



24. 781

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENFERMEDADES PARODONTALES EN NIÑOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MARTHA PATRICIA RUIZ ALQUICIRA



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Indice

	Págs.
CAPITULO I	
INTRODUCCION	1
CAPITULO II	3
ANATOMIA DEL PARODONTO	
1.- Encía	
2.- Lisamento Parodontal	
3.- Hueso Alveolar	
4.- Cemento	
CAPITULO III	15
DIFERENCIA ENTRE EL PERIODONTO INFANTIL Y EL ADULTO	
1.- Lesiones Parodontales	
2.- Tipos de Lesiones Inflammatorias y sus Características	
CAPITULO IV	35
ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES	
1.- Causas Locales	
2.- Causas Generales	
3.- Causas Bacteriológicas	
CAPITULO V	49
ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES EN NIÑOS	
Causas y Características	
1.- Enfermedades Gingivales	
a). Gingivo Estomatitis Herpética	
b). Ulceras Aftosas	
c). Herpangina	

- d). Glosorrea
- e). Gingivitis Ulcerosa Necrotante
- f). Candidiasis

2.- Enfermedades Periodontales

- a). Periodontosis
- b). Hiperqueratosis Palmar-labial con destrucción Parodontal
- c). Destrucción Periodontal Idiopática

CAPITULO VI

MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES GENERALES

- a). Varicela
- b). Sarampión ó Rubéola
- c). Escarlatina
- d). Difteria
- e). Deficiencias Nutricionales
- f). Anemia Eritroblástica
- g). Leucemia Aguda y Subaguda
- h). Hiperplasia en la Encía
- i). Enfermedad Destructiva Crónica en niños
- j). Periodontitis

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

Introduccion

El Cirujano Dentista, dentro de su práctica diaria, debe dar gran importancia a las enfermedades parodontales; ya que, generalmente, una gran parte de los pacientes que llegan al consultorio presentan problemas relacionados con el parodonto, que lógicamente repercuten no sólo en la salud de su boca, sino muchas veces en el estado general del mismo.

Dentro de las enfermedades parodontales y gingivales que se presentan en los niños, hay que hacer notar que muchos de estos padecimientos son secuelas de algunas enfermedades, o manifestaciones de enfermedades generales. Esto es importante ya que conociendo la causa que los provoca dará la pauta para realizar un buen diagnóstico y por consiguiente un adecuado tratamiento para cada paciente en especial.

Con objeto de lograr tratamientos efectivos, el Cirujano Dentista no debe pasar por alto la orientación de sus pacientes en normas de aseo y preventivas elementales que

redundan en repercusiones en el tratamiento del Cirujano Dentista profesional, cuyo prestigio no depende únicamente de su intervención en el consultorio, sino de una colaboración estricta de sus pacientes a través de sus costumbres.

Ahora bien, fijar la atención en estos padecimientos tan comunes en nuestra sociedad, implican una acción directa en el bienestar y superación social, especialmente cuando se orientan a la infancia en forma prioritaria, pues de su oportuna atención depende una mejor alimentación y desarrollo sano físico y psicológico de nuestra sociedad.

CAPITULO II

Anatomia del parodonto

El Periodonto es el tejido de protección y sosten del diente; esta formado por:

- 1.- Encia
- 2.- Lisamento Parodontal
- 3.- Hueso Alveolar;

También se incluye al cemento, ya que este sirve de soporte a las fibras del lisamento parodontal.

1.- Encia

a) Anatomia, funciones, características.

La encia forma parte de la membrana mucosa oral ya que cubre y rodea a los procesos alveolares de los maxilares hasta los cuellos dentarios.

Una encia normal se presenta de un color rosa coral, resistente y firmemente adherida al hueso alveolar;

alrededor de los dientes presenta un margen libre y se extiende interproximalmente para finalizar en un fino borde redondeado por debajo del punto de contacto.

La encía se divide en:

- a) Encía Marginal
- b) Encía Insertada
- c) Encía Interdentaria ó Alveolar

a) ENCIA MARGINAL O LIBRE

Rodea al diente en forma de anillo y está separado de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda; el surco marginal forma la pared blanda del surco sinsival formando una depresión en forma de "V" situado alrededor del diente limitándolo a un lado por el mismo diente y por el otro el epitelio que cubre el margen libre de la encía.

Microscópicamente la encía marginal consiste en un núcleo central de tejido conjuntivo recubierto por epitelio escamoso estratificado; el epitelio de la cresta y de la vertiente externa puede estar queratinizada, paraqueratinizada ó ambas; tiene prolongaciones epiteliales prominentes; el epitelio de la vertiente interna no se

queratiniza ni parakeratiniza, carece de espinas: forma el borde del surco gingival.

Su tejido conjuntivo es densamente colágeno y contiene un importante sistema de haces de fibras colágenas llamadas fibras gingivales y tienen diferentes funciones como mantener la encía marginal adosada al diente, unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente y se dividen en 3 grupos: gingivodental, circular y transeptal.

Grupo Gingivodental.-

Son las fibras de las caras vestibular, lingual e interdental; se encuentran insertadas inmediatamente por debajo del epitelio en el fondo del surco gingival. En las caras vestibular y lingual tienen una dirección desde el cemento abriéndose en abanico hacia la cresta del margen gingival y la encía marginal, terminando poco antes del epitelio. Además se extiende hacia la parte externa del periostio del hueso vestibular ó lingual, terminando en la encía insertada ó adhiriéndose al periostio. Interproximalmente las fibras gingivodentales van hasta la cresta y porción central de la encía interdental.

Grupo Circular.-

Estas fibras tienen una dirección por el tejido conjuntivo

de la encía marginal e interdental rodeando así los dientes a manera de un anillo.

Grupo Tranceptal.-

Estos se presentan situados interdentalmente y forman haces horizontales que van desde el cemento de uno de los dientes hasta el otro. Se localizan en la zona entre el epitelio de fondo del surco gingival y cresta ósea interproximal y han sido consideradas en unión con las fibras principales del lisamento periodontal de los grupos tranceptales y dentoperiosticos.

b) ENCIA INSERTADA

Es la continuación de la encía marginal; es firme y resilente y está unida al cemento y hueso alveolar; vestibularmente se continúa con la mucosa alveolar separadas por la línea mucosgingival; tiene características de relativa movilidad y flacidez. El ancho de la encía insertada en la parte vestibular varía según la zona de la boca; que puede ser de 1 mm. hasta 9 mm. Por su cara lingual inferior la encía insertada termina en la unión que recubre el surco sublingual en el piso de la boca; y en el paladar se continúa imperceptiblemente con la mucosa del paladar. La encía insertada consiste en epitelio escamoso

estratificado y un estroma conjuntivo subyacente, y consta de varias capas:

1. Cara basal de células cúbicas
2. Cara espinosa de células poligonales
3. Cara granulosa de células aplastadas, prominentes gránulos basófilos de queratohialina en el citoplasma y un grupo hipererómico contraído

c) ENCIA INTERDENTARIA

Se encuentra en el espacio interproximal debajo del área de contacto; consta de dos papilas, una vestibular y una lingual y el col; presentan forma piramidal en la cual la base es más ancha que el vértice; las caras mesial y distal son lisa y cóncavas.

2.- Ligamento Parodontal

Anatomía, Características y Funciones.

Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la

que al hueso; lo constituyen los siguientes elementos:

- a) Fibras principales
- b) fibras secundarias
- c) Fibroblastos
- d) Osteoblastos
- e) Cementoblastos
- f) Vasos linfáticos y sanguíneos
- g) Nervios
- h) Restos epiteliales de Malassez.

El ligamento periodontal cambia continuamente de estructura según las necesidades en los cambios de las fuerzas principalmente masticatorias.

FIBRAS PRINCIPALES

Los elementos más importantes son las fibras colágenas dispuestas en haces y que siguen un trayecto ondulado; los extremos de las fibras principales que se insertan en el cemento y hueso se llaman fibras de Sharpey.

El grupo de fibras principales se disponen en los siguientes grupos:

I Fibras Transcorticales

Se extienden interdentalmente por sobre la cresta alveolar y se insertan en el cemento del diente contiguo; su principal característica es que pueden reconstruirse aún después de una destrucción del hueso alveolar.

II Fibras Dentosalveolares

Se extienden oblicuamente desde el cemento inmediatamente por abajo de la cresta alveolar; su función es retener el diente en su alvéolo contrarrestando el empuje coronario de las fibras más apicales; resisten también los movimientos de lateralidad en los dientes.

III Fibras Horizontales

Se extienden en ángulo recto al eje mayor del diente desde el cemento al hueso.

IV Fibras Oblicuas

Son las más numerosas y van desde el cemento en dirección oblicua al hueso; reciben las fuerzas masticatorias verticales y la transforman en tensión al hueso alveolar.

Fibras Apicales

Van en forma radial desde el cemento al hueso en el fondo del alveolo.

El tejido conjuntivo intersticial del ligamento lo forman fibras colágenas irregularmente dispuestas entre las fibras principales por el cual transcurren nervios, vasos sanguíneos y linfáticos. Hay también aunque en menor número otro tipo de fibras: las elásticas y las de oxitalón ó ácido resistentes que se distribuyen entre los vasos sanguíneos y se insertan en el cemento en el tercio cervical de la raíz. Inervación

Cuenta con numerosas fibras nerviosas sensoriales que transmiten sensaciones de presión, táctiles y dolor por medio del triséminal; los haces nerviosos pasan de la zona periapical al ligamento a través de canales en el hueso alveolar y siguen el mismo curso de los vasos sanguíneos; estas son fibras mielínicas simples que finalmente pierden su vaina y dan terminaciones nerviosas libres y son receptoras propioceptivas que le dan la sensación de localización al diente.

