

2e, 804



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

## " GINGIVITIS Y TRATAMIENTO "

*DIRIGI Y REVISÓ*

*20-11-82,*

*Ulcefeld*

*C.D. JOSÉ T. ESCOBAR PÉREZ*

# T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

**ULRICA SANCHEZ ESCOBAR**



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

## I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ANATOMIA DEL PARADONTO	5
CAPITULO II DEFINICION DE GINGIVITIS	17
CAPITULO III ETIOLOGIA	20
CAPITULO IV CLASIFICACIONES	44
CAPITULO V PATOLOGIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS	50
CAPITULO VI TRATAMIENTOS SISTEMICOS	81
CONCLUSION	105
BIBLIOGRAFIA	107

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

La enfermedad periodontal se ha manifestado des de épocas prehistóricas como se puede ver en los cuerpos embalsamados de los egipcios; documentos históricos antiguos revelan el conocimiento de la enfermedad periodontal, así como la necesidad de su tratamiento.

De Egipto provienen los papiros quirúrgicos de Ebersewin Smith éstos contienen referencias para fortalecer los dientes y mencionan especialistas en la alimentación de los dientes.

Los sumerios practicaban la limpieza con palillos de oro, también se cree que los asirios y babilonios sufrían enfermedades periodontales y usaban tabletas de arcilla mediante masaje gingival.

En el tratado clínico se define la enfermedad periodontal en tres tipos:

- a) Estados inflamatorios.
- b) Enfermedades de tejidos blandos de revestimiento.
- c) Caries dental.

Hipócrates padre de la medicina explicó la función y erupción de los dientes, y creía que la inflamación de las encías se atribuía a la acumulación de pituita o -

hemorragia gingival.

Los romanos describen el aflojamiento de las raíces o flacidéz de las encías, señalaban que la pigmentación y el tártaro debían eliminarse con raspadores o limas pequeñas.

En la edad media recomendaban para fortalecer los dientes flojos enjuagatorios bucales, astringentes, y polvos dentífricos. Otros señalan que el tratamiento de las estructuras de soporte debían ser raspadas con diferentes instrumentos eran toscos pero no dio la herencia del instrumento moderno.

En el siglo XV.- Afirmaban que para tratar la enfermedad deberá eliminarse el tártaro con instrumentos y dentífricos.

Se ha hecho notable que la enfermedad periodontal se ha manifestado desde épocas remotas y ya se pensaba sobre como tratarlas.

La gingivitis puede afectar tanto en personas adultas como en adolescentes, que si es tratada a tiempo y adecuadamente evitaremos que degenera a periodontitis, por lo cual diremos que ésta enfermedad es muy frecuente, ninguna persona ésta exenta de padecerla, solo aquellos que tienen el hábito de la limpieza bucal, y aún así si lleva una vida muy excitada probablemente la llegue a -

padecer.

Daré una pequeña explicación sobre la gingivitis basándome en diferentes bibliografías y refiriéndome a su tratamiento de cada una de ellas.

**C A P I T U L O I**  
**ANATOMIA DEL PARADONTO**



## ANATOMIA:

Para poder comprender la patología que afecta - el parodontio que es el tejido de sostén de los dientes de - bemos antes de conocer las características, normales de - éstos tejidos para poder así clasificar cuando el tejido blando está sano u enfermo, y poder explicar el avance -- del proceso patológico.

El periodonto está compuesto por:

Ligamento parodontal.

Encía.

Cemento.

Hueso Alveolar.

## LIGAMENTO PARADONTAL:

Es una estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso, es una continuación del tejido conectivo de la encía y se comunica con espacios medulares a través de canales vasculares del hueso, tiene función física y resiste el impacto de las fuerzas oclusales y función formativa y nutricional y está compuesta de diferentes fibras colágenas que siguen un ondulado y los -- extremos se insertan en cemento y hueso y son las fibras de sharpey.

Las fibras transeptales; se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el -

cemento del diente vecino incluso se reconstruye al producirse la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad paradontal.

**Cresta alveolar.**- Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento, por debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar.

**Función.**- Equilibrio del empuje coronario de las fibras más apicales y resistir los movimientos laterales.

**Fibras horizontales.**- Se extienden en ángulo recto con respecto al eje mayor del diente desde el cemento al hueso alveolar.

**Función.**- Igual que la anterior.

**Fibras oblicuas.**- Son las más numerosas del ligamento paradontal se extienden desde cemento a la corona en sentido oblicuo respecto al hueso.

**Función.**- Soportan las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

**Fibras apicales.**- Irradian desde cemento al hueso en el fondo del alveolo.

Las fibras principales se componen de fibras individuales y se anastomosan entre diente y hueso, las fibras individuales constan de dos partes separadas que se

juntan a mitad de camino entre cemento y hueso a ésta zona se le denomina plexo intermedio.

Los elementos celulares del ligamento periodontal son los fibroblastos, osteoblastos, osteoclastos, -- macrófagos, de los tejidos y cordones de células epiteliales o restos epiteliales de malassez, más abundantes en apical que en cervical y disminuyen con la edad.

La vascularización proviene de arterias alveolares superiores e inferiores: Los linfáticos complementan el sistema de drenaje venoso.

En la adherencia epitelial pasando por el ligamento periodontal la inervación es por fibras nerviosas sensoriales que transmiten sensación táctil de presión y dolor por vías trigéminas.

#### CEMENTO:

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica se divide en dos que son:

Acelular (Primario) y Celular (Secundario): Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colagénas.

Cemento celular.- Contiene cementocitos en espacios aislados que se comunican entre sí por -

medio de canalículos anastomosados y se encuentra en la mitad de la raíz apical.

Cemento acelular.- Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de su estructura y desempeña el sostén del diente y contiene fibrillas colágenas calcificadas y se disponen irregularmente o si son paralelas a la superficie, se encuentra más calcificado que el cemento celular y se localiza en la mitad coronaria.

En el cemento intermedio es una zona mal definida de la unión amelocementaria contiene remanentes celulares de la vaina de Hert Wing incluidos en la sustancia fundamental calcificada.

Los encargados de formar el cemento son los cementoblastos el cemento acelular e intercelular están dispuestas en ramas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente.

El cemento está compuesto por calcio, fosfato, en forma de hidroxiapatita.

Dentro del contenido orgánico son: Proteínas, colágena, polisacáridos y agua en un 12%.

El cemento es más oscuro que el esmalte y más claro que la dentina.

## HUESO:

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios compone la pared interna del alveolo de hueso delgado compacto llamado también lámina cribiforme por donde pasan vasos, nervios, y comunica el hueso con el alveolo y se divide en dos:

Hueso alveolar.- Esta compuesto de una matriz calcificada con osteocitos en espacios denominados lagunas, los osteocitos se extienden dentro de pequeños canales que se anastomosan dentro de la matriz intercelular del hueso, lleva oxígeno y alimento a los osteocitos y elimina productos metabolicos de desecho.

La pared del alveolo esta formada por hueso laminado y a la limitación de hueso y ligamento periodontal por su contenido de fibras de sharpey se le denomina hueso fasciculado este se reabsorbe gradualmente y es reemplazado por hueso laminado.

Hueso esponjoso.- Se le denomina también hueso de soporte, tiene trabeculas que encierran espacios medulares irregulares, el tabique interdentario está compuesto por hueso esponjoso por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas vestibulares y linguales está cubierto tanto en superior co-

mo en inferior por hueso laminado.

La pared ósea de los alveolos dentarios se denomina - laminadura está perforado por numerosos canales que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios -- que establecen la unión entre el ligamento periodontal y la porción esponjosa del hueso alveolar, el - aporte sanguíneo proviene de vasos del ligamento periodontal y espacios medulares y también pequeñas - ramas de vasos periféricos que penetran en las ta-  
blas corticales.

#### ENCIA:

Es la parte de la membrana mucosa basal que cubre los procesos alveolares dentro de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes.

Para comprender mejor las características normales de la encía es necesario interpretar sus estructuras microscópicas.

#### Color:

El color se describe como rosa coral y es producido por:

- a) Aporte sanguíneo.
- b) Grado de queratinización del epitelio.
- c) Grado de pigmentación.
- d) Espesor.

El color varía según las personas ya que se relaciona con la pigmentación cutánea es más clara en individuos rubios de tez blanca que en trigueños de tez morena.

**Tamaño:**

El tamaño de la encía corresponde a la suma de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. Si se presenta alteración en el tamaño es signo de alguna patología.

**Contorno:**

La forma de la encía depende de los dientes y su alineación en el arco y el tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales -- vestibular y lingual.

**Consistencia:**

La encía es firme y resilente con excepción del margen libre movable, está fuertemente unida al hueso subyacente.

**Textura superficial:**

La encía presenta una superficie lobulada, como una cáscara de naranja y se dice que es punteada se observa mejor al secar la encía. La encía insertada y papilas interdientarias son punteadas, pero los bordes marginales

son lisos y la encía marginal no es punteada.

El punteado varía con la edad no existe en la lactancia aparece en algunos niños alrededor de los cinco años, aumenta hasta la edad adulta y con frecuencia desaparece en la vejez, la reducción o pérdida del punteado es un signo de enfermedad gingival.

#### Queratinización:

El epitelio que cubre la superficie externa de la encía marginal y la encía insertada es queratinizado. Se considera la queratinización como una adaptación protectora a la función aumenta al estimular la encía al cepillado dental.

La queratinización varía en diferentes zonas; - El paladar es más queratinizado, encía, lengua, carrillos, menos queratina, el grado de queratinización no necesariamente está relacionado con las diferentes fases del ciclo menstrual, disminuye con la edad y la oposición de la menopausia.

#### Renovación del epitelio gingival:

Su espesor conserva un equilibrio entre la formación de nuevas células en la capa basal y espinosa y el desprendimiento de células viejas en la superficie, el período mitótico se manifiesta cada 24 horas, sus ritmos --



más altos es por la mañana y por la noche y aún más en el epitelio gingival no queratinizado que en áreas que rati-  
nizadas.

#### Posición:

Se refiere al nivel en que la encía marginal se une al diente la adherencia epitelial, durante la erupción del diente se desplaza la porción apical prolifera a lo largo del esmalte y la porción coronaria se separa del diente así se conserva la profundidad fisiológica del surco.

#### Recesión gingival:

Se le denomina a la exposición de la raíz por migración apical esta exposición con la edad se considera Recesión fisiológica y la posición excesiva se conoce por Recesión patológica.

Ausencia de hemorragias.- Es un buen signo de normalidad la presencia de hemorragia nos daría por resultado un problema patológico.

Ausencia de Bolsas Pardontales.- La presencia de bolsas pardontales nos darían el resultado de una migración de la adherencia epitelial hacia apical y presencia de una enfermedad parodontal,

### Ausencia de líquido gingival o crevicular:

El surco gingival contiene un líquido que se filtra dentro de él, desde el tejido conectivo gingival - éste líquido se produce en pequeñas cantidades y está compuesto de Potasio, Sodio, Calcio, Aminoácidos, Proteínas plasmáticas, Factores Fibrolíticos, Gammaglobulinas G y Gammaglobulinas A, Gammaglobulinas M (inmonoglobulinas) Albuminas, Lisozimas, Fibrógeno, Fosfatasa ácida, prevalece la opinión que el líquido gingival es un exudado inflamatorio.

La encía se divide en:

- a) Encía Marginal.
- b) Encía Insertada.
- c) Encía Interdentaria.

a) Encía Marginal.- Es la encía libre que rodea los dientes a modo de collar y se halla demarcada de encía insertada adyacente por el surco gingival.

b) Encía Insertada.- Se continúa con la encía marginal es firme y resiente estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacen-

tes, esta termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca.

c) Encía Interdentaria.- Ocupa el nicho gingival que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario consta de dos papilas una vestibular y otra lingual y el col.

Col.- Es una depresión parecida a un valle y conecta papilas.

La Encía Histológicamente está compuesta por 2 tejidos que son a) Tejido Epitelial y b) Tejido Conectivo.

a) Tejido Epitelial.- Está basado por varias capas o estratos que son cuatro la primera que es la Capa Basal en la que se realiza la reproducción celular, la célula va emergiendo y reduce su forma y tamaño de los organelos y se deforma -- llega un momento en que la célula se descama y muere y ahiva realizando su mitosis celular.

La segunda capa es el estrato espinoso; sus células tienen forma poliédrica o de espinosas y -- forma la zona germinativa esta en ambas capas - la basal y la espinosa.

La capa granulosa.- Es un componente granular de capas múltiples de células aplanadas con gránulos de queratohialina basófilos prominentes en el citoplasma y núcleos hipercrómicos contraídos y la capa Cornea. Capa cornificada queratinizada o paraqueratinizada o las dos, las membranas celulares se encuentran engrosadas por una estructura de tres capas.

Lamina basal o membrana basal.

El epitelio de tejido conectivo es la más interna es la unión entre el epitelio y el tejido conectivo de la encía y está constituida por estrato lúcido, hemidesmosomas y multipolizacáridos.

b) Tejido conjuntivo.- Conocido también como lámina propia. Es densamente colágena con fibras - - elásticas y fibras argirófilas de reticulina se compone de dos capas:

1.- Una capa papilar subyacente al epitelio.

