

24 381

# Universidad Nacional Autónoma de México



## ENFERMEDADES PARODONTALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

EMILIA GONZALEZ MARTINEZ

*V. B.:*

*Rauf Reigl*

MEXICO, D. F.

1902



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

## INTRODUCCION

### CAPITULO I

#### LOS TEJIDOS DEL PARODONTO

- a) PERIODONTO EN GENERAL
- b) ENCIA
- c) LIGAMENTO PARADONTAL
- d) CEMENTO
- e) HUESO ALVEOLAR

### CAPITULO II

#### ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARADONTAL

- a) FACTORES LOCALES: placa bacteriana, materia alba, empaquetamiento, sarro, caries, anomalías de forma y posición, disfunciones, mala odontología, mal cepillado y malos hábitos.
- b) FACTORES GENERALES: 1.- insuficiencia vitamínica  
2.- trastornos hormonales  
3.- discrasias sanguíneas
- c) FACTORES PSICOMATICOS

### CAPITULO III

#### INFLAMACION

### CAPITULO IV

#### CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

#### DEFINICION

- a) GINGIVITIS CRÓNICA

- b) GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA
- c) GINGIVITIS MARGINAL
- d) HIPERPLASIA GINGIVAL
- e) GINGIVITIS ULCERO NECROTICA
- f) GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA
- g) GINGIVITIS DESCAMATIVA

#### CAPITULO V

### GINGIVITIS MODIFICADA POR FACTORES SISTEMATICOS

#### CAPITULO VI

### CLASIFICACION DE ENFERMEDAD PARADONTAL

- 1.- PARODONTITIS
- 2.- PARADONTOSIS

#### CAPITULO VII

### BOLSA PARODONTAL

#### CLASIFICACION

- a) BOLSA GINGIVAL RELATIVA
- b) BOLSA PARODONTAL ABSOLUTA

#### CAPITULO VIII

### ABSCESO PARADONTAL

#### - DEFINICION

- a) CLASIFICACION
- b) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE UN ABSCESO PARADONTAL Y UN ABS\_  
CESO PERIAPICAL.
- c) ABSCESO PARADONTAL
- d) ABSCESO GINGIVAL

\_ CONCLUSIONES

\_ BIBLIOGRAFIA

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

La odontología, rama de la medicina, que se encarga del estudio de la cavidad oral; sin embargo no se limita a ella, puesto que esta forma parte de un organismo y por lo tanto, toda intervención que en ella se practique tendrá repercusión en todos los demás aparatos y sistemas del organismo.

El cirujano dentista de practica general y no solo el especialista en parodoncia, debe de estar alerta para descubrir y tratar tempranamente la enfermedad paradontal.

El concepto de "CUIDADO PARODONTAL" implica una conciencia en la odontología actual; la necesidad de eliminar todas las causas potenciales y el cuidado para condiciones que predispongan a dicho padecimiento y además la tarea más difícil quizás del odontólogo es el de motivar al paciente al cuidado de su salud. Así pues el Cirujano Dentista debe de ser el profesionista capacitado para prevenir y resolver cualquier alteración de este tipo.

La palabra Periodoncia; se refiere al estudio de los tejidos de sosten del diente, que lo rodean y lo cubren. El periodonto es importante porque se compone de tejidos fundamentales de la cavidad oral; Encia, Ligamento Periodontal, Cemento y Hueso Alveolar.

Su estudio abarca conceptos de: Anatomía, Histología, Bioquímica, Cirugia y otras especialidades; Tambien tenemos que se relaciona con: Protésis, Endodoncia, Ortodoncia, Operatoria, etc...

que son materias de practica frecuente y muy importantes dentro de la odontología y de nuestra practica general.

Existen importantes manifestaciones en la patologia bucal de caracter clínico y microscopico; su conocimiento es un factor básico al establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado, asi de esta manera lograr la posterior armonía tisular y funcional durante el mayor tiempo posible.

Esta enfermedad es frecuente y con caracter evolutivo, de ahí la importancia de su prevención, detección y temprana eliminación

Existen una amplia variedad de tratamientos que empleados en forma apropiada asuguran la salud periodontal.

Con todo lo anteriormente mencionado, unidos a un especial interes por la parodoncia, me llevaron a un estudio profundo de este tema que es amplio y variado; sobre todo en sus tecnicas quirúrgicas como:

(gingivectomía, raspaje, curetaje, colgajos, injertos, etc.) hay varias tecnicas todas extensas y conosidas, otras quizá en investigación.

Asi pues debemos emplear la mejor tecnica de tratamiento, para que de esta manera poder conservar el mayor número posible de dientes y estructuras de sosten y periféricas en la cavidad oral.

## C A P I T U L O I

### PERIODONTO EN GENERAL

El periodonto es un sistema de: Revestimiento, Soporte y Fijación, que mantiene al diente unido a su alveolo.