Aporte Vascular y Linfático

El aporte vascular tiene tres orígenes: vasos apicales;

vasos que penetran del hueso alveolar y anastomosis con vasos individuales. Los vasos arteriales se extienden hacia la encía dando ramas laterales hacia el hueso y cemento.

El drenaje venoso del ligamento va acompañado de aporte arterial. Los vasos linfáticos suplementan el sistema venoso de drenaje; pasan por debajo de la inserción epitelial al ligamento y después se dirigen junto con los vasos sanguíneos a la región periarial; atraviesan el hueso alveolar al conducto dentario inferior de la mandíbula ó al conducto infra-orbitario en el maxilar y a los grupos submaxilares de ganglios linfáticos.

Funciones del Ligamento Parodontal

son:

- Físicas
- Formativas
- Nutricionales
- Sensoriales

- Funciones Físicas:

Transmisión de fuerzas oclusales al hueso; inserción del diente al hueso; mantenimiento de los tejidos individuales en sus relaciones adecuadas con los dientes; resistencia

al impacto de las fuerzas oclusales; y una envoltura de tejido blando para proteger los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

- **Función Formativa:**

Cumple la función de periostio para el cemento y el hueso. Las células del ligamento participan en la formación y reabsorción que se originan durante los movimientos fisiológicos del diente; en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

- **Funciones Nutricionales y Sensoriales:**

El ligamento provee de elementos nutricios al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporcionan drenaje linfático. La inervación le da sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes; tiene un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

3.- Hueso Alveolar

Con los huesos tanto maxilares como mandibulares que forman los alveolos dentarios; está formado de hueso esponjoso encerrado por densas láminas corticales; estas corticales están perforadas por numerosos canales por los que pasan vasos sanguíneos, linfáticos y nervios que unen al ligamento periodontal con lo esponjoso del hueso alveolar. El trabéculo del hueso alveolar esponjoso encierra espacios modulares irregulares cubiertos por una capa delgada de células.

Microscópicamente, esta compuesta por osteocitos situados dentro de canaliculos que los comunican con los vasos sanguíneos, los cuales forman un sistema anastomosado; en la sustancia celular del hueso lleva oxígeno y sustancias nutricionales como también elimina sustancias de desecho.

Esta matriz intercelular tiene dos componentes : un orgánico y otro inorgánico.

El componente inorgánico es en forma de red cristalina que consiste en sales de calcio, magnesio y cantidades pequeñas de potasio, cloro, hierro, flúor y sodio.

El componente orgánico consiste de colágeno y cantidades pequeñas de mucopolisacáridos.

El hueso es un depósito cálcico del organismo y este es

depositado y eliminado constantemente para proveer las necesidades de otros tejidos y mantener el equilibrio c6lcico de la sangre.

4.- Cemento

Es un tejido mesenquimatoso calcificado que se encuentra cubriendo la parte externa de la raiz anatómica, microscópicamente hay dos tipos de cemento: el acelular ó primario, y el celular ó secundario; y ambos consisten de una matriz calcificada que contiene fibrillas col6sicas.

Las fibras principales del lisamento est6n incluidas en el cemento y a esta porci6n de fibras incluidas se les llama fibras de Sharpey.

El cemento esta cubierto por una delgada capa cementoide a su vez cubierta por cementoblastos.

CAPITULO III

Diferencia entre el parodonto infantil y el adulto

1.- LESIONES PARODONTALES

2.- TIPOS DE LESIONES INFLAMATORIAS Y SUS CARACTERISTICAS

Durante la primera dentición, la encía presenta un color rosa pálido, esto se debe a la preponderancia del tejido conectivo sobre los vasos sanguíneos que a pesar de ser muy pequeños, pueden apreciarse a través del epitelio. Esta encía se encuentra firmemente adherida al hueso alveolar subyacente, puede ser punteada o lisa y en un campo cabalmente seco, puede observarse un punteado semejante al aspecto que presenta la de un adulto.

Hay notables diferencias entre los dientes primarios y la dentición permanente, esto se debe a la forma de los primeros, cuyas características son:

Coronas abultadas y cortas, con el punto de contacto más

próximo a la superficie oclusal; la encía se aproxima más a la cara oclusal; las papilas interdientales son más angostas en sentido mesiodistal que en sentido labiolingual e invaden por completo las superficies interdientales, además son más voluminosas que en la dentición permanente.

Si observamos la dentadura de un niño de tres años, es normal encontrarnos ante un superficie epitelial aterciopelada y suave con irregularidades que se deben al puntilleo, éstos son prominencias o depresiones del mismo tejido epitelial. En cambio en una dentadura de un niño a los diez años, en donde ya han aparecido algunos dientes permanentes, el puntilleo se manifiesta dentro de una zona de casi 3 mm. en la encía insertada, y se prolonga sobre los bordes y las papilas interdientales.

En el infante el intersticio es más penetrante que en el adulto sin que esto pueda considerarse anormal. El epitelio de la pared lateral y de toda la cavidad bucal crece rápidamente, se descama con autonomía y al erosionar sana prontamente. Los tejidos parodontales del niño, son apropiados para ejercer una función enérgica; la encía se encuentra sólidamente adherida al hueso alveolar y por la forma de sus coronas está protegida contra traumatismos.

El epitelio escamoso estratificado de la encía, visto microscópicamente, presenta proyecciones papilares definidas, con área parcial o totalmente queratinizada.

El tejido conectivo es fundamentalmente fibroso, con él se observa capa papilar y una redícula, pero en el infantil no están bien diferenciados los haces colágenos.

En los dientes permanentes el ligamento parodontal es más angosto en relación con el tamaño de la dentadura primaria.

En la erupción la trayectoria de las fibras fundamentalmente se acerca a la del eje mayor del diente, para posteriormente alcanzar una posición definida en los haces de la dentadura adulta.

Aún en el tiempo de la erupción del hueso alveolar presenta una pronunciada lámina dura. En el niño las trabéculas del hueso alveolar son más limitadas pero de mayor volumen que en el adulto.

También las superficies medulares tienden a ser de mayor tamaño y por último las crestas son planas.

Es en la infancia cuando se manifiestan frecuentes cambios en los maxilares, esto se debe al desarrollo propio de dicho periodo.

Como consecuencia del crecimiento por aparición en el hueso alveolar a partir de la edad de tres años, aparecen diastemas.

Como es sabido la encía se encuentra firmemente adherida al hueso y al diente, por lo tanto se endurece más y así se

adapta fácil a las necesidades funcionales evitando que se adhiran partículas alimenticias.

También en la encía se producen algunos cambios normales que están en relación con el periodo de erupción dentaria; éstos no deben confundirse con situaciones anormales que en ocasiones se presentan junto con la erupción. Antes de que la encía sea perforada por las cúspides de los dientes, es normal que presente un abultamiento ligeramente blanquecino que es provocado por la presión; el diente al brotar en contra de la encía y en consecuencia la poca afluencia sanguínea es ahí donde comienza una reorganización del tejido conectivo ocasionando una hiperemia muy ligera a la cual no se le debe atribuir una inflamación por infección bacteriana.

1.- LESIONES PARODONTALES

a) Su aparición y desarrollo

Los trastornos parodontales se manifiestan en forma natural tanto en los niños como en los adultos; varía la frecuencia del tipo de lesión en unos y otros. El problema más común en niños es la gingivitis marginal crónica; sin embargo también es frecuente que se manifieste en los adultos; cuando es heredada por un infante los trastornos generales debidos a infecciones agudas y a alteraciones parodontales son más

frecuentes; en cambio en los adultos se advierte la destrucción de los tejidos de soporte.

Desde que brotan los órganos dentarios y en el transcurso de su vida, la encía lida y cada uno de ellos está propenso a infinidad de alteraciones provocadas por agentes irritantes; esto se debe a restos alimenticios, materia alba, sarro y por consecuencia de ello agrupaciones de microorganismos con sus respectivas toxinas; así como también a las fuerzas masticatorias que si sobrepasan los límites considerados como normales, pueden ser nocivos para la encía.

Para evitar los trastornos en las encías se requiere de determinados estímulos fisiológicos; entre ellos es importante el efecto de un adecuado cepillado, así como el de la autoclisis efectuado con la lengua. Existen también otros estímulos de mayor intensidad que producen una inflamación; ésta responde al tipo e intensidad del primero, así como, al estado general del paciente y a la estructura de la flora microbiana. La inflamación es una característica peculiar de la mayor parte de los padecimientos parodontales, aunque no es precisamente la iniciación de dicho padecimiento; ya que se ha demostrado que éste en sus primeros estadios puede presentar ataques de enzimas bacterianas a la sustancia intercelular del epitelio de la encía y al mismo tiempo la toxicidad bacteriana puede detener los procesos metabólicos indispensables de las células de los tejidos, sin provocar con esto modificaciones

observables. A esto puede adredarse que histológicamente la degradación de los tejidos como la inflamación, la necrosis y la supuración son estadios secundarios de estos padecimientos.

La inflamación es un complejo mecanismo de defensa de los tejidos, se da a nivel vascular y linfático. En la primera se observa: el acrecentamiento temporal de la presión capilar; la dilatación y aumento de la permeabilidad de los vasos sanguíneos, con exudado de células y líquidos en las superficies tisulares. Aún cuando los diversos periodos de inflamación pueden definirse y diferenciarse entre sí, es fácil que se entremezclen como respuesta natural al estímulo recibido ya sea crónico o agudo.

Desde el punto de vista clínico, la consecuencia de la inflamación es el ascenso local y general de temperatura; el edema a su vez, resultado aumento de volumen; las toxinas bacterianas y el aumento de presión en las terminaciones nerviosas provocan el dolor.

Dentro de los periodos de erupción de los órganos dentarios y el inmediato posterior, se dá una irritación de la éncía que mantiene un ligero pero constante exudado el cual se manifiesta mediante la infiltración de linfocitos; paralelo a esto es frecuente cierto grado de vasodilatación e infiltrado de líquidos en los tejidos.