2.- Una capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

Las fibras colágenas de la encía, de la adherencia epitelial y de la cresta alveolar se agrupan de la siguiente forma:

Fibras Dentogingivales.- Van desde el cemento a la papilar por debajo de la adherencia epitelial.

Fibras Circulares.- Son fibras que rodean al diente en forma de anillo son circulares no se insertan.

Fibras Transeptales.- Situadas interproximalmente en haces horizontales que se extienden entre el cemento y dientes vecinos, algunas veces se clasifican como las principales del ligamento periodontal.

Fibras Dentoperiostales.- Van de cemento al periostio.

Fibras Cresto Gingivales.- En la cresta gingival que se encuentra en el diente.

**C A P I T U L O II**  
**DEFINICION DE GINGIVITIS**

## GINGIVITIS:

Definición de gingivitis.- Es una inflamación de la encía, es la forma más común de la enfermedad gingival, la inflamación se halla casi siempre presente en todas las enfermedades gingivales, los irritantes locales que producen la inflamación como materia alba, cálculos, son los más comunes y los microorganismos y sus productos lesivos.

La inflamación causada por irritantes locales origina cambios degenerativos necróticos y proliferativos en los tejidos gingivales.

En la encía ocurren procesos patológicos que no son causados por irritación local, como atrofia hiperplasia y neoplasia no todos los casos son gingivitis obligatoriamente, con frecuencia es preciso distinguir inflamación y otros procesos patológicos de enfermedad gingival.

La inflamación en casos aislados varía:

- 1.- Inflamación es el cambio patológico primario único y se presenta con más frecuencia.
- 2.- Inflamación característica secundaria superpuesta a una enfermedad gingival ejemplo: hiperplasia por medicamentos como dilantina, etc.

3.- La inflamación es el factor desencadenante de alteraciones clínicas de nacientes con estados generales que por si mismo no producen enfermedad gingival como gingivitis del embarazo y gingivitis leucémica.

La gingivitis se caracteriza por alteraciones de la encía marginal y de las papilas interdentarias primero los cambios de color y más tarde la inflamación y -- agrandamiento gingival de la encía permanece blanda y edematosa, y en otros el tejido se agranda y endurece. La lesión gingival puede estar limitada a la región marginal por poco tiempo, extendiéndose hasta la encía insertada provocando bolsas paradontales y sangran fácilmente hasta teniendo como consecuencia la gingivitis.

Cuando está presente la gingivitis encontramos signos clínicos en la encía.

Color.- El color de la encía normal es rosa coral cam bia según la gingivitis de que se trate que puede variar desde un leve rubor a diferentes tonos de ro jo, azul rojizo, azul oscuro, rojo brillante, violáceo, gris pizarra brillante, gris blanquecino opaco este color aparece al tener necrosis en el tejido.



**Textura.-** Hay pérdida del punteado superficial cambia a lisa brillante.

**Recesión o Atrofia gingival.-** Exposición progresiva - de la superficie radicular.

**Exudado gingival.-** Si la vascularización es elevada - predomina el exudado y la degeneración del tejido.

**Consistencia.-** Encía blanda friable, hinchazón difusa, depende de la enfermedad gingival de que se trate.

**Sangrado gingival.-** Es un signo de enfermedad gingival varía de intensidad, duración, facilidad con que se produce.

**Cambios de forma varian,** van aparecer además y el cambio del margen gingival hay crecimiento excesivo, - bolsa virtual.

C A P I T U L O I I I

ETIOLOGIA

## ETIOLOGIA.

La etiología es el estudio de las causas, que originan la enfermedad gingival para comprenderlo mejor - lo desglosaremos basándonos en su clasificación que son - los factores locales, factores generales y psicossomáticos.

### FACTORES LOCALES:

Son los del medio que rodea al periodonto y -- producen la inflamación que es el proceso patológico principal de la enfermedad gingival.

### FACTORES GENERALES:

Son los que provienen del estado general del - paciente y condicionan la respuesta periodontal a factores locales.

#### Factores locales:

- Placa dentaria.
- Película adquirida.
- Materia alba.
- Residuos alimenticios.
- Cálculos dentarios.
- Pigmentaciones dentarias.
- Trauma de oclusión.
- Impacción de alimentos.
- No reemplazo de dientes ausentes.

Respirador bucal.

Traumatismo del cepillo.

Irritación química.

Mala oclusión.

Restauraciones dentales inadecuadas.

Radiación.

### PLACA DENTARIA:

Es un depósito blando amorfo granular que se --  
acumula sobre restauraciones y cálculos dentarios se ad-  
hiere a la superficie del esmalte en zonas que no están -  
sujetas a las autocrisis en la cual los microorganismos -  
de la flora bucal se van a adherir a la placa, aparece en  
sectores supragingivales, más frecuentemente en el tercio  
gingival de las piezas dentarias, y subgingivalmente grie  
tas, defectos y rugosidades y en márgenes desbordantes de  
restauraciones a medida que se acumula se convierte en --  
una masa globular visible con pequeñas superficies nodular  
es cuyo color varia, de gris a gris amarillento al amaril  
lo.

La placa dentaria de una matriz proteínica Leu-  
wenhock fue el primero en observar su presencia y en 1955  
Snyder se refirió a la presencia de un polisacárido, la -  
sacarosa y en 1962 Gibbons y sus colaboradores lo relacion  
aron concretamente en la producción de la enfermedad ging

gival sin explicar el, proceso de la formación de la placa dentaria.

**PELICULA ADQUIRIDA:**

Es una capa delgada, lisa, incolora, translúcida difusamente distribuída en la corona en cantidades mayores cerca de la encía, al teñirla con colorantes aparece como lustre superficial liso, delgado, la película se forma en una superficie limpia en pocos minutos se adhiere firmemente a la superficie del esmalte por debajo de ella, es una producto de la saliva no tiene bacterias está compuesta periódico de schiff(pas) positiva y contiene glucoproteínas derivados de la glucoprotéinas, polipéptidos, y lípidos.

Formación de la placa.- Comienza por la oposición de una capa única de bacterias sobre la película adquirida a la superficie dentaria los microorganismos son unidos al diente por:

- a) Matriz adhesiva interbacteriana.
- b) Afinidad de la hidroxapatita, ademantina y glucoprotíñas que atraé a las bacterias del diente. La placa crece por:
  - 1.- Agregado de nuevas bacterias,
  - 2.- Multiplicación de las bacterias.
  - 3.- Productos bacterianos.

Cantidades de placa se producen a las 6 horas - una vez limpiado el fondo del diente la acumulación máxima se alcanza a los 30 días. La localización varía de unas personas a otras en diferentes piezas dentarias de una misma boca y en diferentes áreas de las mismas.

La placa bacteriana está compuesta principalmente por microorganismos proliferantes, algunas células epiteliales, leucocitos, macrófagos en una matriz intercelular adhesiva.

Matriz de la placa.- El contenido orgánico consiste - en polisacáridos y proteínas, aproximadamente 30 -- por 100 de cada uno y lípidos el resto son componentes extracelulares de las bacterias de la placa.

Contenido inorgánico.- Los componentes más importantes son el Calcio y el Fósforo con pequeñas cantidades de Sodio, Magnesio y Potasio el contenido -- inorgánico es más alto en dientes anteriores que - en inferiores.

Bacterias de la placa.- Es una sustancia viva y generadora con muchas microcalorías y microorganismos en diferentes etapas de crecimiento a medida - en que se desarrolla la placa la población bacteriana cambia de un predominio de cocos gran positi

vo a un complejo que contiene muchos bacilos filamentosos.

La importancia fundamental de la placa bacteriana reside en concentraciones de bacterias y sus productos.

#### MATERIA ALBA:

Es un depósito de color amarillo o blancogrisáceo y pegajoso que se ubica en el tercio gingival de los dientes, restauraciones, sobre el cálculo, sobre encía y dientes en mal posición, se forma rápidamente sobre dientes previamente limpiados y su remoción es mediante acción mecánica. Es una concentración de microorganismos, células epiteliales descamadas, leucocitos y una mezcla de lípidos salivales con escasas partículas de alimentos o sin ellas.

#### RESIDUOS ALIMENTICIOS:

La mayor parte de residuos alimenticios son disueltos por las enzimas y eliminadas por la cavidad bucal al ser comidas, quedan algunas sobre los dientes membrana y mucosa.

La viscosidad de la saliva, la acción mecánica de la lengua, carrillos y labios y la alineación de los dientes en los maxilares afecta a la limpieza de la cavidad oral.

### CÁLCULOS DENTARIOS:

El cálculo dentario es la placa dentaria que se ha mineralizado y calcificado que se forma en la superficie adhiriéndose a él. Está constituido por sales orgánicas e inorgánicas y agua su color varía de amarillo a verde parduzco hasta negruzco y se divide en cálculo supragingival y subgingival.

Cálculo supragingival, - Es un cálculo visible, se refiere al cálculo coronario a la cresta del margen gingival su color por lo general es blanco o blanco amarillento de consistencia dura y arcillosa se desprende fácilmente de la superficie mediante acción mecánica, su color es modificado por factores como tabaco, o pigmentaciones de alimentos se puede presentar en un solo diente o un grupo de dientes o -- estar generalizada, se presenta con mayor frecuencia molares superiores en caras vestibulares en caras linguales, de dientes anteriores inferiores algunos casos se encontrará en caras oclusales de molares sin antagonista.

Cálculo subgingival, - Es cálculo que se encuentra por debajo de la cresta de la encía marginal por lo común bolsas periodontales no es visible durante el -



examen bucal, al observar cálculos supragingivales se debe hacer un sondeo para saber si hay cálculo subgingival, este es denso y duro de color pardo - oscuro o verde negruzco de consistencia pétrea y unida a la superficie radicular.

Los cálculos supragingivales y subgingivales -- por lo general se presentan juntos más puede formarse solo uno de los dos aparecen por lo general en la adolescencia y aumentan con la edad. Se elimina por medios mecánicos o quirúrgico.

Formación del cálculo.- Es la placa dentaria que se ha mineralizado, la placa blanda endurece por sales minerales, la saliva es la fuente mineral de los - - cálculos supregingivales provee de minerales para el cálculo sublingual la placa tiene la capacidad de -- concentrar Calcio de 2 a 20 veces su nivel en saliva. La calcificación se supone es la unión de iones de calcio de los complejos de proteínas de la matriz orgánica y la precipitación de sales de fosfato de calcio cristalino. La matriz orgánica está compuesta - de mucina salival y por bacterias, células epiteliales y detritus alimenticios; es donde se establece - una película orgánica.

En la precipitación y cristalización la película orgánica sirve de base para que en ella se depositen sales inorgánicas.

Existen dos teorías para aplicar mejor la formación del sarro o cálculo y son:

1.- Teoría bacteriana.

2.- Teoría de la pérdida de bióxido de carbono.

Teoría bacteriana.- En la flora microbiana bucal existen actinomicetes albicans que producen una enzima denominada fosfatasa; esta enzima determina la precipitación de las sales minerales de la saliva aumentando su alcalinidad y rompiendo el equilibrio o poder amortiguador.

Teoría de la pérdida de bióxido de carbono.- La tensión del bióxido de carbono que contiene la saliva al salir de las glándulas salivales es de 60 mm de mercurio; mientras que la tensión del bióxido de carbono en el medio ambiente es de 0.5 mm de mercurio.

Al liberarse el bióxido de carbono se rompe el poder amortiguador de los carbonatos de saliva aumentando su alcalinidad.

## PIGMENTACIONES DENTARIAS:

Se le denominan a los depósitos o color sobre las superficies dentarias constituyen problemas estéticos pero también pueden generar irritación gingival, presentan variaciones de color y la composición y en la firmeza con que se adhieren a la superficie dentaria.

**Pigmentación Parda.**- Es una película delgada, traslúcida, adquirida, por lo general son bacterias pigmentadas se presentan en personas que no se cepillan lo suficiente o usan un dentífico, inadecuado se presenta más comunmente en superficies vestibulares de molares superiores y en incisivos inferiores y en superficies linguales.

**Pigmentación Tabáquica.**- El tabaco produce depósitos superficiales color pardo o negro muy adheridos; - la pigmentación es un producto de alquitrán de huella.

**Pigmentación Negra.**- Se presenta una línea negra delgada por vestibular y lingual cerca del margen gingival y manchas difusas en los espacios interproximales, es más común en mujeres y puede aparecer en excelentes higienes. Las bacterias cromógenas son las causas probables.

**Pigmentación Verde.**- Es una pigmentación verde a vez de amarillenta, de espesor considerable más común en niños, se considera que son restos pigmentados de la cutícula del esmalte pero no se ha comprobado; se registró una alta frecuencia en niños con lesiones tuberculosas; aparece con mayor frecuencia en los dientes anteriores superiores en la superficie vestibular y gingival.

**Pigmentación Anaranjada.**- Es menos común se puede -- presentar en superficie vestibular y lingual de -- dientes anteriores se cree que son microorganismos cromógenos.