El periodonto esta formado por dos tejidos duros y dos tejidos blandos los cuales se interrelacionan y actuan como una unidad funcional.

Los tejidos duros son: Cemento y Hueso Alveolar y los tejidos blandos son: Encia y Ligamento Periodontal.

El parodonto deriva principalmente del mesodermo, el cual forma el hueso alveolar, el ligamento parodontal y el cemento dentario, siendo la encia una combianción de mesodermo (conjuntivo) recubierto de ectodermo (epitelio) y el objetivo de la parodoncia es conservar estos tejidos en perfecto estado de salud.

Se dice que los cambios en el medio ambiente y en el metabolismo de celulas periodontales alteran la morfología y función de los tejidos, estos cambios se manifiestan como signos clínicos y microscopicos de la patología periodontal.

Así pues podemos decir que el Periodonto es una unidad biológica.

Los cambios que el parodonto puede presentar debido a las constantes variaciones locales ó generales a las que esta expuesto, se puede presentar a niveles anatomicos, microscopicos, ultramicroscópicos y bioquimicos. Así el estudio del parodonto se inicia de manera mas apropiada por consideración de sus tejidos parodontales de los cuales dependerá su mejor comprensión y conocimiento.

El recubrimiento de la cavidad oral se compone de tejido muco-

so, que para su estudio se divide en los siguientes tres grupos:

Mucosa Masticatoria., es la porción que recubre el hueso alveolar adyacente a los dientes, (encia), y al paladar duro.

Mucosa Especializada., porción que recubre el dorso de la -- lengua.

Mucosa de Revestimiento., al resto de la mucosa oral, (labios, mucosa alveolar, paladar blando, etc.).

### E N C I A

Es la parte de la mucosa masticatoria que recubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea las regiones cervicales de los dientes.

Las características normales de la Encia es que el color normal es rosa coral, que es producido por el aporte sanguíneo por la presencia de células que contienen pigmentaciones.

El margen gingival, es lo que le da el contorno a la encia, sue le ser delgado, ondulado siguiendo el cuello de los dientes en vestibular y en lingual, en zonas interproximales presentan las papilas que llenan el espacio interdental hasta el punto de contacto, la superficie insertada vestibular presenta puntilleo de diversos grados.

La consistencia de la encia es firme y resiliente con el margen marginal libre y movable. El epitelio de la superficie externa de la encia marginal y de la insertada, puede ser queratinizado o - paraqueratinizado.

## DIVISIONES MORFOLOGICAS DE LA ENCIA

Podemos observar tres zonas en la encía.-La marginal, insertada y la interdientaria.

Encía Marginal.- Es la porción coronal, no adherida, que rodea al diente a modo de collar; forma la pared blanda del surco (también llamada hendidura, crevice o creviculo gingival), que es una línea de demarcación entre la encía marginal y la encía insertada.

Surco Gingival.- Es el espacio entre la encía libre y el diente la profundidad de este en estado de salud es aproximadamente de 1.8 a 2mm. y actúa como una membrana semipermeable que permite el paso de productos bacterianos y líquido gingival o crevicular que tiene las funciones de: limpiar el material del surco mejorar la adhesión de la adherencia epitelial por su contenido de proteínas plasmáticas adhesivas, es antimicrobiano y puede funcionar como anticuerpo, El líquido también puede contribuir a la proliferación de bacterias, a formar placa y calculos.

Surco Marginal.- Con frecuencia, el fondo del surco gingival está marcado en la superficie externa de la encía por un fino surco que corre paralelo al margen gingival. Este surco como se indicó anteriormente es la línea de demarcación entre la encía libre y la encía insertada, firmemente unida al proceso alveolar.

Microscopicamente.- La encía marginal consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado.

El epitelio de la cresta y de la superficie externa de la encía marginal es queratinizado, paraqueratinizado ó de los dos tipos, contiene prolongaciones epiteliales prominentes y se continua con el epitelio de la encía insertada. El epitelio de la superficie interna esta desprovisto de prolongaciones epiteliales no es queratinizado, ni paraqueratinizado y forma el tapiz del surco gingival.

Encía Insertada.-se haya adherida al hueso subyacente y está inmóvil, esta se encuentra demacrada de la mucosa alveolar laxante anclada y movible por una línea reconocible, la unión mucogingival.

La encía insertada está limitada por una línea mucogingival y por la línea del surco gingival libre. Esta zona presenta un ancho variable en las diferentes personas y en diferentes zonas de la boca; es mas ancho en los dientes anteriores donde puede tener hasta 4mm. y mas angosta en la región de los premolares, en la región de los segundos y terceros molares a veces tiene 1mm de ancho y en ocasiones no existe.