En la mayoría de los casos los comentarios que se hacen con

respecto a la ligera inflamación imperceptible clínicamente, coinciden en que en la encía normalmente se manifiestan una pequeña irritación que puede desaparecer por sí sola, o bien acentuarse provocando una alteración mayor de los tejidos.

La lesión paradontal obedece a un proceso inflamatorio avanzado que afecta el epitelio y el tejido conectivo de la encía así como también el lisamento paradontal, el hueso y el cemento. Si la lesión no se estudia, la inflamación se restringe a la zona marginal de la encía y hasta puede desaparecer sin mayor dificultad, favoreciendo a ello la eliminación adecuada de los factores provocantes. En caso contrario, la encía, el lisamento, el hueso y el cemento resultarían considerablemente afectados con pérdidas circunscritas de éstos dos últimos y por consecuencia de fibras de lisamento paradontal, ocasionando así movilidad en los órganos dentarios. Las zonas afectadas difícilmente recuperan su estado normal, no sucediendo lo mismo con aquellas zonas que no han sido gravemente afectadas.

La iniciación de la formación de una bolsa paradontal se debe al proceso inflamatorio continuado, éste va abarcando a su paso una mayor porción de lisamento paradontal, el cual afecta el tejido conectivo desorganizándolo y destruyéndolo. Innumerables factores determinan el aumento y grado de deterioro de los tejidos del parodonto dentro de ellos podemos mencionar duración, origen y gravedad del incitador primario y

del género de infección, así como también elementos indeterminados que disponen a los tejidos del parodonto a reaccionar en la forma que lo hacen.

Cuando se realiza un examen clínico en la encía es pertinente tomar ciertas precauciones relacionadas con la lesión misma, ante ellas:

- 1.- Extensión de la lesión
- 2.- Distribución
- 3.- Estado de la inflamación
- 4.- Características clínicas

Para evaluar un examen es preciso partir del la apariencia de un tejido considerado normal, posteriormente podemos circunscribir el diagnóstico.

2.- TIPOS DE LESIONES INFLAMATORIAS Y SUS CARACTERISTICAS

Puede definirse la inflamación, como cualquier alteración que se manifieste en los tejidos como consecuencia de irritaciones que no lleguen a provocar la inminente y total destrucción en los tejidos.

Se emplea el sufijo "itis" para dar el significado de

nflamación. Cuando se trate de una simple inflamación de
ncha a dicho padecimiento se denomina gingivitis; en cambio
cuando afecta al resto de los tejidos o elementos que
conforman el parodonto se denomina parodontitis.

TRASTORNOS GINGIVALES CORRESPONDIENTES CON LA APARICIÓN DE LOS ORGANOS DENTARIOS

A las lesiones inflamatorias correspondientes con la inflamación de los órganos dentarios permanentes se les ha venido llamando "Gingivitis de la Erupción".

La dentición inicial o primaria empieza su aparición a partir del sexto o séptimo mes del infante, éste proceso debe concluir aproximadamente entre los veinte y veinticuatro meses.

En el campo fisiológico es normal que la aparición de un diente esté precedido de un abultamiento de la encía que a su vez puede tomar una ligera tonalidad blanquecina debido a una isquemia provocada por la presión del diente que se encuentra en trabajo de erupción, lo cual produce dolor. Únicamente cuando se presentan problemas con la alimentación se procederá a darle erupción al diente por medio de cirugía. En otros casos la coloración gingival se torna roja y edematosa, son hipersensibles al tacto, salivación exagerada y una afcción a morder el dedo u objetos que produzcan presión y aligeren con esto las molestias provocadas. Puede llegarse a la aparición de fiebre e irritabilidad con consecuencia de rechazo alimenticio, trayendo con esto disminución en las defensas orgánicas y además propensión al padecimiento de trastornos generales.

Esta sintomatología suele desaparecer al concluirse el proceso de erupción de los órganos dentarios.

El tratamiento debe partir del conocimiento perfecto del problema. En el caso de la inflamación gingival es recomendable masaje sobre la encía ya sea con el dedo o bien con algún objeto de goma, así como la aplicación de unguento anestésico antes de cada comida y al acostarlo. Cuando el caso se torna más grave, se utilizarán algunos tipos de analgésicos bajo presentación infantil.

Una vez que los dientes han aparecido y cuando ya se ha formado el intersticio gingival, puede presentarse alguna infección debido a que las coronas que han salido no logran proteger adecuadamente la encía y por lo tanto se lesiona con los alimentos. Es conveniente hacer saber que los problemas no desaparecen al lograrse la erupción dentaria total, sino que por el contrario pueden irse acrecentando con motivo de infecciones locales que pueden tornarse en generales produciendo fiebres altas que requieren de un tratamiento antibacteriano. Es perjudicial la aplicación de ungüentos antibióticos, en cambio los antibióticos en presentación pediátrica administrados por vía oral (eritromicina o lincomicina) son recomendables por su eficacia.

GINGIVITIS MARGINAL CRONICA

De los padecimientos más frecuentes entre infantes, es este el de mayor incidencia. Las características primordiales en él, son similares a las presentadas en adultos. La encía marginal presenta inflamación y coloración roja, ésto se debe a vasoconstricción seguida de una vasodilatación lo que provoca edema. Además de ésto, las papilas interdientarias se encuentran interesadas y cubiertas, se observa un exudado sobre ellas, así como engrosamiento de la encía y brillantéz en su superficie.

MATERIA ALBA

Se manifiesta cuando hay una higiene dental defectuosa. Es un depósito blanco cremoso localizado en la región del margen gingival; está constituida por una masa de bacterias, hongos, descomposición de células epiteliales y restos alimenticios. Investigaciones realizadas han demostrado que las bacterias se encuentran en la superficie y no dentro de los tejidos gingivales. Las toxinas bacterianas son los provocantes de la reacción inflamatoria en la encía; ésto favorecerá al empaquetamiento de los alimentos.

El tratamiento correctivo recomendable es la realización de un cepillado adecuado.

IRRITACION POR DIENTES FLOJOS

Al realizarse la masticación, los bordes irregulares de los dientes que lidados parcialmente a la encía, pueden provocar trastornos gingivales que van desde un ligero enrojecimiento e inflamación hasta abscesos con supuración. La existencia de dientes flojos y con caries en el niño, determina la tendencia a prácticas unilaterales de masticación, que a su vez aumenta la acumulación de alimento provocando así, inflamación de la encía en el lado pasivo durante la masticación.

DIENTES EN MAL POSICION

La mal posición dentaria es un factor que ayuda a que se produzca un almacenamiento de restos alimenticios, con ello se dan cambios presentes en la inflamación, tales como: ensanchamiento del margen gingival con color rojo, haciéndose cianótico en casos graves; además de esto, pueden presentarse ulceraciones y cuando se palpa con los dedos arroja pus.

La mal posición puede presentarse como una consecuencia de la erupción retardada de unas piezas dentarias.

TRAUMATISMOS DENTARIOS

Cuando existen puntos altos en la boca del infante se pueden producir desvíos en los dientes, éste provoca una inflamación gingival. En el momento de aplicar presión pueden ocurrir cambios que en situaciones normales no se producirían, esto se

orna más grave cuando hay mal posición dentaria o cuando aún
altan piezas.

El tratamiento adecuado para ésta gingivitis se debe iniciar
con la separación de los incitantes locales por medio del
raspado; esto removerá el sarro, la materia alba y además
pulir las piezas dentarias a fin de evitar la formación de
adherencias bacterianas. Es conveniente quitar los dientes
flojos, corregir malposiciones, eliminar caries y sustituir
puntos de contacto para evitar almacenamiento alimenticio.

El paciente debe recibir una orientación a fin de que realice
en forma adecuada su higiene bucal, ya que esto es un factor
que determina el éxito del tratamiento. Es útil observar
además una dieta especial, no deben ingerirse alimentos
blandos que faciliten la formación de materia alba, deben
tomarse alimentos que ayuden y den masaje fisiológico a los
encías.

RESPIRACION BUCAL

Existen dos formas de respiración bucal; aquella en que se
mantienen los labios separados por un largo tiempo y que se
cierran solo para tragar, y aquella en que por la protusión de
los dientes superiores se hace imposible cerrar la boca. Es
frecuente que en los niños no exista una razón especial para
mantener la boca abierta; entonces esto se debe a algún hábito

o bien a un tejido inadecuado como tabique deviado, hipertrofia adenoides y amígdalas hipertrofiadas, o a un mal tono muscular. Son raros los casos en que los niños respiran por la boca. En cualquiera de los casos las encías pierden humedad debido a que la acción que ejerce el aire (irritante sinusal). A consecuencia de ello, la saliva próxima a las superficies descubiertas se torna más viscosa, se acumulan los restos alimenticios y aumenta en cantidad la flora microbiana. En niños con respiración bucal verdadera, el paladar y la lengua también se secan, produciendo así sinusitis en la zona del paladar y en la de la lengua.

La terapia recomendable para la pseudorespiración bucal debida a que duermen con la boca abierta, debe fundarse en la adaptación de obturadores bucales que se deberán usar por las noches. Deben excluirse los irritantes locales y proporcionarse una orientación a fin de que se realice una higiene adecuada.

ABSCESO PERIAPICAL Y ABSCESO PARODONTAL

Cuando se trata de un niño, se dificulta establecer la diferencia que hay entre un absceso periapical y un absceso parodontal. Debido al tamaño de los maxilares, la inflamación que causa el absceso comprende distintas regiones de la encía, lo que dificulta la dirección. Aún así cada quien tiene sus peculiaridades particulares, visto que en los niños es de menor

representación el absceso paradontal que crónico.

2) ABSCESO PARODONTAL.-

Se define como una inflamación en los tejidos del parodonto. Esto es característico cuando en la bolsa paradontal infectada, se encuentra total o parcialmente obstruida impidiendo el drenaje; anteriormente es observable una paradontitis.