**Pigmentación Metálica.**- Las sales metálicas y metales se introducen en la cavidad oral en el polvo metálico inhalado por obreros industriales o por medio de drogas administradas por vía oral. Los metales se combinan con la cutícula dentaria, produciendo una pequeña pigmentación superficial, o penetrar en la sustancia dentaria y establecen un cambio de color permanente. El cobre produce una pigmentación verde y el polvo de hierro una pigmentación parda.

Los medicamentos que contiene hierro causan un depó

sito de sulfato de hierro.

Otras pigmentaciones que a veces se observan son las de manganeso (negro), mercurio (verde negro, níquel (verde), plata (negro).

#### TRAUMA DE OCLUSION:

Es una parte integral del proceso destructivo de la enfermedad paradontal, no genera gingivitis pero influye en el avance y severidad de las bolsas paradontales iniciadas por la irritación y la inflamación comienza en la encía y se extiende hacia los tejidos paradontales de soporte y el trauma de oclusión da comienzo en una zona.

#### IMPACCION DE ALIMENTOS:

Es la acufación forzada de alimentos en el parodontio por fuerzas oclusales se localizará en contacto interproximales y en vestibular y en la parte lingual de los dientes, surcos de desarrollo entrecruzamiento anterior y excesivo y en defectos estructurales, en restauraciones inadecuadas etc.

#### NO REEMPLAZO DE DIENTES AUSENTES:

Al haber extraído un diente y no reemplazarlo, los espacios creados generan secuelas, como ejem; Al extraer un primer molar superior y el segundo molar inferior, éste se mesializa y en el espacio se acuñarán restos alimenticios, y el molar superior hará extrusión.

### HABITOS PERNICIOSOS:

Los habitos perniciosos Sorrin los clasificó en tres:

- a) Neurosis.- mordisqueo de labios y carrillos, mordisqueo del palillo dental acuñaamiento entre -- los dientes, empuje lingual morder los lápices, uñas etc.
- b) Hábitos ocupacionales.- Los zapateros que sostienen los clavos en la boca, tapiceros, carpinteros, o presión de la lengua al tocar instrumentos musicales.
- c) Varios.- Fumar pipa, cepillado dentario respirador bucal y succión del pulgar.

### RESPIRADOR BUCAL:

Las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, agrandamiento y un brillo superficial en las áreas expuestas.

### TRAUMATISMO DEL CEPILLADO:

El cepillado enérgico horizontal o rotatorio aparecen en la encía alteraciones y abrasiones en los -- dientes y con dentífricos muy abrasivos sumenta el problema.

### IRRITACION QUIMICA:

El uso de enjuagatorios bucales dentífricos o materiales de prótesis aplicación de tabletas, de aspirina, contacto con drogas como fenol o nitrato de plata en obreros expuestos a gases amoniaco, cloro, bromo etc, producen la inflamación gingival aguda.

### MALA OCLUSION:

La alineación anormal de los dientes lleva la acumulación de residuos de alimentos e irritación y las desarmonías oclusales lesionan al paradonto.

### RESTAURACIONES DENTARIAS INADECUADAS:

Restauraciones inadecuadas y las prótesis son causas comunes de gingivitis y la enfermedad periodontal, los márgenes desbordantes y la acumulación de placa en restauraciones de porcelana cerca del margen gingival irrita a la encía y las restauraciones sin un buen contorno de las superficies vestibulares de los molares desvían el alimento al margen gingival producen la inflamación al igual los contactos y nichos interproximales y rebordes marginales oclusales, y surcos de desarrollo lleva a la retención de alimentos y produce irritación ocasionando gingivitis.

### RADIACION:

En pacientes con tumores malignos en la cavidad oral y tejidos adyacentes; después del tratamiento de radiación interna y externa se observarán úlceras gingivales, hemorragia, supuración y movilidad dentaria.

### FACTORES GENERALES:

#### I. Factor genético:

- 1.- Trisomía 21.
- 2.- Trisomía 17-18.
- 3.- Trisomía 13-15.

#### II. Factores hormonales:

- 1.- Mestruación.
- 2.- Pubertad.
- 3.- Embarazo.
- 4.- Menopausia.
- 5.- Diabetes.

#### III. Avitaminosis:

- 1.- Vitamina A
- 2.- Vitamina B<sub>1</sub>
- 3.- Vitamina B<sub>2</sub>
- 4.- Vitamina B<sub>6</sub>
- 5.- Vitamina B<sub>12</sub>
- 6.- Vitamina G



## 7. Vitamina C

### IV. Factores Stressantes.

### V. Trastornos hemátológicos.

#### I. Factor genético:

1.- Trisomía 21.- Es uno de los síndromes más fácil de reconocer clínicamente llamado también síndrome de DOWN. La mayoría de los pacientes afectados presentan 47 cromosomas y cariotipo de -- trisomía 21 se caracteriza: Retraso mental, fisuras palpebrales sesgadas, pliegue de epicánto, cabeza pequeña braquicefálica, manos anchas con meñique corto y encorvado, movilidad de las articulaciones, manchas de Brush field, que -- consiste en un círculo de color gris-plata cerca de la periferia del iris, hipotonía muscular y cardiopatías. Este niño se adapta a la vida hogareña y se puede lograr una conducta socialmente aceptable. La edad máxima que llegan a alcanzar es de 8 años, los que padecen ésta trisomía 21 llegan a vivir de 15 a 20 años o más, pero se le tratará como si tuviera 8 años. Manifestaciones orales.- Se va a encontrar, macroglosia, mala oclusión, dientes laterales ausen-

tes o defectuosos, prognatismo, erupción tardía de las piezas dentarias y exfoliación temprana de las mismas, anomalía dental, microdoncia de molares, lengua escrotal, aumento de saliva, apiñamiento, paladar profundo, - - diastemas, hiperplasia de la encía, y el principal problema la enfermedad gingival y en ocasiones la enfermedad parodontal, sufren mayor grado de caries. La gingivitis con mayor frecuencia es de tipo fibroso y atrafia papilar.

2.- Trisomía 18.- Llamado también Síndrome de Eduard, se le atribuye a una alteración cromosómica autosómica del cromosoma 18. Presentan: Mal formaciones congénitas múltiples, deficiencia mental, cardiopatías, orejas de inserción baja, - flexión de dedos sindactilia, anomalías renales, defectos oseos, cuello corto, pelvis pequeña, doble riñón en forma de herradura. Manifestaciones orales.- Micrognacia, paladar hendido, boca pequeña anodoncia, lengua escrotal ó fisurada, el 25% de los casos presentán labio leporino y el 90% de los casos muere en el

primer año de vida.

- 3.- Trisomía 13-15.- Llamado también Síndrome de -- Patau lo causa un cromosoma más entre el cromosoma 13 y 15, es la falta de disyunción que causa trastornos en el desarrollo del producto; Las anomalías que presenta son: Retraso mental, defectos cardíacos, sordera, defectos oculares, microftalmia, anaftalmía, coloboma facial y distrocardia. Manifestaciones orales.- Paladar y labio hendido, lengua fisurada y escrotal, anodoncia, micrognacia, la mayoría de los niños -- mueren a los 3 meses.

## II. Factores hormonales:

1. Mestruación.- Es una condición fisiológica, durante éste período puede aumentar la frecuencia de la gingivitis, las encías sangran al menor estímulo, se encuentran edematosos, durante los días de éste período aumenta la cantidad de bacterias en la saliva y el exudado gingival, también hay un síndrome bucal "Menogingivitis Transitorio periódica". La cual consiste en sensibilidad, enrojecimiento y congestión de la encía, con hemorragia cuando se hace esfuerzo masticario normal,

en ocasiones presentan ulceraciones en la mucosa que parecen de tendencia familiar, curan de 3 ó 4 días hay mejoría con estrogénos por vía general, los cambios gingivales son atribuídos a los desequilibrios hormonales.

2. Pubertad.- Se acompaña de una respuesta exagerada de la encía a la irritación local, inflamación pronunciada, color rojo azulado, edema y agrandamiento gingival. El agrandamiento gingival es marginal e interdentario, las papilas interproximales se encuentran abultadas, más común en encía vestibular y en lingual quedan relativamente sanas. El cuadro clínico microscópico de la inflamación crónica, son edema abundante y alteraciones degenerativas adyacentes. A medida que se acerca la edad adulta la intensidad de la reacción gingival decrece incluso con la presencia de los irritantes locales; Es preciso comprender que la gingivitis no es de aparición universal durante éste período, con el cuidado adecuado de la boca se puede prevenir.

3. Embarazo.- El embarazo por sí mismo no produce - gingivitis, la gingivitis en el embarazo tiene su origen en los irritantes locales, al igual que en personas no embarazadas. El embarazo - acentúa la respuesta gingival a los irritantes locales, aumenta durante el embarazo a partir del segundo y tercer mes y en el octavo mes -- se tornan las zonas más inflamadas grandes y - edematosas y el color de la encía es más llama - tivo. La encía está inflamada y su color va - ría de rojo brillante al color rojo azulado, a veces se describe como "Rosa Viejo". La encía marginal e interdentaria se halla edematizada, se hunde a la presión, es liso y brillante, -- blanda y friable, hay vascularización marcada, tendencia a la hemorragia, son indoloros, sal - vo a alguna infección aguda en algunos casos, la encía inflamada presenta masas circuncritas de aspecto tumoral denominadas "Tumores del -- Embarazo". Después del embarazo disminuye la - movilidad dentaria, liquido gingival y la pro - fundidad de la bolsa. Algunos informan de una - pérdida de la inserción periodontal no se res -

taura del todo después del parto, mientras halla irritantes locales. Los anticonceptivos agrandan la respuesta gingival a irritantes locales parecido a la del embarazo, pero es raro que suceda si se presenta son un número de casos muy reducidos.

4. Menopausia.- Esta lesión aparece durante la menopausia o en el período posmenopáusico, la encía y la mucosa bucal son secas y brillantes el color varía entre la palidez o el enrojecimiento anormal y sangra fácilmente, en algunos casos se observan fisuras en el pliegue mucovestibular, ardor y sequedad en la cavidad bucal y sensibilidad extrema a cambios térmicos. La opinión prevalece en que nace de la atrofia y menos queratinización del epitelio bucal, unidas a la disminución de estrógenos o un desequilibrio en su metabolismo. Los pacientes desdentados no pueden tolerar la prótesis por el epitelio delgado atrófico porque ofrece poca protección.

5. Diabetes.- En la diabetes no controlada están afectados muchos procesos metabólicos, incluso los que actúan en la resistencia a la infección

o al trauma, y con factores predisponentes como la irritación local hay mayor distribución en personas diabéticas no controladas que sanas. En 1862 Seiffert, hace relación entre la diabetes mellitus y las alteraciones patológicas orales y se describen las siguientes:

Resequedad oral, eritema difuso en mucosas, - lengua saburral, en rojecida, con indentaciones y la tendencia a la formación de absesos, apareciendo la gingivitis diabética, - encía sangrante, pólipos gingivales pedunculados, papilas gingivales, inflamadas, sangrantes y movilidad dentaria, pérdida ósea. Estas alteraciones persisten en diabéticos no controlados; La diabetes no causa gingivitis pero hay signos que alteran las respuestas a los tejidos orales; Hay retardo de cicatrización de los tejidos orales, susceptibilidad a infecciones e irritantes locales.

### III. AVITAMINOSIS:

El estado nutricional del individuo afecta al estado del periodonto, los efectos lesivos de los irritan

tes locales y las fuerzas excesivas pueden agravarse por la deficiencia de vitaminas.

Sin embargo, ninguna deficiencia nutricional causa - por si misma gingitivis o bolsas parodontales o alguna otra alteración en el parodonto, es preciso - que existan irritantes locales para que se produzcan lesiones.

El caracter físico de la dieta es muy importante en la etiología de la enfermedad gingival y parodontal.

Dietas blandas.- Favorecen a la acumulación de placa y cálculos y el aflojamiento de dientes, debido a la ausencia de todo efecto limpiador y estimulante sobre la encía. Hay alimentos que favorecen a las autolimpiezas en los dos tercios coronarios del diente pero en el tercio no en el tercio gingival.

Se ha encontrado que ninguna deficiencia vitamínica, proteínica mineral, o de hidratos de carbono, por sí misma, sea la causa de cualquier forma de enfermedad periodontal, debe existir un irritante local en cuyo caso la deficiencia nutricional podría provocar una reacción exagerada a dicho irri



tante local.

La vitamina C es la deficiencia vitamínica más mencionada y relacionada desde el punto de vista etiológico a gingivitis y periodontitis, se hace incapie en que la vitamina C no provoca inflamación, o gingivitis por sí misma. De esta manera se pueden observar diferentes alteraciones debido a deficiencia vitamínicas.

Se observan alteraciones en el sistema nervioso central algunas ocasiones presentan ceguera nocturna, perturbaciones en el crecimiento, textura y forma de hueso, hipersensibilidad de las mucosas susceptibilidad a las infecciones, la encía se presenta con hipoplasia epitelial e hiperqueratinización, pueden existir vesículas en encía o presentar erosión, glositis, en ocasiones se ve necrosis en la encía y mucosas, aumento de salivación atrofia papilar, retardo de cicatrización, tendencias hemorrágicas osteoporosis de hueso alveolar, movilidad dentaria; En la encía se puede observar edema de color rojo azulado, hemorrágica.