Por lo general la zona de encía insertada es mas ancha en el maxilar superior que en el inferior.

Microscopicamente.-la encía insertada se compone de epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejidos conectivo subyacente.

El epitelio se diferencia en:

- 1.-Una capa basal cuboidea.
- 2.-Una capa espinosa de células poligonales
- 3.-Un componente granular de capas múltiples de células aplanadas con granulos de queratohialina, basófilos prominentes en el citoplasma y nucleos hipercrómicos contraídos y ...,

4.-Una capa cornificada queratinizada, o de las dos.

Encía Interdentaria Papilar.-ocupa el nicho gingival, su forma es como de tienda de campaña, son dos papilas, una vestibular y otra lingual unidas por una depresión central llamada col.

La coloración de la papila es la misma que en la encía insertada, las papilas desaparecen en ausencia de punto de contacto, existiendo solamente la unión entre la encía marginal e insertada, adheridas al reborde óseo. La importancia de la papilas como indicador del inicio de la enfermedad periodontal, es una situación que deberá tomarse en cuenta al establecer el diagnóstico.

Histología.-la encía está formada por tejidos conjuntivos en contacto con el periostio, cubierto por epitelio escamoso estratificado, y esta consta de 4 capas, que son, de adentro hacia afuera:

- a) CAPA BASAL
- b) CAPA ESPINOSA
- c) CAPA GRANULOSA
- d) CAPA QUERATINIZADA Ó PARAQUERATINIZADA.

Capa Basal.-es la capa más profunda del epitelio que está en contacto con el tejido conjuntivo por medio de la lamina basal, consta de dos capas: Lamina lúcida y Lamina densa.

La lamina lúcida se encuentra en contacto con las células basales del epitelio; y la lamina densa está en contacto con el tejido conjuntivo por medio de una capa de reticulina compuesta por fibras entrelazadas de ácido nucléico e hidratos de carbono. Además en la capa basal encontramos tonofibrillas o tonofilamentos, los cuales son medios de unión de las células columnares y contienen un núcleo grande las cuales al migrar a las capas mas superficiales,

el núcleo se va reduciendo, aumentando el citoplasma y cambiando su forma apoliédrica.

Capa Espinosa.- esta constituida por células aplanadas basófilas, que tienen núcleos contraídos, la cual es la más prominente del epitelio, se observa en el microscopio en forma de espigas, las tonofibrillas ó tonofilamentos. Además aparecen unos pequeños gránulos adheridos a la membrana plasmática, llamados cuerpos de Adhon, constituidos por mucopolisacáridos fosfatados.

Capa Granulosa ó Paraqueratinizada.-en ésta capa las células se van aplanando y se reduce al núcleo.

Los granulos que aparecen en la capa espinosa se engrosan y se empiezan a queratinizar, aparecen gránulos con queratohialina en su citoplasma, los cuales tienen tirosina y prolina, ayudando esta a la queratinización celular.

Vascularización.- Existen tres fuentes:

- 1.-Arterias suprapariosticas.-que se extienden a el surco y se anastomasan.
- 2.-Vasos del Ligamento Paradontal.-que se extienden a el surco y se anastomasan.
- 3.-Arteriolas que emergen de la cresta interdental y se anastomasan con:
  - a) Vasos del Ligamento parodontal
  - b) Capilares del surco
  - c) Vasos de la siguiente cresta alveolar.

Inervación.- Deriva de las fibras del ligamento parodontal y de los nervios labial, bucal y palatina, localizándose todas en el tejido conectivo, derivándose estas ramas del Vpar craneal ó trigémino. Las fibras son amielínicas, que se extienden desde el tejido conjuntivo hasta el epitelio y terminaciones nerviosas es-

pecializadas en la capa capilar de la lámina propia, comprendiendo los corpúsculos táctiles de Meissner y termorreceptores de Krause.

**Fisiología.**- La encía cubre la superficie ósea y parte radicular de los dientes, adaptándose a la forma del hueso y órganos dentarios siendo ésta su función principal. Otra de las funciones de encía es la que presenta la adherencia epitelial, la cual impide la invasión bacteriana.

Debido a la queratinización de la encía, presenta resistencia al trauma, a la infección y a la destrucción celular.

**Ligamento Periodontal.**-es el tejido conectivo que rodea las raíces de los dientes dándoles unión al hueso alveolar. Las fibras de Sharpey son los extremos de las fibras principales que se insertan en cemento y hueso. Se insertan al hueso por medio de una sustancia osteoide y al cemento por una sustancia cementoide.

#### **FIBRAS:**

- a) Fibras gingivodentales
- b) Fibras periodontales

**Fibras Gingivodentales.**- Se insertan a nivel del cuello en el cemento, por abajo de la adherencia epitelial y se extienden a la encía formando tres haces:

Las primeras se dirigen hacia la cresta de la encía.