Características Clínicas

Las presentaciones de un absceso paradontal pueden ir desde el agudo hasta el crónico. Las lesiones agudas persisten con frecuencia en forma crónica, pudiendo haber lesiones crónicas sin precedentes agudos, que sufren agudizaciones. El absceso paradontal agudo presenta una prominencia gingival edematosa, roja y la superficie es brillante y lisa con dolor pulsátil irradiado, hipersensibilidad a la percusión horizontal y palpación, movimientos dentales, linfadenitis, con posibilidad de observar manifestaciones generales de fiebre y leucitosis.

El absceso paradontal crónico en general es asintomático lo cual se debe a que presenta una fistula por la cual drenará la pus; esta fistula se encuentra localizada en la porción gingival lateral, la cual al tocar se presenta con la región central blanda y de un color rosa pálido. Al interrogar al paciente nos informará de un exudado constante por la fistula.

con sensaciones de abombamiento dental y pocas referencias de dolor.

Etiología

Factores irritantes locales son estos la mayoría de las causas que pueden provocar un absceso paradental, así como también microorganismos piógenos capaces de destrucción en los tejidos.

Características radiográficas

Es de poca utilidad y no debe ser solamente éste el diagnóstico para un absceso; porque generalmente un absceso agudo no nos dá cambios radiográficos en los primeros estadios.

Tratamiento

Cuando la presión es excesiva el absceso forma fistulas de drenaje hacia la cavidad bucal por las paredes laterales, lo cual hace disminuir el dolor; puede drenarse también por medio de la introducción de una sonda perpendicular al eje axial del diente; con esto el absceso puede reincidir por lo cual deben removerse todos los irritantes locales, eliminando así como también abscesos profundos agudados por las técnicas de colado.

b) ABSCESO PERIAPICAL. -

Por lo general es una reacción infecciosa inflamatoria localizada en el tejido dental provocado por caries; también es provocado por traumatismos ocasionando necrosis pulpar; así como también por irritaciones periodontales por manipulaciones mecánicas.

Características clínicas

Se dan las características de una inflamación aguda del tejido parodontal; presenta dolor intenso a la percusión vertical; extrusión ligera del diente; a nivel general puede presentar manifestaciones generales tales como fiebre e linfadenitis.

El absceso crónico subagudo, son menos observables los datos clínicos debido a que raramente tiende a crecer; esto solo es observable a los rayos X.

El absceso periodontal agudo, forma fistula regularmente hacia la boca en las paredes laterales pero a nivel apical, no siendo éste un dato característico para el diagnóstico; en los niños es frecuente encontrar las fistulas en las mucosas de la cara lateral de la raíz.

Características radiográficas

A la radiografía presenta una zona radiopaca circunscrita a nivel apical.

Tratamiento

Esto debe permitir en conocer la causa afectante drenando de referencia por cámara pulpar, indicando antibiograma para evitar alguna bacteremia y posteriormente afectar la extracción o tratamiento endodóntico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ABSCESO PARODONTAL

- 1.-Ausencia de caries o presencia sin consideraciones
- 2.-Presencia de bolsa parodontal
- 3.-Vitalidad pulpar
- 4.-Continuidad entre el margen gingival y zona de absceso
- 5.-Fistula a nivel medio en la cara lateral
- 6.-Zona radiopaca en bi o tri-

ABSCESO PERIAPICAL

- 1.-Presencia de caries profunda
- 2.-Intersticio gingival normal
- 3.-Necrosis pulpar
- 4.-Márgenes gingivales normales
- 5.-Fistula a nivel apical
- 6.-Zona radiopaca a

fulguraciones en caras laterales

nivel apical

7.-Movilidad dentaria

7.-Poca movilidad dentaria

8.-Tártaro y materia alba en cantidades considerables

8.-Irritantes locales no considerables

Etiologia de las Enfermedades Parodontales

Ciertos factores etiológicos que se manifiestan en los niños tienen diferente reacción a la de los adultos; con esto no queremos señalar variaciones que en su etiología, patología y terapéutica se presentan en el adulto; sino hacer ver los cambios que en determinados procesos difieren de los infantiles. Estas causas ó agentes se dividen en: Locales y Generales.

1.-Agentes Locales

Estas para su estudio se dividen en dos:

- 1) Los relacionados al medio bucal.
- 2) Los que se relacionan con los tejidos dentarios.

A.-RELACIONADO CON EL MEDIO BUCAL

- (a) Materia alba
- (b) Empaquetamiento alimenticio
- (c) Placa bacteriana
- (d) Sarro

a).- MATERIA ALBA

Irritante local causa común de gingivitis. Es una sustancia de color amarillo ó blanco grisáceo, blando y pegajoso; se deposita sobre las superficies dentarias en el 1/3 gingival, restauraciones, cálculos y encía. Es una concentración de microorganismos, células epiteliales descaamadas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales. Su efecto irritativo puede provenir de las bacterias y sus productos.

(b).- EMPAQUETAMIENTO ALIMENTICIO

Es uno de los agentes que más propician las enfermedades periodontales y las causas que lo determinan son: desdentadooclusal, pérdida del contacto proximal, extrusión de un diente por arriba de la línea de oclusión, obturaciones inadecuadas, etc. Todo esto puede contribuir a inicio de una enfermedad periodontal ó al acrecentamiento ó gravedad de la patología ya

Existente; y los signos y síntomas pueden ser ó dolor irradiado, inflamación hemorrágias gingivales, formación de abscesos, inflamación del ligamento, destrucción proximal del hueso y caries de raíz.

(c).- PLACA BACTERIANA

Es un depósito blando amorfo granular que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios y se adhiere firmemente; en pequeñas cantidades no es visible pero a medida que se acumula presenta un color que varia del gris y gris amarillento al amarillo; se deposita sobre el tercio gingival de los dientes (supragingival) y sobre grietas, defectos y rugosidades (subgingival). Hay una correlación directa entre higiene dental insuficiente, la presencia de placa y la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival y parodontal.

(d).- SARRO

Es una masa adherente, calcificada que se forma sobre las superficies dentarias y prótesis dentales.

Según su relación con el margen gingival se clasifica:

Sarro supragingival.- Sarro coronario a la cresta del margen gingival (visible en la cavidad bucal); es blanco ó blanco

marillento, de consistencia dura, arcillosa y se desprende con facilidad de la superficie dentaria.

Sarro subsinival.- Es el que se encuentra debajo de la cresta de la encía marginal; es denso y duro, pardo obscuro ó verde negruzco, de consistencia pétreas y se une firmemente a los dientes.

3.- LOS QUE SE RELACIONAN CON LOS TEJIDOS DENTARIOS

- a) Mala Odontología
- b) Higiene dental defectuosa
- c) Deficiencia funcional
- d) Oclusión traumática
- e) Anomalías dentarias (de forma y posición)

En lo que se refiere a la mala Odontología, podemos mencionar como causante de las enfermedades lo siguiente: Obturaciones mal ajustadas ó de mala calidad que provocan una irritación constante, la acumulación de restos alimenticios y la multiplicación bacteriana.

La higiene dental defectuosa provocada por una mala técnica de

cepillado ocasiona que los restos alimenticios no sean
arrastados de las superficies dentales ó también puede provocar
alteraciones en la encía y abrasiones dentales.

La deficiencia funcional puede ser causada por falta de
ejercicio en la masticación que puede ser general ó localizada
en algunas zonas; hay disminución de la estructura de soporte
habiendo susceptibilidad a infecciones debido al menor aporte
sanguíneo.

La oclusión traumática es cuando en un diente ó en un grupo de
estos reciben una fuerza mayor que la normal, sus causas
pueden ser: interferencia de cúspides y surcos, dientes
mesializados por falta de piezas adyacentes, dientes de
soporte con prótesis mal ajustadas, sobremordida, malos
hábitos.

Las anomalías de forma y posición pueden causar problemas con
el estímulo dado por los alimentos; en dientes con curvaturas
pronunciadas la encía no recibe el estímulo adecuado; en
dientes muy planos la encía recibe el estímulo como un
irritante local por la impactación del alimento en la encía.

.- AGENTES GENERALES

Los factores etiológicos son:

- a) Deficiencias en la nutrición
- b) Modificaciones endocrinas
- c) Discrasias sanguíneas
- d) Problemas psicósomáticos

(a).- DEFICIENCIAS EN LA NUTRICION

Ninguna deficiencia nutricional causa por sí misma *singivitis* o *bolsas parodontales*; es preciso que haya irritantes locales para que estas lesiones se produzcan, y estas lesiones pueden agravarse por las deficiencias nutricionales. Hay también deficiencias nutricionales que producen cambios bucales característicos como la *pelagra*, el *beriberi*, etc.

Deficiencias Vitamínicas

Vitamina A.- En la encía se pueden encontrar trastornos como *hiperplasia epitelial* e *hiperqueratinización* con proliferación de la *adherencia epitelial*, hay una *hipersensibilización* al *ataque bacteriano* encontrándose signos como *xeroftalmia* y *ceguera nocturna*.

Vitamina B₁.- Es raro que la enfermedad bucal se deba a la deficiencia de un solo componente de la Vitamina B, por lo general la deficiencia es múltiple; las deficiencias bucales comunes a las deficiencias del complejo B son sinusitis, glossitis, glosodinia, queilosis e inflamación de la totalidad de la mucosa bucal.

Hay algunas enfermedades producidas por la carencia de algunos compuestos de la vitamina B, como:

El beriberi es una deficiencia de tiamina y se caracteriza por hipersensibilidad de la mucosa bucal, visiculas pequeñas (parecida al herpes) en la mucosa bucal, debajo de la lengua o en el paladar; erosión de la mucosa bucal; la lengua se torna roja e inflamada, hay pérdida de la coloración normal de los tejidos sinivales.

