa.

MORFOLIGIA DE CALCULO SUBGINGIVAL.

- Depósito espinoso, modulares o con aspecto de costra.
- Formaciones anulares o rebordes que circundan al diente.
- Revestimiento de una capa delgada, lisa y brillante.
- Extensiones digitiformes o arborescentes hacia el fondo de la bolsa periodontal.

- Islas o núcleos individuales de cálculos.

RADIOGRAFICAMENTE.

Los depósitos calcificados subgingivales, se ven en las radiografías como módulos o rebordes de -- forma irregular, mediante las radiografías se puede diagnosticar la presencia de cálculos, pero no su ausencia.

La formación del cálculo se puede dividir en tres partes:

- . La unión inicial del material inorgánico a la superficie dura del diente en la cavidad bucal.
- . La formación de la placa.
- . La mineralización de la placa.

MATERIA ALBA.

Las bacterias y los productos bacterianos mezclados con algunas células epiteliales foliadas y -- substancias ingeridas, forman depósitos blandos que es -

posible eliminar mediante enjuagues bucales o chorros de agua.

FORMAS DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

El control de la placa tiene tres finalidades:

- En la prevención de las enfermedades gingivales y periodontales.
- Como parte crítica del tratamiento periodontal.
- En la prevención de la recurrencia de la enfermedad de la boca tratada.

Para lograr un buen resultado en todo tratamiento, se le deberá explicar al paciente cómo se le trabajará y los beneficios que le reportan para su boca, así será mayor su cooperación.

La enseñanza de la técnica adecuada de la higiene bucal no es suficiente, es preciso que el paciente entienda qué es la enfermedad periodontal.

EDUCACION DEL PACIENTE.

Se le debe de educar para que use el cepillo en dientes y encías para una mejor salud bucal, quitarle el mal hábito de sólo limpiarse los dientes. Esto se utilizará como medida preventiva para la enfermedad - parodontal.

El cepillado deberá hacerse por lo menos tres veces al día después de cada alimento, con una duración de más o menos cinco minutos.

Se le explicará al paciente una técnica - adecuada para su tipo de problema y boca, se le mostrarán los diferentes tipos de accesorios extras que existen aparte del cepillo, como son: el cepillo eléctrico, - hilo dental, limpiadores interdentarios como el de caucho, madera y plástico, aparato de irrigación bucal y enjugatorios.

METODO PARA LA LOCALIZACION DE PLACA DEN-
TOBACTERIANA.

Se utilizarán colorantes reveladores en -

forma de soluciones o tabletas masticables para localizar la placa y película, que de otra manera escapan a la vista.

La solución reveladora (tintura de fucina al 60%) se aplica sobre los dientes con una torunda de algodón o rociado breve, o bien diluída en agua y se utilizará como enjuagatorio.

Las tabletas (eritrosina u otros colorantes) se mastican y se desplazan por la boca durante un minuto y tienen una duración de una o dos horas.

CONCLUSIONES .

C O N C L U S I O N E S .

La enfermedad parodontal es una de las enfermedades bucales más difundidas en el país y en el mundo entero, tanto en la población infantil como en la - - adulta.

Se ha visto que la enfermedad parodontal - se va a encontrar en diferentes formas, con diferentes - síntomas y en ocasiones, con síntomas muy similares.

Es preciso que el Cirujano Dentista tenga un perfecto conocimiento de la cavidad bucal en su forma

normal, para así poder detectar cuando exista alguna anomalía y pueda compararse.

El Cirujano Dentista podrá diagnosticar una enfermedad periodontal si tiene el debido conocimiento de las diferentes enfermedades parodontales, los signos y características de cada uno de ellos, esto le servirá de gran ayuda para así poder seguir un tratamiento adecuado y poder tener éxito en la rehabilitación de la cavidad bucal.

Gran parte de las causas de la enfermedad periodontal se debe a la falta de conocimiento de una adecuada higiene bucal, ya que mucha gente cree que sólo se debe asear los dientes y jamás recuerdan que existen las encías, sólo hasta que les están causando problemas.

Otra causa es el mínimo o nulo contacto con el Cirujano Dentista, para que les enseñe el buen cuidado de la boca.

Una de las formas en que se evitaría gran cantidad de estas enfermedades, es darle al paciente una completa información de lo que es la enfermedad periodon

tal, para que así coopere completamente en el cuidado de su boca.

Gran parte de la pérdida de piezas dentarias en la edad adulta se debe a la enfermedad periodontal.

La frecuencia de la gingivitis se verá según los registros que se realicen en niños, adolescentes y adultos de los dos sexos, pues en personas de mayor edad no encontramos gingivitis sino un estado de periodontitis. Se ha observado que niños de cuatro a cinco años presentan gingivitis, pero alrededor de los catorce años, todos presentan alguna lesión.

Los factores que afectan a la frecuencia y gravedad de la enfermedad periodontal son: la edad, la higiene bucal, el sexo, la raza, la ocupación, la educación, la localización geográfica, hábitos sociales y nutricionales.

BIBLIOGRAFIA.

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

- PERIODONCIA DE ORBAN. Teoría Práctica.- Cuarta -
Edición.- Editorial Inter
americana 1977.
- APUNTES DE LICENCIATURA. Cátedra de Parodoncia.- -
Facultad de Odontología.
- TRATADO DE PATOLOGIA. Dr. Stanley L. Robbins.- -
Tercera Edición.- Edito--
rial Interamericana 1973.
- PERIODONCIA CLINICA. Irving Glickman.- Cuarta-
Edición.- Editorial Inter
americana 1977.
- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. Gustavo Kruger.- Cuarta -
Edición.- Editorial Inter
americana 1978.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. William G. Shafer, Maynard
K. Hine, Barnet M. Levy.--
Tercera Edición.- Edito--
rial Interamericana 1977.

APUNTES DE PARODONCIA. Dr. Manuel Frías.