#### **IV. Factores Stressantes:**

El conjunto de reacciones orgánicas como consecuencia de una exposición al stress, se le llama Síndrome - de adaptación general. Según siye éste síndrome per tenece a un grupo generalizado de mecanismos fisiológicos que representan un intento por parte del or ganismo de resistir los efectos lesivos del stress.

El mecanismo de adaptación del cuerpo que responden - al stress produce entidades patológicas que se conoce como enfermedades de adaptación se dividen en tres partes:

- a) Respuesta inicial o reacción de alarma.
- b) Adaptación al stress o estado de resistencia.
- c) La parte final, es la incapacidad de manter - la adaptación al stress, o etapa de agotamiento.

El stress actúa a través de glandulas endócrinas, -- existe desprendimiento epitelial, degeneración de la encía y ligamento periodontal, migración de la adherencia epitelial produce retraso en la cicatrización de tejido conectivo y gingival.

#### **V. Trastornos hematológicos:**

El sangrado anormal difícil de controlar en la encía u otras zonas de la mucosa bucal.

**C A P I T U L O I V**  
**CLASIFICACION**

## **CLASIFICACION:**

### **Evolución y duración:**

- a) **Gingivitis aguda.**- Se caracteriza porque se instala repentinamente y su duración es muy corta, se manifiesta 2 a 3 días la lesión.
- b) **Gingivitis subaguda.**- También se caracteriza -- por su inicio rápido 2 a 3 días después de la lesión, su duración es corta, solo que ésta - face es menos grave que la afección aguda.
- c) **Gingivitis recurrente.**- Enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada mediante - tratamiento o que desaparece espontáneamente y reaparece.
- d) **Gingivitis crónica.**- Se instala con lentitud, - es de larga duración, es indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas es la más común. La gingivitis crónica es una lesión en la cual las zonas inflamadas persisten o se tornan normales y las zonas -- normales se inflaman.

### **DE ACUERDO AL LUGAR DONDE SE PRESENTAN:**

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

**Generalizada.-** Abarca toda la encía de la boca.

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

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

**Difusa.-** Abarca encía marginal, insertada y papila interdentaria. La distribución de la enfermedad gingival en casos particulares se describe mediante la combinación de los nombres anteriores.

#### CLASIFICACION DE ACUERDO A SUS CARACTERÍSTICAS MICROBIANAS:

##### RÍSTICAS MICROBIANAS:

- 1.- **Gingivitis Ulcero Necrotizante aguda (GUNA).**- Se presenta como una enfermedad aguda y en su forma más leve se le denomina subaguda; La enfermedad es de tipo fusoespiroquetal y un factor importante la tensión emocional.
- 2.- **Gingivoestomatitis herpética.**- Es una infección en la cavidad oral, afección tipo aguda, causado por el virus herpes simplex.
- 3.- **Gingivitis Streptocócica.**- Es una afección rara causada por streptococcus viridans.

## CLASIFICACION DE LAS ALTERACIONES QUE NO SE

### ENCUENTRAN DENTRO DE LAS INFLAMATORIAS:

- A) Gingivitis por administración de fármacos.- En pacientes que padecen otras afecciones se les administra ciertos fármacos que nos van a provocar edema y crecimiento de la encía.
- B) Atrofia por desuso.- Se produce por la disminución intensa o ausente de la estimulación funcional que se demanda para el mantenimiento de los tejidos paradontales.
- C) Atrofia por falta de irrigación suele suceder -- cuando existen cardiopatías o en discracias sanguíneas.
- D) Atrofia por traumatismo.- Las lesiones son causadas por mala técnica del cepillado dental, o -- traumatismo por alimento como espinas de pescado, o pequeños huesecillos de pollo etc; durante la deglución de bebidas calientes apresuradas o durante la masticación etc.
- E) Gingivosis.- También llamada gingivitis descamativa crónica. Trastornos poco común por desequilibrios hormonales actualmente se considera de -- una forma enfermedad dermatológica se les atribuye a ambas.

F) Agrandamiento hiperplásico ideopático hereditario o familiar lesión rara, de etiología indeterminada se ha designado como elefantiasis familiar, fibromatosis ideopática.

G) Agrandamientos neoplásicos.- Pueden ser benignos -- o malignos; Epulis es un término usado clínicamente para designar los tumores de la encía.

Muchas lesiones llamadas épulis son inflamatorias no neoplásicas:

a) Fibroma.

b) Nevus.

c) Mieloblastoma.

d) Hemangioma.

e) Papiloma.

f) Granuloma reparativo periférico de células gigantes.

g) Granuloma reparativo central de células gigantes.

h) Granuloma de plasmocitos.

i) Leucoplasia.

j) Qiste gingival.

Agrandamientos neoplásicos malignos:

a) Carcinoma.

b) Melanoma maligno.

c) Sarcoma: Fibrosarcoma, Linfomasarcoma, Reticulosarcoma.

h) Agrandamiento gingival de desarrollo.

Existen otras lesiones bucales y de piel generalmente por enfermedades dermatológicas, se hará mención de:

a) Líquen plano.

b) Pénfigo.

c) Eritema multiforme.

d) Lupus eritematoso.



**C A P I T U L O V**

**PATOLOGIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS**

## PATOLOGIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS:

### Gingivitis aguda:

Anteriormente se explicó que la gingivitis aguda se instala repentinamente siendo bastante dolorosa. -- Se manifiesta a los tres días después de que haya sido lesionado el tejido gingival, se observa primero una hiperemia, causada por una vasodilatación y hay mayor flujo sanguíneo; el color de la encía es rojo intenso brillante y el color persiste porque se anastomosan los vasos sanguíneos para defensa contra los agentes causales.

Cuando persiste la inflamación aguda intensa la encía cambia a un tono rojo azulado. Posteriormente hay una extravasación, en la que hay salida de elementos formes de la sangre, entre ellos están los eritrocitos, que se desintegran, y se descomponen los pigmentos, afectando a la encía que cambia a un color negruzco a causa de la anoxia que presentan los tejidos.

Después existe edema, es una respuesta de los tejidos al no existir extravasación, exudado, observando al tejido friable, flaccido, liso, brillante y suave.

En áreas donde se pierde el epitelio, el color rojo es aún más vivo. Las papilas y los márgenes gingivales no están unidos estrechamente al hueso como la mucosa,

hay diversas alteraciones en estos tejidos. También existe hemorragia gingival, por la destrucción del epitelio quedando más hacia la superficie. Cuando se presenta la hemorragia varía en su distribución, duración, e intensidad.

El dolor es tan intenso debido a que el paquete vascular nervioso, se encuentra en el tejido conjuntivo.

Existe descamación con partículas grises, residuos que se adhieren a la superficie lesionada, se presenta necrosis formando una pseudomembrana, constituida por bacterias y leucocitos polimorfo nucleares, células epiteliales en degeneración, en una matriz de fibrina.

En ocasiones se presenta la formación de vesículas o úlceras; encontramos edema intracelular e intercelular, los núcleos de las células están en degeneración y la membrana celular se observa destruida.

#### Gingivitis subaguda:

Es una enfermedad gingival muy parecida a la gingivitis aguda, pero es menor grave, la afección dura muy poco tiempo y su sintomatología es más leve, la gingivitis aguda es la mayor frecuencia en su incidencia.

#### Gingivitis recurrente:

Es una enfermedad en la cual sus característi-

cas clínicas e histológicas son iguales a la gingivitis aguda, primero se manifiesta como gingivitis aguda, se elimina mediante algún tratamiento y desaparece espontáneamente, y vuelve a reaparecer, de la misma forma en que lo hizo anteriormente, de ahí su denominación de recurrencia.

#### Gingivitis crónica:

Se instala, con lentitud tiene una duración larga e indolora; al complicarse con enfermedades agudas o subagudas se convierte en dolorosa.

La gingivitis crónica comienza con un rubor muy leve, y después cambia a diferentes tonos del rojo, azul rojizo, y el azul oscuro, a coloración negruzca, a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio.

La primera respuesta a la irritación es el criema; señalado por la dilatación de los capilares y el flujo sanguíneo que produce el rubor inicial, hay proliferación capilar y anastomosis entre arterias y vénulas. Al iniciarse la inflamación crónica hay anorexia de los tejidos que añade un tinte azulado a la encía existe una extravasación de eritrocitos en el tejido conectivo y la composición de la hemoglobina y con frecuencia origina una tonalidad negruzca.

La gingivitis crónica se dice que es un conflicto entre la destrucción y la reparación. Los irritantes locales persisten, lesionan la encía, prolongan la inflamación y provocan permeabilidad y exudado vascular anormales. Cambia su coloración, textura forma: a pesar de que al mismo tiempo generan nuevas células y fibras conectivas, nuevos vasos sanguíneos, en un esfuerzo por reparar la lesión.

#### Gingivitis ulcerosa negrozante:

Se le denomina también (GUNA); Es una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía, también se conoce como gingivitis de vicent, gingivitis úlcero membranosa aguda, boca de trinchera gingivitis fadogénica, estomatitis ulcerosa, periodontitis fusespirilar etc.

Aparece repentinamente después de una enfermedad debilitante, o una infección respiratoria aguda, o -- por trabajo intenso sin descanso adecuado, tensión psicológica, el traumatismo local también interviene. Se cree que el factor etiológico se combina con espiroquetas y bacilos fusiformes junto con una menor resistencia tisular.

Listgarten demostró que la lesión se divide en cuatro zonas:

1. Zona bacteriana.- Más próxima a la superficie de la lesión.
2. Zona rica de neutrófilos.- Con numerosos leucocitos y diferentes espiroquetas entre los leucocitos.
3. Zona necrótica.- Consiste principalente en restos celulares y desechos de tejido conectivo, restos de fibras colágenas y numerosas espiroquetas predominando las de tamaño mediano y -- grandes.

Durante mucho tiempo se pensaba en la borrelia de vincent era la espiroqueta que predominaba en ésta - - afección, pero no es así.

Desde el punto de vista microscópico se observa inflamación no específica, necrosis extensa afectando epitelio y tejido conectivo, se forma una pseudomembrana, - - compuesta por desechos celulares.

El tejido conectivo subyacente presenta hipermia, hay una gran destrucción del aparato fibrótico gingival y reemplazado por edema y exudado inflamatorio.

La gingivitis puede instalarse en una boca sana o puede superponerse a una gingivitis crónica subyacente o a bolsas periodontales y destruye rápidamente los teji-

dos. Es raro que se presente en bocas desdentadas, pero en ocasiones producen lesiones esféricas aisladas en el paladar blando.

Las lesiones características son depresiones -- crateriformes socavadas en la cresta de la encía marginal o ambas. Las superficies de los cráteres gingivales está cubierta por una pseudo membrana gris separada de la mucosa gingival por una línea eritematosa definida; si se elimina la membrana fibrinosa aparecerá tejido conectivo -- cruento.

Las regiones involucradas presentan hemorragia espontánea, la papila marginal es la más afectada. Presentan un olor fétido, aumento de salivación, hemorragia -- abundante al más leve estímulo.

Las lesiones son muy sensibles al tacto, padecen dolor constante, irradiado, corrosivo, que se intensifica al contacto de los alimentos condimentados o calientes y con la masticación y un sabor metálico desagradable.

También se puede observar como síntoma de otras enfermedades graves, como agranulocitosis, leucemias agudas, lupus eritematoso, eritema exudativo multiforme etc.

Los pacientes por lo general son ambulatorios, con linfadenopatía local, aumento leve de temperatura en

estados leves y en estados graves sus signos son temperatura alta, pulso acelerado, leucocitosis, pérdida del apetito, y decaimiento general. Las reacciones son más intensas en niños, pero la mayor incidencia es entre la edad de 20 a 30 años y algunas veces de 14 años.

Al observar una infección localizada, con secreción purulento, halitosis, hace sospechar de una afección causada por gérmenes aerobios, realizando el diagnóstico definitivo por medio de un frotis. De ésta manera se sabrá de que tipos de gérmenes están causando tales trastornos.

#### Gingivo estomatitis herpética aguda:

Es una afección aguda en la cavidad oral causado por el virus herpes simplex que se multiplica en el núcleo de las células. Frecuentemente infecciones bacterianas secundarias complican el cuadro clínico. Afecta con mayor frecuencia en lactantes o niños menores de 6 años y con mayor incidencia en un medio económicamente bajo, pero se ve en adolescentes y adultos, su frecuencia es igual en hombres que en mujeres.

Esta patología se presenta de 48 a 72 horas después de haberse producido la afección viral sistemática - que puede ser un resfriado común faringitis, o adenitis,



tifoidea, neumonía.

El virus está latente intermitentemente en bocas deportadores sanos, es raro que se presenta en casos de epidemia.

Después de la infección primaria y formado los anticuerpos, el virus resiste dentro de las células de los tejidos durante toda la vida, en las personas que tuvieran ésta afección.

Cuando se ha formado los anticuerpos no detienen la multiplicación, pero si impide la diseminación hacia otros tejidos. Las lesiones aparecen difusas y eritematosas y brillantes en la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados variables de edema y hemorragia gingival.