La deficiencia del ácido nicotínico produce la pelagra, los primeros signos clínicos en la boca son glossitis y estomatitis, en forma aguda, hay hiperemia en la lengua, agrandamiento de las papilas, hay una sensación quemante en la lengua y cavidad oral en general, la cual se torna sensible a las infecciones.

Vitamina C.- La deficiencia de vitamina C produce el escorbuto, una enfermedad que se caracteriza por diástesis hemorrágica y retardo de la cicatrización de heridas; en la boca esta deficiencia produce edema y hemorragia en el

isamiento parodontal, osteoporosis en el hueso alveolar y movilidad dentaria; en la encía hay hemorragia, edema, y degeneración de las fibras colágenas; la gingivitis aparece si hay algún irritante local que la produzca.

b).- MODIFICACIONES ENDOCRINAS

Las glándulas endocrinas producen sustancias orgánicas llamadas hormonas; que son depositadas en el torrente sanguíneo y ejercen una gran influencia fisiológica en las funciones de determinadas células y sistemas; los trastornos hormonales que producen algunas enfermedades también tienen repercusión en el parodonto.

El Hipertiroidismo suele provocar en niños, erupción temprana de los dientes; en ocasiones se presentan coronas clínicas de mayor tamaño que no van con la edad del niño, así como también atrofia presenil del ligamento parodontal.

En el Hipotiroidismo los efectos varían con la edad en que se producen; si se manifiesta poco después del nacimiento se le llama Cretinismo, la cual provoca retraso en el crecimiento físico y mental; en la boca se presenta retardo en la erupción dentaria, maxilares pequeños, maloclusión y todo lo predisponente a enfermedades del parodonto. El mixedema juvenil se presenta entre los 6 y 12 años y los cambios locales pueden dar la clave temprana de la formación de los

axilares; los dientes se forman mal, el retraso en la formación de dentina tiene por consecuencia el desarrollo incompleto de raíces y los conductos dentarios grandes.

El Hipotiroidismo provoca hipoplasia del esmalte y trastornos en la calcificación de la dentina, el esmalte y la dentina en desarrollo presentan zonas alternadas irregulares y acentuadas de calcificación deficiente y excesiva.

En el Hiperparatiroidismo las alteraciones bucales incluyen maloclusión y movilidad dentaria, osteoporosis alveolar con trabéculas muy juntas, ensanchamiento del espacio periodontal, ausencia de la cortical alveolar y espacios radiolúcidos de aspecto quístico.

La enfermedad periodontal no sigue patrones fijos en pacientes diabéticos, pero se pueden presentar una gran variedad de cambios bucales como: eritema difuso de la mucosa; lengua seburrual y roja; tendencia a los abscesos periodontales; encía agrandada; papilas gingivales sensibles, hinchadas, que sangran; aflojamiento de dientes; enfermedad periodontal con destrucción alveolar vertical y horizontal. La diabetes no causa gingivitis ó bolsas parodontales pero hay signos de alteración de la respuesta de los tejidos a los irritantes así como también el retardo de la cicatrización posoperatoria. Hay una gran relación entre la diabetes y la tendencia a las infecciones y el aumento en la gravedad de las inflamaciones, pero cuando los dos estados existen juntos es más una

coincidencia que una relación específica de causa y efecto.

c).- DISCRASIAS SANGUINEAS

Leucemia.- Es un aumento de leucocitos jóvenes, de etiología desconocida, llamado también cáncer de la sangre. Hay varios tipos de leucemia y las manifestaciones bucales son más frecuentes en la leucemia monocítica aguda y subaguda, menos frecuente en la leucemia mielógena y linfática aguda y subaguda, y raras veces en la crónica; pero en todos los tipos de leucemia la irritación local es el factor desencadenante de los cambios bucales; signos como: aumento de volumen de la encía, ulceraciones generalizadas, gingivorragias frecuentes sin causa aparente, dolor generalizado, movilidad dentaria y en ocasiones necrosis gingival y mucosa bucal.

Anemia.- Es una disminución del número de glóbulos rojos y de la cantidad de hemoglobina y puede ser producida por múltiples causas.

Las manifestaciones bucales pueden ser: gingivorragias espontáneas, palidez de la mucosa bucal, petequias, sangrado al cepillado, posibles presentaciones de úlceras intensas con fiebre e infecciones que no responden al tratamiento.

En la anemia perniciosa los principales síntomas que se

Presentan con: en los primeros estadios se ve rojiza, posteriormente toma un aspecto de cera blanca, en general la mucosa palidece, hay atrofia de papilas linguales, eritema, adormecimiento de lengua y labios, sensación quemante en las comisuras y lesiones parecidas a la queilosis.

Hemofilia.- Se caracteriza por hemorragia prolongada en heridas incluso leves y por sangrado espontáneo de la piel; en la boca presenta un sangrado gingival y petequias abundantes.

Asranulosis.- Es provocada por sustancias tóxicas y en general por el abuso de tranquilizantes, se caracteriza por leucopenia y neutropenia extensa junto con la ulceración de la mucosa bucal y necrosis gingival.

(d).- PROBLEMAS PSICOSOMATICOS

La influencia psicosomática en el control orgánico de los tejidos pueden ocasionar efectos lesivos en la cavidad bucal y pueden ser inducidos por: 1) Hábitos lesivos para el periodonto, y 2) por efecto directo del sistema autónomo en el equilibrio fisiológico de los tejidos.

Entre los padecimientos de origen psicosomático se pueden enumerar la gingivitis de Vincent, hábito de chupado, bricomania, brujismo, etc.

3.- AGENTES BACTERIOLOGICOS

Las bacterias en general tienden a ser de dos tipos; uno de los cuales tiende a localizarse en las membranas mucosas y el otro a diseminarse por el organismo, esto se debe a propiedades de las bacterias y respuesta de los tejidos.

Las bacterias relacionadas con los padecimientos parodontales tienden a encontrarse localizadas. La disposición del tejido parodontal influye en la localización de la infección; si ésta es capaz de atravesar la defensa de los tejidos, la infección se agravaría y diseminaría, provocando con esto desde abscesos hasta osteomielitis y celulitis.

Las enfermedades no solo son provocadas por la presencia de las bacterias sino que éstas deben multiplicarse adecuadamente para que se presente la infección. Para ello una de las partes de la bacteria debe reaccionar con el tejido celular para interferir en su estructura normal.

Las toxinas son uno de los principales componentes de las bacterias, atacantes, las endotoxinas son de mayor importancia y son producidas por bacterias gramnegativas, éstas destruyen redes vasculares. Las exotoxinas interfieren en el proceso metabólico esencial para la vida celular y en su mayoría son muy potentes.

Las enzimas bacterianas tienen su acción en el curso de la infección sobre células y tejidos. Las enzimas son clasificadas de acuerdo a los tejidos atacados: colagenasa, leucina aminopeptidasa y proteasa atacan a proteínas; coagulasa y estreptinasa a la sangre en porción líquida, existen datos de que estas enzimas son producidas en ocasiones por algunas bacterias en la infección.

En variadas ocasiones tejidos y células presentan alergias a uno o varios elementos de las bacterias particularmente a proteínas o complejo proteína-carbohidrato, el tejido responde con edema, eritema e inflamación.

La autoinoculación por exposición de los tejidos a las bacterias en un tiempo considerable puede sensibilizarse a un antígeno bacteriano y la infección se vuelve más fácil por reacción alérgica de los tejidos.

La inflamación va ligada a una proteólisis la cual daña los tejidos. Algunos polipéptidos son antibacterianos y otros estimulan los mecanismos de defensa.

Los fagocitos se hacen presentes en algunas lesiones parodontales, lo cual explica la supuración en la periodontitis. Estos mecanismos de defensa tienen desventajas, ya que los fagocitos tienen enzimas proteolíticas relacionadas con la etiopatogenia de los padecimientos en el parodonto.

o pueden considerarse a las bacterias solo como invasores secundarios responsables de los fenómenos supurativos. La infección es siempre parte del proceso inflamatorio, y es uno de los muchos factores que intervienen en la iniciación y progreso de la enfermedad parodontal, pero no se pueden aún clasificar como secundarios ó primarios.

CAPITULO V

Enfermedades Gingivales y Periodontales en Niños

CAUSAS Y CARACTERISTICAS

1.-Enfermedades Gingivales

a) GINGIVO ESTOMATITIS HERPETICA

Es la forma más común de infección gingival aguda en la niñez; con frecuencia, se produce como secuela de una enfermedad febril como neumonía, meningitis, sifilo y tifoidea. La gingivo estomatitis herpética aguda es una infección de la cavidad bucal causada por el herpes simplex; aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de 6 años.

La afección aparece como una lesión difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente con

grados variables de edema y hemorragia gingival; se caracteriza por la presencia de vesículas circunscritas esféricas grises sobre la encía, mucosa labial, paladar blando, faringe, lengua y mucosa sublingual; alrededor de 24 horas después las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con un margen rojo y su procién central hundida, amarillenta ó grisácea; a veces la gingivitis herpética se presenta sin una etapa vesicular definida.

Entre los síntomas se presenta una irritación generalizada de la boca lo que impide comer ó beber; las vesículas rotas producen dolor, son sensibles al tacto, variaciones térmicas, condimentos, jugos de frutas, etc.

La enfermedad dura entre 7 y 10 días; y no quedan cicatrices allí donde curaron las úlceras. La gingivitis estomatitis herpética es contagiosa pero como la mayoría de los adultos han adquirido inmunidad al virus, por esto es más frecuente en lactantes y niños pequeños.

ULCERAS AFTOSAS

Es una lesión que se caracteriza por la aparición de vesículas esféricas hundidas; por lo general aparecen en los pliegos mucosos de la boca y lengua con síntomas de cosquilleo ó anestesia local ó quemadura. Cada lesión

dura entre 7 y 10 días.

Las aftas aparecen como aftas recurrentes crónicas.

Su etiología es desconocida, pero se piensa que los factores que predisponen a la enfermedad incluyen trastornos hormonales, alérgias, desórdenes gastrointestinales, y factores psicósomáticos.

) HERPANGINA

Es producida por el virus llamado Coxsackie A; infecta a los niños con más frecuencia durante el verano; su sintomatología consiste en fiebre, náuseas, vómitos y a veces convulsiones; en la boca primero aparecen pápulas que deseneran en vesículas, en número de 5 a 12 en un período de 12 a 24 horas, situadas sobre las fauces, úvula y paladar blando; rara vez aparecen en la lengua y paladar duro y en mucosa oral, encía y labios. Las vesículas presentan una zona circundante eritematosa que se transforman en úlceras de aspecto grisáceo rodeadas de una región inflamatoria rojiza y dolorosas como resultado del traumatismo ejercido por los alimentos.

GLOSOPEDA

La etiología es la misma que la de la herpangina solo con clasificación diferente.

Es una enfermedad viral que se presenta generalmente en niños; aparecen vesículas y úlceras en boca, manos y pies. Las lesiones bucales aparecen sobre la mucosa oral, lengua, encía y labios.

GINGIVITIS ULCEROSA NECROSANTE

Hasta la fecha no se conoce con exactitud su etiología; sin embargo existe un aumento notable de bacilos fusiformes y espiroquetas (*Borrelia Vincenti*) en su fase aguda; se caracteriza por aparición repentina, frecuentemente después de un enfermedad debilitante ó infección respiratoria, así como también la modificación de los hábitos de vida, trabajo intenso sin descanso adecuado y la tensión psicológica son factores que pueden desencadenar la enfermedad. En el caso típico muestra inflamación aguda de papilas interdientarias y de bordes incisivos. Hay ulceraciones dolorosas en la superficie caracterizadas por una línea eritematosa muy marcada. El olor fétido, el aumento de salivación y la hemorragia gingival espontánea ó hemorragia abundante ante el estímulo más leve son otros signos característicos. Las

lesiones son muy sensibles al tacto, hay dolor constante, irradiado, corrosivo que se intensifica con los alimentos condimentados ó calientes; hay sabor metálico desagradable; se describe una sensación característica de los dientes como estacas de madera y la saliva pastosa.

Los signos generales pueden ser en casos leves, linfadenopatía local y aumento leve de temperatura; en casos graves se presentan complicaciones orgánicas como fiebre alta, pulso acelerado, leucocitosis, pérdida del apetito y decaimiento general; estas complicaciones son más intensas en niños.

Si no se realiza tratamiento puede tener por consecuencia la destrucción progresiva del periodonto y denudación de las raíces, junto con la intensificación de las complicaciones generales.

CANDIDIASIS

También llamada moniliasis es la más común de las enfermedades fúngicas que atacan la cavidad bucal. Es una enfermedad infecciosa originada por el hongo *Candida Albicans*; fundamentalmente es una enfermedad de la infancia, aunque los adultos, en especial los diabéticos y debilitados pueden ser afectados también.

Las lesiones son localizadas superficialmente, en membranas, mucosas y piel; principalmente en lengua, paladar y mucosas vestibulares; estas lesiones son de color blanco cremoso, que se asemeja a la leche coagulada, adherentes, y si se retira con fuerza dejan puntos sangrantes.

Cuando existe invasión secundaria produce, septicemia, endocarditis; la infección en general es de tipo endógena y se produce por disminución de defensas orgánicas, carencias nutricionales o infecciones virales ó bacterianas y en caso de antibioterapias prolongadas.

2.- Enfermedades Parodontales

PERIODONTOSIS

Es la destrucción no inflamatoria desgenerativa crónica del periodonto, que por lo general ataca las áreas de los incisivos superiores e inferiores y primeros molares. Se caracteriza por la imigración y aflojamiento temprano del diente en presencia de inflamación gingival secundaria y formación ó no de bolsas parodontales; si la enfermedad sigue su curso los tejidos periodontales se destruyen y los dientes se pierden. Esta lesión es indolora y es llamada también Atrofia difusa del hueso alveolar.

Características Clínicas y microscópicas

La periodontosis se desarrolla en 3 etapas:

La primera etapa se caracteriza por degeneración y desmólisis de las fibras del lisamento parodontal y la probable interrupción de formación de cemento y resorción del hueso alveolar; clínicamente hay emigración dentaria sin alteraciones inflamatorias.

La segunda etapa se caracteriza por la rápida proliferación de la adherencia epitelial a lo largo de la

raíz; clínicamente se comienza a desarrollar la lesión inflamatoria causada por la irritación local.

La primera y segunda etapa son de corta duración y es difícil diferenciar una de otra.

En la tercera etapa se presenta inflamación gingival progresiva, profundización de bolsas parodontales y mayor pérdida ósea.

Etiológicamente no se ha establecido el origen general de esta enfermedad; sin embargo se considera como una lesión inflamatoria secundaria generada por irritantes locales.

HIPERQUERATOSIS PALMOPLANTAR CON DESTRUCCION PARODONTAL

Llamada también periodontitis ó Síndrome de Papillon-Lef'ebvre; es una enfermedad rara (la frecuencia estimada es aproximadamente 4 por millón), que se caracteriza por hiperqueratosis de palmas y plantas y destrucción temprana grave del periodonto. Las lesiones de piel y boca por lo general aparecen juntos antes de los cuatro años de edad y la dentición decidua se pierde alrededor de los cinco. La dentición permanente erupciona normalmente pero, debido a la destrucción periodontal activa los dientes se pierden dos ó tres años después de la erupción; así que los pacientes quedarán

desdentados entre los 12 y 15 años de edad. Los terceros molares se pierden también después de su erupción.

Este síndrome es heredado y parece seguir un patrón recesivo autosómico.

Microscópicamente hay inflamación crónica de la encía y los tejidos periodontales de soporte, con destrucción de la adherencia epitelial; degeneración de las fibras del ligamento con resorción de hueso, cemento y dentina.

) DESTRUCCION PERIODONTAL IDIOPATICA.

También una enfermedad bastante rara, de etiología desconocida. Se caracteriza por destrucción periodontal intensa y generalizada; algunos dientes se encuentran totalmente carentes de hueso; hay movilidad dentaria y migración patológica, gran inflamación y agrandamiento gingival con bolsas parodontales purulentas.

Capítulo VI

Manifestaciones Bucales de Enfermedades Generales

VARICELA

Clasificada entre las enfermedades de la infancia, de carácter infeccioso y contagiosa, causada por el virus del herpes zoster el cual en los niños causa la varicela y en los adultos el herpes zoster

Presenta un periodo de incubación de 10 días a 3 semanas, con síntomas como malestar general y fiebre. Clínicamente aparece una erupción papular en cara, tronco y extremidades superiores e inferiores; estas pápulas se transforman en vesículas que forman costra, que desaparecen sin dejar cicatriz

En la mucosa bucal también aparecen estas lesiones, varían de tamaño y pueden presentarse aisladas ó en grupo. Cuando las vesículas de la mucosa bucal se rompen se convierten en pequeños cráteres ulcerados rodeados de eritemas (esta ulceración es causada por la acción

irritante de los alimentos) y se presentan antes de las erupciones cutáneas.

SARAMPEON O RUBEOLA

Enfermedad viral causada por un mixovirus; se manifiesta en la niñez y es contagiosa y de fácil transmisión.

Tiene un periodo de incubación de 7 a 10 días con síntomas como congestión nasal, conjuntivitis, dolor faríngeo y diarrea; las manchas de Koplik son patognomónicas del sarampeón y se observan dos ó tres días antes que aparezca la erupción; el lugar más frecuente en la mucosa bucal es frente a los primeros molares o en la zona interna del labio inferior como manchitas blancoazuladas de tamaño puntiforme, rodeadas de una aureola rojo brillante, al principio solo son pocas pero más tarde aumentan en cantidad y se unen. Además de estas lesiones específicas también hay eritema y edema de la encía y mucosas con zonas de coloración rojo-azuladas en el paladar blando.

De 4 días a una semana después de la incubación aparece la erupción cutánea que generalmente afecta primero a cara y cuello extendiéndose posteriormente a tronco y extremidades, esta dermatitis consiste en lesiones maculopapulares rojas.

A veces pueden presentarse complicaciones como infecciones secundarias que afecten al oído y mastoides.

ESCARLATINA

Enfermedad causada por el estreptococo Beta Hemolítico del grupo A; su periodo de incubación es de unos días a una semana; en sus primeras manifestaciones se presenta como una infección faríngea con dolor de garganta y fiebre que varia entre los 38 y 39.5 grados centigrados; días después se presenta una erupción cutánea, atribuida a una exotoxina eritematosa, que aparece primero en tronco y posteriormente en cara y extremidades; en la boca se produce una coloración rojo intensa difusa de la mucosa bucal; las papilas fungiformes de la lengua se agrandan y se inflaman apareciendo como protuberancias enrojecidas; a esta característica se le llama lengua aframbuesada ó lengua en forma de fresa; también se presenta una superficie saburral. Según las lesiones van desapareciendo, el enrojecimiento cede, la lengua adquiere una forma de zarzamora, hasta que finalmente se normaliza tanto en color como en tamaño de sus papilas.

) DIFTERIA

Su etiología es el *Corynebacterium diphtheriae*; es una infección aguda que se presenta en el 60% de los niños menores de 10 años; se disemina por medio de la boca; tiene un periodo de incubación de 2 a 5 días con síntomas iniciales de prostración, fiebre y vómitos, el pulso se torna irregular y débil, la garganta se encuentra enrojecida con dolor y con dificultad para comer; en la zona de amígdalas y región faríngea aparece la formación de una pseudomembrana blanco-grisácea, friable a modo de cortina, la cual está constituida por fibrina, leucocitos y células epiteliales las cuales se necrosan; si esta membrana se remueve deja al descubierto superficies ulcerosas y sangrantes sobre la cual se forma otra vez la membrana rápidamente.

) DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

La nutrición es la forma de procesos físicos y químicos con lo cual el organismo es capaz de absorber y asimilar sustancias que se encuentran dentro de éste, las cuales tienen capacidad formadora de tejidos así como dar color y nutrición a los tejidos ya presentes

Las sustancias más nutrientes que se encuentran en los alimentos son carbohidratos, proteínas, minerales,

vitaminas y agua, los cuales deben ser regulados de acuerdo a necesidades propias del organismo, con el fin de que prevalezca el estado de salud.

La nutrición interviene como factor etiológico en mayor o menor grado en casi todos los padecimientos. La nutrición es uno de los principales factores en las relaciones huésped-parásito. La salud en tejidos orales va a depender de una dieta adecuada que coopere a la preservación en tejidos de soporte de dos maneras:

- 1.- Por medio de la estimulación local en los tejidos circundantes al diente.
- 2.- Proporcionando a los tejidos los nutrientes indispensables para la conservación de la salud. La ausencia de ciertos elementos en la dieta, podrían ocasionar daños considerables, como un ejemplo en ausencia de vitamina C provocaría gingivorragias y hasta incluso pérdidas dentales.

En Odontología se ha estudiado la vitamina C debido a las manifestaciones bucales del escorbuto; sin embargo, las alteraciones orales en la encía aparecen tiempo después que los síntomas generales de este mal.

Para la cicatrización de las heridas es necesario el ácido

ascórbico ó vitamina C así como para la producción y mantenimiento de las células endoteliales vasculares. La falta de esta vitamina causará un desequilibrio en el mecanismo formado del tejido conectivo y desgeneración de la capa endotelial de los vasos.

Son raros los casos de lesiones bucales en ausencia de vitamina A, sin embargo, en algunos casos puede haber reducción puede haber reducción del flujo salival y aparecer zonas hiperqueratinizadas en la mucosa bucal.

La tiamina o vitamina B1, su deficiencia actúa en el metabolismo de los carbohidratos y su carencia produce el beriberi con exteriorizaciones bucales como pérdidas de las papilas linguales, edema y dolor.

La falta de niacina o ácido nicotínico (muy importante en la oxidación intracelular), nos produce pelagra. Se observa que la mucosa bucal se inflama y sangra fácilmente, la lengua se pone de color rojo subido, aumenta de volumen, desaparecen papilas y presenta indentaciones laterales.

Por lo general los trastornos orales debidos a la falta de vitamina B, son causados por la ausencia de algún elemento de este complejo. Los cambios orales más frecuentes son: inflamación gingival, enrojecimiento, ulceración, erosiones e inflamación de toda la mucosa

oral, inflamación de la lengua, queilosis, así como otras.

La vitamina D, en su función principal es la de absorción del fósforo y calcio, realiza la absorción a nivel de la membrana mucosa en el intestino, así como la calcificación de hueso y cartilago; esto provoca dientes anormales, retraso en la erupción de los dientes, retraso también en el crecimiento óseo y mal oclusión.

Las proteínas ocupan una función importante en la relación del organismo en contra de las infecciones, son éstas de carácter esencial en la conservación de fagocitos que actúan destruyendo las bacterias.

Las grasas son transformadas en energía y están fuertemente involucradas en la absorción de algunas vitaminas.

Los carbohidratos actúan como energéticos en el organismo produciendo también una gran cantidad en calorías.

Los minerales actúan de manera indispensable en el funcionamiento de la glándula tiroides, el yodo y el hierro son los de mayor acción; en desarrollo y metabolismo de los huesos el fósforo, calcio y magnesio; en el equilibrio electrolítico el sodio y potasio; así como muchos más en menor o mayor escala son necesarios a la función del organismo.

Los líquidos, forman una necesidad inobjetable tanto los intra como los extracelular, ya que éstos son formadores de un 70% del peso total correspondiente al 5% el plasma celular.

Es necesario hacer notar que tanto el aumento así como la deficiencia de éstos puede acarrear problemas ya sea a nivel general como en cavidad oral. Por lo tanto en su composición como en su consistencia. Esto es porque el primero es ligado a los cambios anabólicos y catábólicos en el tejido parodontal y el segundo porque la masticación vigorosa provoca estímulos fisiológicos en el parodonto.

Es importante mencionar algunos de los trastornos ocasionados por cierto tipo de dieta, la consistencia blanda actúa como una materia adherente la cual facilitaría el crecimiento bacteriano, así como también la formación de sarro. Las carencias nutricionales pueden dar lugar a la disminución en la resistencia del organismo, involucrando tejidos parodontales; dan lugar también a cambios metabólicos de tejido conectivo de encía y hueso caracterizándose osteoporosis del hueso alveolar.

ANEMIA ERITROBLASTICA DE COOLEY

La anemia se ha considerado como un estado patológico de la sangre, se define como deficiencia en cantidad,

calidad eritroblástica se ha definido en una baja considerable de los eritrocitos circulante, ligada a una disminución de la cantidad de hemoglobina en una unidad de sangre.

Características Clínicas Generales

Es un trastorno con características hereditarias, particularizando por anemia hemolítica, esplenomegalia, eritrocitos nucleados en la sangre periférica y lesiones esqueléticas generalizadas.

Estos cambios esqueléticos presentados son mínimos o no llegan a existir durante el primer año de vida y la osteoporosis característica en esta enfermedad en los infantes siempre va seguida por una esclerosis. La lesiones esqueléticas más afectadas las encontramos en fémur y metacarpos. Retrasándose también la neumatización de los senos paranasales.

Durante los primeros 2 años de vida, en los niños se dá con una palidez, fiebre, escalofríos y debilidad general, coloración ictericia debida a exceso de pigmentos biliares provocando por hemolisis de eritrocitos anormales. La facies se observa con las características mongólicas, con huesos frontal y parietales prominentes por un subdesarrollo de los maxilares, los huesos malares y propios de la nariz son cortos y ésta se observa aplanada.

Los cambios provocados en la boca por ésta enfermedad consisten en palidez y cianosis de las mucosas. Marcada maloclusión debida a un sobrecrecimiento en el reborde alveolar del maxilar.

Los dientes sufren una separación marcada, el trabeculado óseo denota una rarefacción generalizada de los maxilares, esto es que se observa una red mal dispuesta, con desaparición de la cortical en algunas zonas.

Etiología

Las causas provocantes de esta enfermedad son desconocidas.

Tratamiento

El pronóstico de éste es malo, muriendo los pacientes a temprana edad, agravándose éstos mientras más temprano aparezca la enfermedad. Esta enfermedad no permite tratamiento alguno, las transfusiones repetidas se observan con buenos resultados en casos aislados mientras en algunos otros provocan algún alivio "temporal".

LEUCEMIA AGUDA Y SUBAGUDA

Los cambios clínicos que se presentan en la boca en pacientes con leucemia son: un color rojo azulado, difuso, cianótico de toda la mucosa gingival, cuya superficie se torna brillante, un agrandamiento edematoso difuso que borra los detalles de la superficie gingival, redondeamiento y tensión del margen gingival y de las papilas dentarias, diversos grados de inflamación con ulceración necrosis y formación de una pseudomembrana.

Microscópicamente, la encía presenta un infiltrado denso, difuso con predominio de leucocitos inmaduros, los componentes del tejido conectivo normal son desplazados por las células leucémicas y esta acumulación celular es más densa en la capa reticular del tejido conectivo; los vasos sanguíneos están dilatados y contienen predominantemente células leucémicas; la cantidad de células sanguíneas rojas disminuye. El epitelio puede estar adelgazado ó hiperplásico, la encía marginal presenta un componente inflamatorio notable además de las células leucémicas y la naturaleza de estas células depende del tipo de leucemia.

HIPERPLASIA DE LA ENCIA

La hiperplasia de la encía puede ser fibrosa y provocada en casos por medicamentos tales como el Dilantín Sódico.

Su etiología se desconoce y se piensa que un tipo de irritación local ligado a un factor de constitución predispone su desarrollo.

La hiperplasia gingival fibrosa presenta un agrandamiento debido a un aumento del tejido fibroso, no es una inflamación gingival aunque esta puede aparecer como fenómeno secundario, la cual puede darse como un crecimiento localizado y limitado en zona específica afectando a las papilas interdenciales.

La hiperplasia gingival generalizada o fibrosa difusa es característico en las personas jóvenes, la remoción quirúrgica es el tratamiento más adecuado, sin embargo, tiende a reincidir.

La herencia junto con los trastornos endocrinos han sido nominados como causantes etiológicos de este padecimiento, aún cuando existen pruebas suficientes no es posible marcar esta relación como provocante.

El tejido atacado muestra un color ligeramente más pálido al normal su consistencia es firme, elástico, denso,

difícil de comprimir o separar del diente su superficie es regular, suave y no presenta hemorragias así como tampoco dolor. La única referencia proporcionada por el paciente es la deformidad que presenta provocando protrusión del labio debido al agrandamiento. Los dientes pueden estar cubiertos total o parcialmente.

En este padecimiento el único tratamiento eficaz es la remoción quirúrgica del tejido fibroso, la eliminación de irritantes locales, así como el mantenimiento bucal estrictamente limpio contribuye a un mejoramiento. La incidencia de agrandamiento del tejido fibroso es inevitable pero de lento proceso la cual ayudaría a nuevas remociones presentando periodos largos de inactividad.