Período primario.- Se caracteriza por vesículas circunscritas esféricas y grises que se localizan en encía, mucosa labial o bucal y sublingual, paladar blando, faringe, y lengua; A las 24 horas se rompen las vesículas y dan lugar a úlceras dolorosas con un margen rojo, elevado y una porción central hundida amarillenta o grisácea, se producen en áreas separadas o en grupos. Va acompañado de una coloración eritematosa difusa brillante y agrandamientos edematosos de la encía con tendencia hemorrágica.

La enfermedad dura entre 7 y 10 días. El eritema gingival difuso y el edema, aparecen primero en la enfermedad y persisten días después que las úlceras han curado. También pueden observarse lesiones cutáneas en las comisuras de la boca o bode del bermellón del labio junto con las lesiones se observarán manifestaciones como fiebre entre 38°c y 40°c y linfadenopatía generalizada y adenitis cervical.

Hay irritación generalizada en la cavidad bucal que impide comer y beber. Las vesículas rotas son focos de dolor, sensibles al tacto y variaciones térmicas condimentos y jugos ácidos. En lactantes por la irritación -- hay rechazo de alimento, la lesión deja una costra y después desaparece sin dejar cicatriz.

La enfermedad dura de 10 a 14 días. Hay tendencia de que aparezca en períodos de ansiedad, tensión o -- agotamiento o durante la menstruación.

Para establecer un diagnóstico se basa en la -- historia del paciente, hallazgos clínicos. Se puede tomar material de las lesiones y enviarla al laboratorio pa ra llegar a un diagnóstico preciso.

**Gingivitis estreptocócica:**

Los estreptococos constituyen un grupo heterogé

neo y voluminoso de bacterias que parasitan al hombre. Esta afección es muy rara como se explicó anteriormente; se caracteriza por un eritema difuso de la encía y otras zonas de la mucosa bucal. En algunos casos, se limita a un eritema marginal con hemorragia marginal; la necrosis del margen gingival no es característico ni tampoco un olor fétido notable. Se manifiesta un dolor severo, elevación de la temperatura, malestar general y pérdida del apetito.

Se transmite por contagio directo, puede aparecer tanto en niños, jóvenes y adultos, y puede afectar a ambos sexos.

#### Gingivitis por administración de fármacos:

La gingivitis aparece con o sin que haya irritantes locales; se manifiesta como un agrandamiento indoloro periférico en el margen vestibular y lingual y en papilas interdientarias, la administración de fármacos provoca un importante aumento de actividad fibroblástica, a medida que la lesión progresa los agrandamientos marginales y papilares se unen y se transforman en un repliegue de tejido duro que cubre una parte de la corona, las áreas pueden variar de color rosado pálido y resilente a una superficie lobulada en forma de mora que no tiende a sangrar.

Se produce por lo general en zonas dentadas, raramente en zonas desdentadas y es más intensa en regiones anteriores superiores e inferiores.

El agrandamiento es crónico y aumenta de tamaño con lentitud, desaparece espontáneamente al mes una vez - interrumpida la ingestión de droga. Al eliminarlo quirúrgicamente, vuelve a aparecer.

#### **Gingivosis:**

Gingivosis o gingivitis descamativa crónica es una denominación para describir un trastorno gingival poco común, la gingivosis se presenta con mayor frecuencia en mujeres, por lo común después de los 30 años de edad - pero puede producirse a cualquier edad así mismo a los -- hombres.

Se dice que afecta cuando el equilibrio hormonal se encuentra alterado, se ve tanto en bocas dentadas como en desdentadas. Se presentan en diversos grados:

Forma leve.- En su forma más leve hay eritema difuso de la encía marginal, interdientaria e insertada, - la encía es de color generalizado su sintomatología es indolora. Se presenta en mujeres entre los 17 y 23 años de edad por lo general sin signos generales de desequilibrios hormonales, algunos autores opinan que es de tipo dermatológico.

**Forma moderada.-** Se encuentra más avanzada; presenta manchas de color rojo brillante y áreas grises que abarca la encía marginal y la encía insertada, la superficie es lisa y brillante, se torna blanda; - al masajear la encía con el diente el epitelio se descama y queda expuesto el tejido conectivo subyacente sangrante. Se presenta más frecuentemente - en personas de 30 a 40 años de edad; los pacientes se quejan de ardor y sensibilidad a cambios térmicos o al inhalar aire o al contacto del cepillo es sumamente dolorosa.

**Forma severa.-** La superficie lingual se encuentra menos afectada que la superficie labial por la acción de la lengua y la fricción de los alimentos - reducen la acumulación de irritantes locales y limitan la inflamación, se encuentran áreas irregulares, la encía está denudada y es de color rojo intenso, al separarse la encía las áreas se encuentran azul grisáceas, el aspecto general de la encía es moteado.

Hay algunos vasos superficiales que se rompen y liberan un líquido acuoso, la lesión es dolorosa, algunos autores dividen esta enfermedad en Bulbosa y - Lingulenoide.

#### **AGRANDAMIENTO HIPERPLASICO HEREDITARIO:**

Es una lesión poco común, ha sido designada como elefantiasis gingiviestomatica, fibroma difuso, elefantiasis familiar, fibromatosis gingival hereditaria etc., De etiología desconocida, se aplicaron a bases hereditarias.

Puede presentarse en erupción primaria y permanente y después desaparece, puede evolucionar después de la extracción, se ha investigado la etiología nutricional y hormonal pero no se ha comprobado, el factor local es sobre agregado.

El agrandamiento afecta a la encía insertada, marginal y papilas interdentarias, es común que abarque superficies vestibulares y linguales de los dos maxilares, la lesión puede circuncribirse a un solo maxilar, la encía agrandada es firme y de tono rosado, los dientes están totalmente cubiertos, los maxilares se deforman por los agrandamientos abultados de la encía, el agrandamiento gingival es de tipo fibroso.

#### **AGRANDAMIENTOS NEOPLASICOS:**

##### **A) Benignos:**

##### **Fibroma:**

Es una neoplasia de tipo benigno que aparece - -

frecuentemente en la boca y se presenta en todas las edades, en ambos sexos, afecta cualquier tejido blando de la boca, aparece por una irritación constante. Es una masa prominente de tamaño variable, su diametro puede ser de unos cuantos milímetros hasta unos centímetros, tiene una superficie lisa de forma redondeada, ovalado, o elíptica, de crecimiento lento que tenderá a ser firme y nodular -- pueden ser blandas y vasculares, los fibromas suelen ser pediculados.

Tiene una coloración rosa pálido se pueden desplazar de un lado a otro con facilidad, lo que hace pensar que es un tumor benigno no invasor. Los que se desarrollan de tejido blando fijo como la encía y el paladar no se siente a la palpación.

El fibroma tiene simetria, consistencia normal, lo que demuestra que no hay infiltración, y se originan de tejido conjuntivo más profundo como en las mejillas, lengua etc., la irritación local puede producir alteraciones como masas deformes, infecciones, extensas y ulceraciones, bastante dolorosas.

Histológicamente el fibroma se compone de haces colágenas bien formadas, de tejido conjuntivo fibroso y denso, dentro de los haces hay fibroblastos y fibrocitos

diseminados, se observan diversos grados de vascularización.

#### **Nevus :**

El nevus puede ser pigmentado o no pigmentado, es una lesión de crecimiento lento su color varia entre gris pálido y pardo oscuro, puede ser plano o algo elevado sobre la superficie gingival, sesil o nodular.

#### **Mieloblastoma :**

Es una lesión poco frecuente, cuando se presenta es una lesión nodular y algo elevada sobre la superficie gingival. La lesión es de evolución lenta.

#### **Hemangioma :**

Es una neoplasia de vasos sanguíneos y en tejidos de sosten de las piezas dentarias y se observa a cualquier edad, algunos son de tipo congénito. Hay dos tipos de hemangiomas: Hemangioma de tipo capilar.- Son los más comunes que los cavernosos, son blandos, sésiles o pediculados e indoloros pueden ser lisas o de contorno abultado irregular, es una masa de tamaño pequeño elevada de bordes limitados de color rojo oscuro al púrpura o azuloso, empalidece a la aplicación de la presión éstas lesiones nacen en la papila gingival interdientaria y se extienden a zonas adyacentes.



**Hemangioma de tipo cavernoso.-** Es por lo regular de tipo congénita, son de tamaño de 2 a 6 cm. de diámetro siendo una masa prominente, redondeada, de coloración púrpura o azul, con bordes mal definidos; aparece como una placa aplanada color rojo intenso.

**Papiloma:**

Es una neoplasia benigna del epitelio escamoso, es menos frecuente que el fibroma, puede aparecer en cualquier lugar de la cavidad oral, a cualquier edad tanto en hombres como en mujeres.

El papiloma de la encía es una protuberancia dura, de aspecto verrugoso, que sobresale de la encía, la lesión puede ser pequeña y circunscrita, o presentarse como elevaciones duras y anchas con superficie irregular. - De color gris blanco o grisáceo, se presenta por una irritación constante, microscópicamente es una hiperplasia -- del epitelio escamoso, que se adhiere al tejido por medio de un pedículo pequeño.

**Leucoplasia:**

Es una lesión blanca grisécea aplanada escamosa, que van desde placas gruesas irregulares, queratinosas, tienen un diámetro de 1 a 2 cm. son ligeramente prominentes sobre la superficie lingual y bucal.

Es altamente agresiva, precancerosa más frecuente de la cavidad oral sin que ésto signifique que termine en una neoformación maligna.

Se describen como factores etiológicos, al alcohol, el tabaco, la glositis por deficiencias vitamínicas, lesiones, traumáticas de una prótesis, junto con una deficiente higiene oral.

Hay dos formas de leucoplasias:

Leucoplasia en placa.- Se presenta más frecuentemente son placas blancas opalescentes, lechosas a veces - grises otras, tienen aspecto acartonado.

Leucoplasia de tipo verrugoso.- Es una lesión avanzada que produce aumento en el grosor y crecimiento - en partes o en todas las zonas, de finas excrescencias papilomatosas o coliflorado.

Se sospechará que hay degeneración maligna, aquellas leucoplasias que presenten cualquiera de las siguientes características:

- 1.- Endurecimiento de la placa leucoplásica.
- 2.- Infiltración dura de su base.
- 3.- Persistencia de un halo congestivo o un edema.
- 4.- Extensión brusca de sus límites.
- 5.- Ulceración, fisuración de la placa.

- 6.- Crecimiento rápido de excresencias en su superficie.
- 7.- Aparición de dolor a su nivel o referido.
- 8.- Pequeñas hemorragias.
- 9.- Trismus.

#### Quiste gingival:

Los quistes gingivales son comunes raramente alcanzan un tamaño importante desde el punto de vista clínico. Cuando éste sucede, aparecen como agrandamientos localizados que pueden afectar a la encía marginal y la encía insertada. Se producen en zonas de caninos y premolares inferiores con mayor frecuencia en la superficie lingual, se ve edema de color normal con superficie lisa, si existe infección secundaria habrá dolor, con un exudado purulento a través de una fístula.

#### Granuloma reparativo periférico de células gigantes:

Son más frecuentes en la superficie vestibular y pueden ser pediculadas o sésiles su aspecto varia desde una masa regular lisa hasta una protuberancia multilobulada irregular con indentaciones superficiales, en los bordes aparecen úlceras en ocasiones, las lesiones son indoloras de tamaño variables y llegan a cubrir varios dientes.

Las lesiones pueden ser firmes y esponjosas, y el color va del rosado al rojo oscuro, o púrpura azulado. En algunos casos tiene capacidad invasora local y produce la destrucción del hueso subyacente, la extirpación completa lleva a la recuperación total.

**Granuloma reparativo central de células gigantes:**

Estas lesiones se producen en los maxilares y producen cavidades centrales, en algunos casos deforman el maxilar de modo que la encía parece agrandada.

**Granuloma de plasmocitos:**

Es una lesión benigna de la encía marginal interdentaria e insertada. Se presenta como una masa localizada, pero puede ser generalizada, de color rojo y friable, a veces granular, sangra con facilidad o acompañada de distribución focal del hueso adyacente.

**B) Malignos:**

**Cancer:**

Las neoplasias malignas de tamaño grande son fácilmente de diagnosticar. Las lesiones de tamaño pequeño pueden pasar desapercibidas, porque la mayoría no presenta signos clínicos, y presentan características de difícil detección, por lo tanto pueden pasar desapercibidas, si se llegarán a descubrir, éstas lesiones precoces y diagnosti-

carlas a tiempo se obtendría una gran reducción en la mortalidad del cáncer oral.

Clínicamente la lesión precóz de cancer se puede presentar de diferentes formas; a veces se presenta -- una masa ligeramente prominente de tamaño pequeño, de color gris, queratósica, de superficie rugosa, presentando numerosas prominencias muy pequeñas teniendo aspecto de pápulas, de consistencia dura, y se adhiere a los tejidos vecinos, en algunas otras ocasiones las lesiones se presentan erosivas intensamente enrojecidas de una forma irregular y el centro de ésta lesión está queratósico.