El problema provocado por Dilantin Sódico (medicamento anticonvulsivo utilizado en pacientes epilépticos) presenta un agrandamiento gingival al cual algunos autores han referido que cuando se dosifica éste, si es acompañado de una buena higiene bucal, se puede reducir la incidencia de éste padecimiento de un 10% hasta un 50% de los casos. El uso de dilantin solo afecta a ciertos pacientes desconociéndose el porqué y la manera de cómo provoca la hiperplasia. Es la encía el único tejido que responde de manera tan severa hacia éste medicamento. La reacción gingival puede presentarse después de 2 a 3 semanas posteriores al tratamiento con este medicamento aunque lo

normal es que aparezca en 2 ó 3 meses. El problema va en aumento de tamaño de la encía interesando encía marginal posteriormente encía insertada y después dientes. Solo cuando este padecimiento presente algún trastorno cruzado tal como inflamación causada por irritantes locales presentará gingivorrásias.

Los factores determinantes de la gravedad del padecimiento son:

- a) Susceptibilidad del paciente al medicamento
- b) Dosificación del medicamento
- c) Tiempo de iniciación terapéutica.

Mientras exista una continuidad en el uso de este medicamento el padecimiento seguirá presente, la disminución tanto en uso como en dosis provocará una disminución en el problema. Podrán utilizarse algunos otros medicamentos anticonvulsivos en pacientes epilépticos obteniéndose buenos resultados tales como con el Mysoline que no causa hiperplasia gingival, pero en algunos casos es preferible controlar por otros medios la hiperplasia de la encía y no utilizar medicamentos menos eficaces.

El tratamiento de este problema se hará por medio de gingivoplastia aunque con reincidencia en la mayoría de

los casos. Es aconsejable el uso de un cepillo con cerdas duras para la higiene adecuada.

ENFERMEDAD DESTRUCTIVA CRÓNICA EN NIÑOS.

La parodontosis que se manifiesta como destrucción ósea y pérdidas dentales no son comunes en niños, pero se han observado casos de este padecimiento su etiología no puede ser específica, la destrucción es general y el pronóstico es malo.

Etiología

Estudios realizados no proporcionan datos precisos sobre la causa de la parodontosis. Aunque no ha podido atribuirse a ninguna enfermedad específica, puede estar relacionada con alguna de las alteraciones generales. Entre estas, podemos mencionar la diabetes, anemia, desnutrición, enfermedades infecciosas y factores genéticos. El proceso inflamatorio causado se debe a irritantes locales, algunos autores atribuyen a estos irritantes locales como factor de gran importancia. Uno de estos factores locales bien podría ser el traumatismo oclusal el cual inicia destrucción de parodonto y hueso alveolar.

En la etiología de este padecimiento, se cuentan un sinúmero de factores además de los tejidos parodontales afectados de influencias que alteran su reacción a factores locales. Ningún factor aislado siendo general o local podrá ser considerado como un factor determinante en la Parodontosis.

Manifestaciones Clínicas

La Parodontosis se caracteriza por el ensanchamiento de los espacios parodontales, pérdida de la lámina dura, reabsorción del hueso alveolar, trastornos en la cementosénesis y pérdida de las fibras principales del lisamento parodontal que estas son reemplazadas por tejido conectivo fibroso. Los dientes se tornan con movilidad y pueden desviarse. La oclusión se vuelve traumática ocasionando pérdida mayor de hueso en estas zonas. Cuando algunos dientes o todos estos están interesados simultáneamente, el grado de reabsorción del hueso es más o menos regular en toda la porción afectada. Esta enfermedad puede progresar rápidamente, hasta llegar a un punto en que se hace muy difícil el salvar los dientes de su exfoliación. Ni bolsas, ni inflamación son parte formadora de esta alteración, aunque ambas podrán presentarse como complicaciones secundarias pero cuando la Parodontosis se encuentre bien establecida. Cuando se presentan dichas complicaciones las lesiones parodontales

son muy semejantes y probablemente no puedan diferenciarse de la parodontitis primaria y a esto se nombra parodontitis compleja o parodontitis secundaria.

La parodontosis en sus primeros estadios no es reconocida clínicamente, sino que por medio de un estudio radiográfico revela pérdida ósea alveolar en una zona específica. El primer signo clínico es la formación de bolsas profundas caracterizándose en un solo diente aún cuando los dientes contiguos presenten su estructura ósea normal.

Tratamiento

Cuando los signos de la parodontosis se presentan simultáneamente con una enfermedad generalizada, el control de esta última ayudada con una técnica parodóntica local forma la base del tratamiento. El tratamiento local incluye el equilibrio oclusal, en especial cuando se ha producido una desviación dentaria, con contactos prematuros de interferencia. Puede ser muy alta la utilización de férulas dentales. La parodontosis avanzada casi siempre tiene mal pronóstico.

PERIODONTITIS

Hay dos tipos de periodontitis: la simple y la compuesta. Es el tipo más común de enfermedad parodontal, se le conoce con el nombre de Piorrea sucia y Parodontitis.

La etiología de la periodontitis simple es causada por una gran variedad de irritantes locales que generan inflamación gingival y extensión de la inflamación hacia los tejidos parodontales de soporte.

Clinicamente se puede localizar en un solo diente o en un grupo de dientes; hay inflamación crónica de la encía, bolsas parodontales a veces purulentas, pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y pérdida de dientes.

La periodontitis puede ser indolora, pero se pueden presentar síntomas como sensibilidad al tacto y alimentos; a cambios térmicos como consecuencia de la denudación de las raíces; dolor irradiado profundo durante la masticación por acumulamiento forzado de alimentos dentro de las bolsas parodontales; síntomas pulpares como sensibilidad a cambios térmicos y alimentos dulces ó dolores punzantes consecuencia de pulpitis.

Las características clínicas de la periodontitis compuesta son las mismas que las de la simple, pero esta se origina

por los efectos combinados de la irritación local más el trauma de la oclusión que agravan los efectos destructores de la inflamación.

/

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

estudiar ampliamente las enfermedades parodontales infantiles hemos pretendido señalar la importancia que tiene la práctica de visitas periódicas y oportunas al cirujano dentista, mismas que permitirán al niño familiarizarse con estas situaciones y recibir una guía y orientación acertada que contribuyan a la prevención de cualquier anomalía en el desarrollo de su dentición. En esta tarea es importante la actitud asumida por los padres quienes podrán colaborar para hacer desaparecer el temor del niño al encuentro con una revisión que permita detectar oportunamente cualquier irregularidad. Es conveniente que el niño y los padres obtengan una explicación que les asista en el conocimiento del problema, sus causas y consecuencias, así como el tratamiento cuidadoso oportunos para evitar el desarrollo de cualquier juicio por pequeño que sea.

fundamental dar a conocer el carácter, la naturaleza y el aspecto que deben presentar los tejidos en condiciones normales, para que en el momento que aparezca el mínimo

Ante un síntoma de anomalía se hacen diligencias para conocer con exactitud los cuidados y precauciones que deben practicarse con el fin de evitar la propagación del agente provocante.

Consideramos de vital importancia la etiología de cualquier tipo de padecimiento, sobre todo en lo relacionado con el tratamiento y cuidados preventivos. Al estudiarlo hemos tomado en cuenta la trascendencia que tiene el conocimiento de los diferentes tipos de causas o incitantes en los diversos trastornos para que pueda atacarse debidamente el agente provocante sin olvidarse de atender en forma especial las molestias que ha causado.

En toda enfermedad parodontal es conveniente que señalemos todos los signos y síntomas con ella relacionados, con esto lograremos tener una seguridad que nos permitirá no sólo diferenciarlos entre sí, sino también alcanzar un diagnóstico serio y auténtico que a su vez nos indicará el tratamiento eficaz.

Es entonces indispensable definir cual es la causa principal de cualquier anomalía para tener a nuestro alcance no solamente sus caracteres y naturaleza, sino también el desarrollo que ella puede tener en las distintas condiciones y así saber indicar la terapéutica adecuada para contrarrestar los estragos que pueda producir mediante la práctica de medidas efectivas y eficientes que no permitan su avance y desarrollo.

Como resultado importante hemos estudiado las consecuencias que pueden tener los padecimientos generales, para el desarrollo normal de la dentición. Es frecuente que una enfermedad general propia de la infancia; sarampión, varicela, anemia, tenga su derivación a través de exteriorizaciones bucales; hemos mencionado en términos generales los diferentes tipos de manifestaciones que se dan en esos casos, haciendo un estudio de los factores que los provocan así como de la forma de alcanzar un diagnóstico preciso y encontrar el tratamiento o método conveniente al caso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- GLICKMAN IRVING.- 'Periodontología Clínica'
Sexta Edición, 1980
Editorial Interamericana
S.A.

- 2.- P.N. BAER PAUL
S.D. BENJAMIN SHELDON.- 'Enfermedad Periodontal en
niños y adolescentes'
Primera Edición, 1975
Editorial Mundi, S.A.

- 3.- TIECKE RICHARD.- 'Oral Pathology'
Primera Edición, 1965
Mc Graw-Hill Book Company

- 4.- THOMA K.H. .- 'Patología Bucal'
Primera Edición, 1964
Editorial Hispanoamericana
Traducida por Honorato Villa

- 5.- GOLDMAN HENRY M.,- 'Periodontal Therapy'

Segunda Edición, 1964
W.B. Saunders Company.

- 6.- ORBAN B., WENTZ M.F.,.- "Periodoncia"
EVERT G.F. Primera Edición, 1960
Editorial Interamericana
- 7.- FIN SIDNEY W.,.- "Clinic Periodontics"
Y COLABORADORES Segunda Edición, 1962
W.B Saunders Company
- 8.- RAYMOND FAULIS,.- "Enfermedad Parodontal en
D.D.S niños"
Primera Edición, 1966
Universidad de Costa Rica
- 9.- BRAUER JHON Y .- "Dentistry for Children"
COLABORADORES Quinta Edición, 1964
Mc Graw-Hill Book Company