Algunas otras lesiones se presentan en formas de pápulas agrupadas, pequeñas y rojas estando un poco -- elevadas el cual parece éstar simulando tejido de granulación, son de consistencia dura, algunas veces aparecen como pequeñas ulceraciones que pueden tener un tamaño de milímetros de diámetro que permanecen en forma constante y van creciendo lentamente en las últimas semanas o meses, siendo un dato que hace que se sospeche de su malignidad, presentando a veces una depresión central con un margen estrecho, ligeramente elevado y de consistencia dura y -- adherida; las lesiones ulcerativas que tienen una duración de cuatro semanas o más y no se observa signo alguno

de curación resultando sospechosos de malignidad.

Cancer propiamente dicho:

**Características Generales.**- El aspecto clínico de la neoplasia va de acuerdo a la localización que tenga, varía también el aspecto histológico.

El tipo celular influye en el aspecto clínico - del 88 al 97% de las neoplasias malignas crecen a partir del epitelio escamoso que está recubriendo la mucosa oral. Infecciones e irritaciones superpuestas influyen bastante en el aspecto clínico. La lesión neoplásica se presenta - de diversas formas lo cual constituye un problema para su diagnóstico sin embargo, algunas neoplasias tienen características específicas como:

Con respecto a su evolución, se caracteriza porque el proceso patológico, por una proliferación incontrolada de células, tomando en cuenta que el noventa por ciento de neoplasias se encuentran en el revestimiento del epitelio escamoso, debido a esto las neoplasias se extienden hacia afuera, adentro y lateralmente en los tejidos vecinos, la lesión que evoluciona hacia afuera dará lugar a un tipo infiltrativo, la que crece hacia adentro es de tipo penetrante y la que crece lateralmente es de tipo verrugoso.

La forma fungosa es como una masa edematosa, de consistencia dura, de fácil detección siendo la de mejor pronóstico, incluso la de tipo infiltrativo debido a que es menos dominante y la tendencia de entrar a regiones -- inaccesibles.

El de tipo infiltrativo no se descubre fácilmente, su aspecto no resulta de manera impresionante, se observa una prominencia pequeña con un núcleo de tejido canceroso, se extiende hacia adentro penetrando hacia zonas inaccesibles, con tendencia a metastatizar, con pronóstico desfavorable.

La forma verrugosa es una masa tumoral más extensa, que crece en la superficie de tejido duro ya sea en la encía o en el paladar, en algunos casos forman grupos de - prominencias pápulas pequeñas o un poco grandes, estando - en una placa queratósica de una coloración blanquizca o -- grisácea, éste tipo de neoplasia es el de peor pronóstico, por la siguiente causa: El tejido donde aparece permite que llegue a hueso afectándolo.

Es característica que muchas lesiones cancerosas se ulceren, la mayoría es por influencia traumática crónica, más ó menos en un noventa y seis por ciento de las neoplasias son de origen epitelial, lo cual no tienen aporte

sanguíneo, debido a la proliferación rápida de células, - provoca una degeneración y atrofia en la parte del centro de la zona tumoral, presentandose infección secundaria -- produciendo ulceración, de ésta manera como anteriormente se dijo, una úlcera que dure cuatro semanas o más y que - no dé señales de curación, se deberá pensar en la presencia de una neoplasia maligna, las ulceraciones crónicas - adoptan un aspecto de cráter con una depresión central -- con un reborde elevado, de consistencia dura, no todas -- las úlceras con cráter necesariamente deberá ser cáncer, ya que otras enfermedades las presentan, como la sífilis terciaria, tuberculosis y actinomicosis.

No todas las lesiones cancerosas se úlceran en - su mayoría a la palpación están fijadas, adheridas rígidas, las zonas contiguas están con cierto grado de dureza.

La infiltración o invasión son cordones o colum<sub>nas</sub> penetrantes de células neoplásicas que proporcionan - nitidez y al mismo tiempo por el mismo fenómeno los tejidos laterales se hipertrofian haciéndose más densos, dando lugar a una induración, la presencia de rí<sub>gidez</sub> o indu<sub>ración</sub> se sospechará de malignidad.



### **Carcinoma:**

El tumor maligno más común de la encía es el carcinoma de células escamosas, el sitio más común es la suma de molares de la mandíbula, con frecuencia se observa leucoplasia con comitante. En pacientes con carcinomas bucales primarios múltiples 25 por 100 de los tumores se hallaban en la encía.

Los carcinomas pueden ser exofíticos o verrugosos y los dos son crecimientos en la superficie gingival, o ulcerativos que aparecen como lesiones erosivas planas. Invaden localmente y afectan al hueso subyacente y la mucosa circundante. Son asintomáticos, pasan inadvertidos hasta que se complican con una inflamación dolorosa. Las alteraciones inflamatorias pueden enmascarar los neoplasmas. La metástasis por lo general se limitan a la región subclavicular: Sin embargo, propagaciones más extensas -- llegan a incluir el pulmón, el hígado y el hueso. Se ha registrado que los carcinomas gingivales dan una supervivencia de 5 años de 24 por 100.

### **Melanoma:**

Es un tumor raro que tiende aparecer en la encía del sector anterior del maxilar superior. El melanoma maligno es oscuro y con frecuencia precede una pigmentación localizada.

Puede ser plano o nodular y se caracteriza por su crecimiento rápido y metástasis temprana, se genera a partir de los melanoblastos de la encía, carrillos o paladar.

Es como una infiltración del hueso subyacente - y la metástasis a nódulos linfáticos del cuello y axilas.

Fibrosarcoma, Linfosarcoma, Reticulosarcoma:

En la literatura se registran casos aislados. - La lesión se presentaba como una protuberancia persistente en forma de frambuesa en la superficie del alveolo, -- junto con supuración, úlceras superficiales y necrosis -- progresiva de la encía y hueso subyacente.

Gingivitis por dermatosis:

Líquen plano:

Líquen plano es una enfermedad inflamatoria de la piel y se caracteriza por pápulas anguladas violáceas brillantes. Cuando la lesión se limita a la piel puede ser aguda subaguda o crónica, la lesión bucal es crónica no se conoce la etiología intervienen factores psicósomáticos.

El líquen plano puede producirse solo en la cavidad bucal o en la piel, los sitios más comunes son en la mucosa bucal, la lengua, la superficie vestibular de la encía, en el paladar duro y el labio inferior.

Las lesiones presentan erosión en los lugares - de traumatismos por fricción. Estas áreas son de color - rojo brillante y propensas a causar síntomas como sequedad y dolor. El líquen plano vesicular ó buloso. Es una forma menos común de la enfermedad. Aunque casi siempre se limita a la piel o a la cavidad bucal puede afectar a las dos, la primera lesión puede ser papular o dendrítica, o se presenta como lesiones vesiculares o bulosas que pronto son seguidas por las minúsculas pápilas características con marcas lineales. Las ampollas se rompen y forman lesiones erosionadas rojas brillantes, que son muy -- dolorosas y se irritan con facilidad al contacto con argumentos calientes o condimentados. La enfermedad tiende a tomar un curso crónico o subagudo con lesiones erosionadas que abarca mucosa bucal, lengua, labios y encía. Dura de algunos meses a muchos años.

Las lesiones pequeñas miden más o menos un centímetro de diámetro como se dijo antes al líquen plano no se presenta de igual forma, así tenemos, sus diferentes - formas de presentarse en boca:

A.- La forma reticular.- Es más frecuente en la mucosa bucal y en encía siendo la de mayor facilidad para el diagnóstico ésta manera de presen-

- tarse aparece en forma de líneas estrechas, -  
ligeramente elevadas, de color blanco o blan-  
co grisáceo, juntandose estas líneas unas con  
otras en diferentes ángulos formando una red.
- B.- Forma Pápular.- Son manchas pequeñas más o me-  
nos de una cabeza de un alfiler son redondas -  
prominentes, de color blanco, pueden éstar en  
un número grande o en poco número a veces son  
tantas que forman una especie de placa, que -  
está elevada ligeramente.
- C.- Forma de Placa.- Es sólida, con una coloración  
grisácea o blanquecina, que ésta elevada, a -  
veces ésto es lo único que se encuentra en --  
ésta enfermedad por lo que recurrimos a la to  
ma de una muestra y mandarla al laboratorio -  
para poder realizar un diagnóstico correcto.
- D.- Forma Ulcerativa o Erosiva.- Estos tipos son de  
poca frecuencia por lo común aparece en la --  
lengua y mucosas, en raras ocasiones en la --  
encia.

#### **Pénfigo:**

El pénfigo es una enfermedad aguda de la piel,  
o crónica, que por lo general presenta lesiones bucales.

Puede persistir hasta tres años apareciendo primero en la piel y poco tiempo después en la boca. Existen diversos tipos de pénfigos y el más común es el pénfigo vulgar.

A.- Pénfigo Vulgar.- Tiene más incidencias en tejidos orales, la duración de la enfermedad es variable, y es más probable que sea crónica en personas ancianas. Las lesiones del pénfigo vulgar pueden preceder a las lesiones de la piel con dos años de anticipación o más. El cuadro característico es el de lesiones búlulas primarias en la membrana mucosa. Las lesiones de paredes delgadas, se rompen pronto, y dejan un área viva, posteriormente se cubre de un exudado membranoso.

Las primeras vesículas son del tamaño de la uña del pulgar. En los estadios tempranos de la enfermedad, están circunscritas y son pocas; las lesiones aisladas curan entre los 10 días y 2 semanas, a medida que avanza la enfermedad las lesiones bucales se unen con ulceraciones más profundas, de modo que queda poca mucosa normal. Puede producirse la propagación hacia la faringe, laringe, y tráquea. El dolor es -

intenso y la masticación y la deglución son di  
fíciles.

- B.- Pénfigo Vegetante.- Se considera como una forma subaguda del pénfigo vulgar, con características clínicas comparables, pero menos intenso. Esta forma de enfermedad puede limitarse a la cavidad bucal varias semanas o meses antes que afecte la piel. En el pénfigo vegetante, las lesiones bucales dominan el cuadro.
- C.- Pénfigo Coliáceo.- Siendo una forma muy rara, en pocas ocasiones afecta tejidos orales.
- D.- Pénfigo Eritematoso.- Se presenta en cara y en el tórax.
- E.- Pénfigo agudo.- Tiene un comienzo súbito, con lesiones numerosas en boca y en la piel.
- F.- Pénfigo Crónico.- Es de una aparición lenta y -- progresiva con escasas lesiones, de síntomas - leves.

**Eritema multiforme:**

El eritema multiforme es una enfermedad eruptiva inflamatoria que afecta a la piel y a la cavidad bucal. Más del 80 por 100 de los pacientes con lesiones de piel, presentan lesiones bucales. Y en casos raros solo se limitan a la boca.

El eritema multiforme es una enfermedad recurrente. Puede ser anunciado por fiebre precedido de un enfriamiento su duración varía de diez días a varias semanas.

Las lesiones bucales consisten en máculas rojo púrpura o púlpas con lesiones bulosas intercaladas, son dolorosas sobre todo durante la masticación.

Hay una degeneración licuefacta de tejido epitelial superficial, con cambios degenerativos en la membrana fundamental.

#### Lupus eritematoso:

El lupus eritematoso una de las enfermedades denominadas del colágeno se divide en tipo discoide crónico y un tipo diseminado agudo. La frecuencia de las manifestaciones bucales varía de la agudeza de la enfermedad.

Tipo de Discoide Crónico.- La lesión aparece algo elevada e infiltrada, con una areola rojo azulada u obscura, las lesiones son localizadas y se les ve con mayor frecuencia en la mucosa oral. En el borde de las lesiones hay numerosos vasos sanguíneos dilatados, que tienen una disposición radiada, extendiéndose hacia los tejidos circundantes, junto con púlpas puntiformes blanquecinas, en los estadios primarios el centro de la lesión se halla algo hundido y erosionado, cubierto por una superficie epitelial rojo azulada, que indica cicatrización.

En lesiones más antiguas, el borde eritematoso se torna menos elevado y se transforma en una zona periférica blanquecina o blanco azulada del epitelio engrosado. Los vasos dilatados son reemplazados por líneas blancas que conservan la misma disposición radiada.

Tipo Diseminado Agudo.- Las lesiones bucales -- son más agudas y la destrucción es mayor. Las lesiones se caracterizan por erosiones blandas, irregulares y superficiales o moderadamente profundas, cubiertas por una pseudomembrana necrótica grisácea.



C A P I T U L O   V I

TRATAMIENTO

## **TRATAMIENTO:**

Para poder dar un tratamiento sistémico adecuado al paciente debemos realizar un estudio general para llegar a un diagnóstico preciso, para esto debemos hacer una valoración general del paciente para la acumulación de datos nos valemos de una historia clínica, conteniendo los signos y síntomas, desde el momento en que se inicia la enfermedad hasta el momento de la consulta.

## **HISTORIA CLINICA:**

**Ficha de identificación.**- Se toman los siguientes datos; Nombre, edad sexo, lugar de nacimiento, estado civil, domicilio, ocupación, teléfono.

**Antecedentes heredo familiares.**- Es muy importante anotar todo aquel dato que relacione al paciente con los familiares respecto a las enfermedades que han padecido y que padecen la familia que concierne directamente con el como: Sus padres, hermanos, tíos, primos, abuelos paternos y maternos, si están casados, su esposo u esposa, si viven o si están muertos cual fue la causa, anotar enfermedades como: - - diabetes, hemofilia, cardiopatías, deficiencia mental, neoplasias, anotar salud actual de sus familiares.

**Antecedentes personales no patológicos.-** Se le preguntará su origen, escolaridad, habitación, cuantos --viven en ella, su ventilación, iluminación, servi--cios sanitarios, si cuentan con luz, agua corrien--te, que vacunas se le han aplicado, alimentación si es suficiente en cuanto a cantidad y calidad, y ---cuantas comidas realiza al día, aseo personal y su--higiene bucal, cuantas veces se cepilla al día y en que forma lo hace, que cepillo usa y durante cuanto tiempo.

**Antecedentes personales patológicos.-** Son las enferme--dades propias de la infancia; cuantas ha padecido y cuales ejem: viruela, sarampión, varicela, rubiola, escarlatina, amigdalitis, parotiditis, tifoidea, an--tecedentes de operaciones quirúrgicas, transfusio--nes sanguíneas, alergias, traumáticos, como fractu--ras.

**Padecimientos actuales.-** Que enfermedades padece ac--tualmente desde que empezó hasta el momento de la - consulta.

Se tomarán signos de temperatura, frecuencia cardia--ca, pulso, frecuencia respiratoria, presión arte--rial, etc.

**Síntomas.-** Dolor, ardor, calambres, vértigos, etc.

**INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:**

1. **Aparato digestivo.-** Debemos revisar la salivación si es escasa ó abundante, esputo amarillento, -verdoso, sabor metálico, mal aliento, problemas a la deglución, disfagia, estenosis, dolor, ardor en el estómago, vómito, nauseas, úlcera, --gastritis, cólicos, estreñimiento, colitis etc.
2. **Aparato respiratorio.-** Si respira con dificultad, si existe dolor, torácico, tos, epistaxis, si respira por la nariz o la boca etc.
3. **Aparato Cardiovascular.-** Se observará si tiene dolores o ruidos anormales cerca del corazón ya sea por hipertensión o cardiopatías, se le preguntará si es hipotenso o hipertenso, si se maree con facilidad si se agita al subir y bajar -escaleras, y si se repone con facilidad o rápido o si ha tenido algún problema en el corazón.
4. **Aparato Genito-Urinario.-** Se realiza en ambos sexos, si ha tenido dolor en la vejiga si hay aumento o disminución o ausencia de orina, sangre en la orina o presencia de cristales de sodio, calcio si hay dolor al orinar, si han padecido

enfermedades venéreas, en las mujeres si su mestruación es regular o irregular, si existe flujo, de que color, si ha tenido hemorragias.

5. Sistema Endócrino.- Se deberá ver si es obesa la persona, si tiene apetito voraz, si presenta -- diabetes, diarreas, si ha padecido parodontitis, se investigará la causa.
6. Sistema Nervioso.- Se le preguntará si ha tenido problemas con la audición, visión, tacto, gusto, olfato.
7. Sistema Músculo Esquelético.- Si tiene dolores -- musculares, flacidez muscular, dolor en las articulaciones.

#### PRUEBAS DE LABORATORIO:

Después de revisar minuciosamente la historia - clínica si es necesario se mandarán a realizar pruebas de laboratorio dependiendo de la lesión que se trate.

Si es necesario se hará una biopsia, también se relizarán pruebas de tolerancia a la glucosa, tiempo de - sangrado, protombina y coagulación.

Se realizará una serie radiográfica completa en caso necesario se tomarán modelos de estudio.

## BIOPSIA:

La biopsia gingival es importante para los trastornos gingivales, el estudio microscópico suele ser el único método para detectar lesiones o diferenciarlas ya que algunas veces no se puede discernir desde el punto de vista clínico.

La biopsia debe incluir encía marginal o encía insertada. La muestra de tejidos blandos removidos quirúrgicamente debe enviarse al histopatólogo en un frasco conteniendo un fijador, con sus respectivos datos que son: Nombre del paciente, edad, sexo, raza y de que parte pertenece este tejido de la muestra que se está mandando a analizar. Así mismo se plantea un pronóstico antes de realizar el tratamiento y se entiende como pronóstico.

Pronóstico.- La iniciación y terminación de la enfermedad un factor importante es la colaboración del paciente para tener mayor éxito en el tratamiento.

## CITOLOGIA EXFOLIATIVA:

Es un procedimiento de diagnóstico que consiste en el examen microscópico de células obtenidas por raspado de las superficies de las zonas sospechosas, o por lavado de la cavidad bucal, se prefiere el primero. La citología exfoliativa es un sustituto cuando por alguna

razón no se puede realizar la biopsia.

#### DIAGNOSTICO:

Es el arte de utilizar los conocimientos científicos para identificar los procesos patológicos bucales y para diferenciar una enfermedad de otra.

#### TRATAMIENTO PARA LA GINGIVITIS AGUDA SUBAGUDA Y RECURRENTE:

Para iniciar un tratamiento adecuado es importante eliminar los irritantes locales que están provocando la enfermedad paradontal, de manera que se procederá a enseñarle al paciente métodos de cepillado o indicarle el tipo de cepillado que debe usar, cuantas veces se debe cepillar la boca al día y cada cuando debe cambiar cepillo. Es fundamental de conocer las diferentes técnicas -- con las que contamos para saber cual es la apropiada para cada caso. Por lo tanto explicaremos brevemente cada uno de los más importantes métodos.

##### Método de Bass:

Es para la limpieza del surco, se comienza en la superficie vestibular, proximal de los molares superiores derechos; Se coloca la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba por atrás de la superficie distal del último molar se coloca el cepillo - en ángulo de 45 grados C con relación al eje largo del ---

diente se activa con presión ligera con vibraciones o rotación desde la cresta marginal hacia la región del surco, las superficies oclusales se cepillan pasando las cerdas paralelas, al eje largo de los dientes, mesiodistalmente o girándolos ligeramente, con respecto a la superficie palatina se comienza en la zona de los molares superiores izquierdos, hasta llegar a la zona de los molares superiores derechos. Se coloca el cepillo horizontalmente y en la superficie palatina de los dientes anteriores se coloca el cepillo verticalmente, en las zonas de premolares se colocará y horizontalmente, presionando ligeramente las cerdas en el surco gingival. en el surco gingival e interproximal alrededor de 45 grados con respecto al eje mayor del diente se activa el cepillo con movimientos cortos y repetidos y en los anteriores se coloca el cepillo horizontalmente entre los caninos.

En la superficie vestibular inferior y vestibular proximal.

Esto se hace cuando se ha terminado el cepillado de todo el maxilar es con la cara distal del segundo molar derecho hasta el segundo molar izquierdo.

En la superficie lingual y linguo proximal desde el molar izquierdo al molar derecho se coloca el cepillo horizontalmente entre los caninos.



#### Método de Stillman:

La técnica consiste, en que el cepillo se debe colocar de modo que las puntas de las cerdas queden una parte sobre la encía y la otra parte en la porción cervical de los dientes. Se ejerce una presión lateral contra el margen gingival hasta producir empalidecimiento, se -- separa el cepillo para permitir que la sangre vuelva a la encía.

Esta presión, se debe aplicar varias veces y -- con el cepillo se deben hacer movimientos rotatorios suaves. De comienza en la zona de molares superiores y posteriormente los molares inferiores.

Y en la zona anterior superior e inferior el -- mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal y dos o tres penachos de cerdas trabajan sobre los dientes y la encía. En la superficie oclusal de molares y premolares se colocan las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetran las cerdas en los surcos y en los espacios interproximales.

#### Método de Stillman Modificado:

Es una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en sentido del eje mayor del diente. El cepillo se coloca en la línea gingi-

val con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y y se hace movimiento de frotamiento en la encía insertada en el margen gingival y en la superficie dentaria. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

O sea, se coloca el cepillo plano sobre los dientes con las cerdas paralelas a los ejes longitudinales de los dientes, y las puntas hacia la raíz dentaria. las cerdas deberán cubrir la encía marginal y la encía insertada. Se comprime el cepillo formando un ángulo de 45 grados con el eje longitudinal del diente. Al mango se le imprimen movimientos laterales de un lado a otro haciendo que las cerdas se doblen, pero sin apartarse de su primitiva posición. De esta forma las cerdas oscilan al efectuar los movimientos laterales, se cuentan hasta diez y posteriormente el cepillo se lleva hacia la cara oclusal de los dientes. De esta forma quedarán limpias las áreas interproximales.

En las caras oclusales se hacen movimientos circulares para limpiarlas. Posteriormente de ésta técnica se puede usar; el cono de hule, seda dental o el palillo redondo; para limpiar las zonas que el cepillo no alcanzó.

#### **Método de fones:**

El cepillo se presiona firmemente contra los --  
dientes, y la encía, el mango del cepillo queda paralelo  
a la línea de oclusión y las cerdas perpendicularmente a  
superficie vestibular.

Posteriormente se mueve el cepillo en sentido -  
rotatorio con los maxilares ocluidos.

#### **Método fisiológico:**

Este método comprende movimientos suaves de ba-  
rrido que comienza en los dientes y se sigue sobre el mar-  
gen gingival y la mucosa gingival insertada.

#### **CEPILLADO INCORRECTO:**

Los instrumentos empleados en la higiene oral -  
son capaces de producir lesiones cuando se utilizan inco-  
rrectamente, tales como retracción gingival, hendiduras.  
El color rosado es causado por la irritación crónica con  
el cepillo de dientes, así como las ceraciones dolorosas  
y las abrasiones superficiales.

Los cepillos con las cerdas dobladas o apiñadas  
indican que no se está usando la técnica correcta.

#### **TRATAMIENTO PARA GINGIVITIS CRONICA:**

Para el tratamiento de la gingivitis crónica es  
necesario la gingivectomía ya que los agrandamientos in-

flamatorios crónicos que son blandos y presentará un cambio de color y la causa principal son el edema y el infiltrado celular y constan de un componente fibroso que no se retraerá después del raspaje y curetaje o son de tal volúmen que ocultan depósito de las superficies dentarias e impiden el acceso a ellos para el tratamiento de la gingivectomía en el tratamiento de elección.

Explicaremos brevemente el proceso de la gingivectomía:

Este tratamiento deberá hacerse cuidadosamente en pacientes demasiado nerviosos se dará un sedante antes de la intervención:

1. Para llevar a cabo ésta intervención se deberá llevar en orden si es que abarcará toda la boca; se realizará por cuadrantes y en períodos de dos semanas por lo común se inicia en el cuadrante inferior derecho ya que se opera con mayor facilidad y se requiere de menos inyecciones de anestesia con excepción de que haya zonas que padecen mayor gravedad y sea necesario iniciar en ellas.

Posteriormente se hará en el cuadrante superior derecho para permitirle al paciente llevar a cabo la masticación favorable y así sucesivamente - -

hasta terminar el tratamiento.

2. Primero debemos anestesiar la zona que se va a tratar ya sea regional o local asegurando que se haya anestesiado perfectamente para así llevar una intervención sin contratiempos.
3. Posteriormente se sondea la unión de la encía agrandada o la mucosa adyacente y se delimita con pinzas marcadoras dejando puntos sangrantes en la superficie externa comenzando por la superficie-distal del último molar por la superficie vesti-bular hacia la línea media y se repite de igual-forma en la superficie lingual.
4. La encía se puede cortar con bisturíes periodontal escapelo o tijeras. Se pueden usar las encisiones contínuas y discontinúas.

La incisión contínua, se lleva desde la superficie vestibular del último molar hasta la línea media de un solo trazo sin interrupción y de la inci--sión discontinúas se hará de la superficie vesti--bular del ángulo distal del último molar hacia--el ángulo disto vestibular del molar siguiente--y así sucesivamente hasta llegar a la línea me--dia.

Las incisiones deberán ser nitidas de una sola intensidad hacia apical cerca del hueso para eliminar tejido blando coronario al hueso, la eliminación del tejido blando que está entre el fondo de la bolsa y hueso es importante, nos permite la posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial y la exposición de los depósitos radiculares del fondo de la bolsa y eliminará el tejido fibrótico excesivo.

La incisión se biselará aproximadamente a 45° con la superficie coronaria.

5. Se retira el tejido con un instrumento llamado - - CK6 o con un bisturí en forma de flama retirándolo tanto por vestibulas como por lingual teniendo cuidado, de eliminar perfectamente las superficies interdentarias.
6. Se procede a eliminar el tejido de granulación utilizando unas curetas introduciéndolas por la superficie dentaria y por debajo del tejido de granulación para separarlos del hueso subyacente, - se elimina el cálculo y el cemento necrótico y - se alisa la superficie radicular con raspadores superficiales y profundos, y las curetas.

7. Posteriormente se lava a presión con jeringa desechable y agua bidestilada para evitar residuos de coagulos.
8. Se hará una gingivoplastía que consiste en la remodelación de la encía para darle forma, anatomía y fisiología. Se realizará ya sea con bisturí o tijeras.
9. Se presionará con una gasa esteril para que cese la hemorragia para colocarle un apósito dental por la cara vestibular y lingual presionando en las superficies interproximales para que se adhieran bien. Se hará con polvo y líquido que se mezclan hasta formar una pasta consistente como masilla pegajosa, el apósito se modela en dos cilindros, el extremo se dobla y se aplica alrededor de la superficie vestibular y el segundo cilindro se coloca en la superficie lingual los cilindros se unen en la zona interproximal, teniendo cuidado de no dejar excedentes, que interfieran en la masticación que tiende a romperse, debe evitarse dejar borde cortantes, este apósito nos sirve para proteger la encía de la irritación, previene el dolor y ayuda a la

cicatrización.

10. Se cita el paciente una semana después y se le --  
quita el apósito cuidando de no dejar partícu-  
las incrustadas en las superficies cortadas se  
lava la zona con agua tibia para eliminar resi-  
duos superficiales, se vuelve a poner el apósito  
para una buena cicatrización.
11. Se le indicará al paciente que en caso de dolor -  
deberá tomarse 2 tabletas de aspirina, y que en  
caso de caerse el apósito presentarse en el con-  
sultorio para reponer el apósito. En las tres  
primeras horas después de la operación evitar -  
tomar bebidas calientes, ya que evita que el --  
apósito endurezca, después comer alimentos blan-  
dos, semisólidos, evitar frutas cítricas, ali-  
mentos muy condimentados y fumar. Puede efec-  
tuar enjuagatorios al día siguiente de la opera-  
ción para refrscar la boca. Una vez retirado -  
el apósito, si ha cicatrizado puede ejecutar el  
cepillado de los dientes con un cepillo de cer-  
das suaves y finas después se continuará con el  
cuadrante que sigue y así sucesivamente.



## TRATAMIENTO EN GINGIVITIS ULCEROSA NECROSANTE:

En el tratamiento debemos efectuar un buen diagnóstico del paciente:

1. El tratamiento se limita a la limpieza suave de la membrana pseudonecrótica con una torunda de algodón saturada de agua oxigenada.
2. Se aconseja al paciente que guarde cama y se enjague la boca con una mezcla por partes iguales de agua tibia y agua oxigenada.

Se administra antibiótico como penicilina si es -- alérgico se le administrará eritromicina, si al segundo día del tratamiento el paciente ha mejorado se aislarán las zonas más afectadas con torundas de algodón se aplica anestesia tópica y 2' o 3' después se limpian con torundas de algodón para eliminar la pseudomembrana.

El paciente debe evitar el tabaco, el alcohol y -- los condimentos, se limita el cepillado a la eliminación de los residuos superficiales, se recomienda usar hilo dental e irrigación con agua a presión mediana.

Cuando el paciente ha mejorado y el dolor desaparece, se hará una profilaxis con raspadores y cu-

retas, se eliminan los cálculos y se hace el cu retaje suave de la encía, se le dará, se le enseñará un cepillado adecuado para mantener la salud parodontal, se suspenden los enjuagatorios de agua oxigenada.

Una vez que ha cicatrizado los contornos de la en cía quedan irregulares y se procede a efectuar una gingivoplastia, para restaurar y remodelar la anatomía y dejar el contorno gingival normal.

#### **TRATAMIENTO DE LA GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA:**

El tratamiento consiste en medidas paliativas - se enfoca la reducción de la sintomatología, terapéutica general del soporte, tranquilización del paciente tratamiento parodontal mínimo que evite una complicación bacteriana secundaria.

La disminución de los síntomas se realizará de dos maneras:

1. Administrar al paciente analgésicos, como aspirina o acetaminofen.
2. Localmente pueden utilizarse diversos enjuagues -- con anestésicos como leche de magnesia diluida - en agua tibia en partes iguales, deben de tomar muchos líquidos y de antibióticos tomar aureomi-

cina 250mg. 3 veces al día en la terapéutica de  
be efectuarse una profilaxis y se recomienda --  
una técnica de cepillado y el uso de un cepillo  
de cerdas suaves se recomienda el método de fo-  
nes.

#### TRATAMIENTO EN GINGIVITIS POR ADMINISTRACION DE FARMACOS:

A los pacientes que reciben fármacos como la di  
lantina, primero se deben eliminar los irritantes locales  
para eliminar el agrandamiento gingival, se deberá supri-  
mir la droga, y en caso de no poder suprimir la droga se  
recurrirá a efectuar una gingivectomía y posteriormente -  
una gingivoplastía pero el problema es que posteriormente  
volverá ha crecer la encía lo esencial sería eliminar la  
droga o suprimirla por unos días, se le recomendará un --  
buen cepillado para control de la placa bacteriana.

#### TRATAMIENTO DE GINGIVOSIS:

El tratamiento consiste en raspaje y curetaje -  
eliminación de todas las formas de irritantes locales y -  
se le enseña al paciente el control de la placa bacteria-  
na.

El tratamiento sistemático se le recetará corti-  
costeroides para completar el tratamiento local para ali-  
viar el dolor, el desequilibrio gonadal no es común en pa

cientes con gingivitis crónica si existiera se le administraría estrógenos en la mujer y andrógenos en el hombre.

#### TRATAMIENTO EN AGRANDAMIENTO HIPERPLASTICO HEREDITARIO:

El tratamiento que se seguirá será eliminar los irritantes locales y posteriormente se efectuará la gingivectomía con los pasos ya indicados anteriormente.

#### TRATAMIENTO PARA FIBROMA:

El tratamiento se efectúa por medios quirúrgicos después de haber eliminado el factor traumático irritativo para evitar residivas'

Se anestesia en forma local alrededor del fibroma, procurando tener un campo operatorio muy visible.

Según la extensión y volúmen del tumor, se tracciona para descubrir su base; con un bisturí de hojas intercambiables se incide en toda su extensión y sus límites, llegando a hueso para evitar recidivas.

Algunas veces será necesario la extracción de algunas piezas dentarias que se encuentran incluidas en el fibroma. Irregularización del proceso alveolar, se colocará un apósito quirúrgico, en caso necesario se pondrán puntos de sutura.

Se le darán las mismas recomendaciones al postoperatorio de una gingivectomía.

#### TRATAMIENTO PARA NEVUS MIOBLASTOMA PAPILOMA:

Sus tratamientos son de tipo quirúrgico en caso de que lleguen a presentarse muy grandes y den molestias por interferir en la oclusión, masticación, etc., con la misma técnica que se describió para el fibroma.

#### TRATAMIENTO EN HEMANGIOMA:

No existe tratamiento en caso de que estén muy grandes se realiza la cirugía correspondiente, son de por vida, no desaparecen, en algunos casos se pueden emplear radiaciones o electrocauterio.

#### TRATAMIENTO EN LEUCOPLASÍA:

Eliminar el agente causal, además se le debe -- prevenir al paciente que ésta lesión se considera precancerosa, como lógica se puede malignizar. Se puede extirpar dependiendo del caso. En personas nerviosas, se administrarán sedantes, que realice colutorios de sustancias antisépticas.

#### TRATAMIENTO PARA QUISTE GINGIVAL Y GRANULOMA REPARATIVO DE CÉLULAS GIGANTES:

Si llegarán a presentarse muy grandes, de tal manera que obstruya la masticación y de molestias, se extirpa con la misma técnica que se mencionó anteriormente para el fibroma.

## TRATAMIENTO EN NEOPLASIAS MALIGNAS:

El hablar de tratamiento para cáncer resulta de masiado difícil y peligroso, pues si no se tienen los conocimientos adecuados con la suficiente información de lo que esta más al día y tener cierta experiencia, tendremos muchos fracasos, que por ser de tipo maligno estaremos en la responsabilidad de poner en peligro la vida de las personas a tratar.

Además se le hará un estudio según su etapa clínica y grado de evolución:

Estadío o etapa clínica.- Cuando el tumor está incipientemente desarrollado y todavía no hay metástasis.

Estadío II.- Cuando está el tumor localizado sin dar metástasis.

Estadío III.- Está grande e invadiendo algún vaso sanguíneo de importancia está a punto de dar metástasis.

Estadío IV.- Está voluminoso ya está la presencia de metástasis quedando fuera de nuestro control, debido a su invasión observada.

Una vez tomada la biopsia mandándola para su estudio, se examinarán las cadenas ganglionares, las características de un ganglio metastásico son:

1. Siendo bilaterales los ganglios, uno metastásico -

esta crecido pero en forma bilateral, Si están crecidos en forma bilateral serán inflamatorios.

2. No son dolorosos.

3. Son fijos.

Para entender ésto es necesario definir lo que se entiende como metástasis; es la prolongación de las -- células de una neoplasia, distante de ella, siendo células iguales a las integrantes de la neoplasia.

Una vez obtenido un diagnóstico, con los estudios antes mencionados y otros más especializados, para un tratamiento tenemos varios caminos:

1. El fin curativo, como su nombre lo dice, cura las lesiones.

2. El fin paliativo, ya no está en nuestras manos su control, y solo nos concretamos a aminorar los síntomas como dolor, sangrado, exudado, etc.

El tratamiento curativo es a base de cirugía y radiación siendo estos dos los más importantes según las características de la lesión tenemos factores coadyuvantes del tratamiento como: normoterapia, quimioterapia e inmunoterapia, debemos tomar en cuenta que ningún tumor benigno se tratará con radiaciones, sino que será por métodos -

quirúrgicos, ahora la cirugía, puede tratar tanto a neoplasia benigna como maligna y las radiaciones solo tratan a las de tipo maligno.

Para el tratamiento de una neoplasia según su estado clínico:

Estado I.- Tipo quirúrgico.

Estado II.- Tipo quirúrgico.

Estado III.- Quirúrgico y radiactivo.

Estado IV.- Radiactivo.

Las técnicas de tratamiento son de áreas ya de especialización.

#### TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO:

Para este tipo de tratamiento, es necesario hacer que el paciente esté conciente que su enfermedad no es precancerosa. Se realizará lo de rutina, eliminación de irritantes locales, tratar de averiguar que es lo que lo produjo, y combatirlo o en su defecto eliminarlo. Si no existen molestias con lo anterior es suficiente, va desapareciendo; poco a poco, en caso de existir molestias o dolor, se le administrará complejo B, en dosis altas. Si la afección es generalizada en boca, se le administrará corticosteroides, ya sea de acción general o administración tópica, dependerá de la gravedad del caso y del criterio del dentista.



#### TRATAMIENTO PARA EL PENFIGO:

Deberá ser un tratamiento de sostén, dando órdenes estrictas sobre la nutrición e ingesta de líquidos. Se le administrará antibióticos para las infecciones secundarias en caso de presentarse; siendo la más importante - la administración de corticosteroides, se le recomienda - al paciente que realice colutorios de sustancias antisépticas pero no en su 100% pero que lo disuelva en una tercera parte del antiséptico por dos terceras partes de - - agua, si se llega a complicar con moniliasis, se administrará además un antifúngico.

#### TRATAMIENTO PARA EL ERITEMA MULTIFORME:

En realidad no existe tratamiento pues la enfermedad sigue su evolución, lo único que vamos ha hacer es disminuir o aminorar los síntomas. Se le administrarán - corticosteroides, analgésicos, antitérmicos, muchos líquidos, compresas de agua fría que en ocasiones, se tendrán que colocar y dependiendo de la severidad son susceptibles a enfermedades, en tal caso se administrarán antibióticos o antifúngicos.

## CONCLUSION

De la información anotada anteriormente sobre las enfermedades parodontales daré la conclusión y para esto me voy a referir sobre la importancia que tiene la higiene bucal sobre el parodonto y así mismo en las piezas dentarias.

La prevención de las enfermedades parodontales es una de las más importantes medidas para lograr una boca sana y me refiero a la prevención, tomando en cuenta a la niñez para formarles un hábito sobre la limpieza bucal, para evitar problemas posteriores. Y a las personas adultas, - que ya han tenido problemas de acumulación de placa y cálculos o irritantes locales después de efectuarles una profilaxis. Es muy importante que el paciente tome conciencia y hacersele saber de que la limpieza en la cavidad oral debe hacerse como una rutina diaria en su aseo personal, indicándole el método apropiado así como el tipo de cepillo y - que efectúe el cepillado suave de una manera correcta como se le indicó, de lo contrario solo le perjudicará.

Las personas que se encuentran en constante tensión emocional, se dará un gran paso al recomendarle que - tenga una higiene adecuada, ayuda en gran parte como factor psicológico.

La gingivitis recordaré que no se provoca por si misma sino que interfieren los irritantes locales, así mismo, alguna enfermedad general, por lo tanto debemos hacer hincapié en que el método de prevención basado en la higiene oral nos dará óptimos resultados para lograr una boca sana.

## BIBLIOGRAFIA

PERIODONTOLOGIA CLINICA  
Irving Glickman  
Editorial Interamericana  
4a Edición 1980

PERIODONTOLOGIA  
Dr. Stephen Stone  
Dr. Paul J. Kalis  
1a Edición 1978

PERIODONCIA  
Golman, Henry M.  
Editorial Omega  
4a Edición

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA  
John F. Prichard  
Editorial Labor  
2a Edición

ODONTOLOGIA PEDIATRICA  
Sidney B. Finn  
Editorial Interamericana  
Edición 1876

CIRUGIA BUCAL  
G. A. Ries Centeno  
Editorial Ateneo  
Edición 1975

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL  
Dr. William G. Shafer  
Dr. Mainar K. Hive  
Dr. Barnet M. Levy  
3a Edición 1976  
Editorial Interamericana