Las segundas hacia la superficie externa de la encía terminando cerca del epitelio.

Las terceras a la parte externa de la cresta ósea.

#### **Fibras Circulares:**

Rodean al diente en forma de anillo a nivel de la encía marginal no teniendo inserción fija en el diente, extendiéndose en el tejido conectivo.

#### Fibras Transeptales;

Se insertan en el cemento, a la altura de la adherencia epite lial y se dirigen al cemento del diente continuo pasando por encima de la cresta ósea, formando haces horizontales.

#### Fibras Periodontales:

Fibras Crestoalveolares.- Se dirigen oblicuamente del cemento al la cresta alveolar su función es ayudar a mantener el diente dentro del alveolo asi como resistir los movimientos laterales.

Fibras Horizontales.- Se dirigen del cemento al hueso en forma perpendicular al eje mayor del diente, su función es colaborar a soportar los movimientos laterales.

Fibras Oblicuas.- Se insertan en el cemento y se dirigen al hueso en dirección oblicua, siendo las más numerosas y su función es ayudar a repartir las fuerzas de la masticación sobre el hueso alveolar transformándolos en tensión.

Fibras Apicales.- Se insertan en el cemento a la altura del forámen apical y se dirigen al fondo del alveolo, siendo su función: impedir que el diente se desaloje de su alveolo.

### VASCULARIZACION DEL LIGAMENTO PARODONTAL

Proviene de las arterias alveolares superior e inferior y llega a el parodonto por tres origenes:

- 1) Vasos Apicales
- 2) Vasos que penetran desde el hueso alveolar
- 3) Vasos anastamosados de la encía.

#### INERVACION:

Profusamente inervado por fibras nerviosas sensoriales, capaces de transmitir sensaciones tactiles de presión, dolor y localización.

zación, por vías trigeminales.

#### Fisiología:

Es de vital importancia la función del ligamento parodontal, ya que se presenta como un obstáculo, para el inicio de la enfermedad parodontal.

Siendo sus funciones principales: Mecánica y Biológica.,

#### Mecánicas:

- a) Transmisión de las fuerzas masticatorias al hueso.
- b) Unión dentaria al hueso.
- c) El mantenimiento de la correcta relación entre los tejidos gingivales y los dientes.
- d) La disminución del impacto de las fuerzas externas.
- e) La protección de vasos y nervios con tejidos blandos para evitar que estos sean lesionados.

#### Biologicas:

Tienen tres aspectos: Formativo, Nutritivo y Sensorial

**Formativo.**-El ligamento parodontal interviene en la formación y reabsorción de las estructuras calcificadas adyacentes, es importante para la adaptación del parodonto a los esfuerzos funcionales como también en la reparación de los tejidos calcificados.

**Nutritivo.**-Esta función dada por medio de los vasos sanguíneos y linfáticos, para proveerla de sustancias nutritivas a los tejidos del parodonto, dentina, cemento y hueso interviniendo también a la eliminación de los productos de deshecho de los tejidos parodontales.

**Sensorial.**-La inervación del tejido ó ligamento parodontal, dé un sentido de localización a los estímulos externos.

#### Vascularización:

Encontramos los vasos sanguíneos entre las fibras del ligamento

periodontal. Glickman dice que la vascularización proviene de las arterias alveolares superiores o inferiores y llega al ligamento parodontal desde tres orígenes: Vasos apicales, vasos que penetran desde el hueso alveolar y vasos anastamado de la encía.

Los vasos apicales entran en un ligamento periodontal, en la región del ápice y se extiende hacia la encía, dando ramas laterales en dirección al cemento y hueso. Los vasos dentro del ligamento periodontal, se conectan en un plexo reticular que recibe su aporte principal de las arterias perforantes alveolares y de vasos pequeños que entran por canales del hueso alveolar. La vascularización de la encía proviene de ramas de vasos profundos de la lámina propia. El drenaje venenoso del ligamento periodontal acompaña a la red arterial.

#### L I N F A T I C O S

Complementan el sistema del drenaje venoso. Existen los que drenan a la región inferior y a la adherencia epitelial y pasan al ligamento periodontal y acompañan a los vasos sanguíneos hacia el conducto dentario inferior la región periapical. De ahí pasan a traves del hueso alveolar hacia el conducto dentario inferior de la mandíbula, o el conducto infraorbitario en el maxilar superior y el grupo submaxilar de nódulos linfáticos.

#### I N E R V A C I O N

El ligamento esta abundante, innervado por fibras nerviosas sensoriales con receptores al tacto, a la presión y al dolor, en su mayor parte por ramas del nervio alveolar del trigémino. Los haces nerviosos se dividen en fibras mielinizadas que a continuación pi-

erden su capa de mielina y terminan como receptores propioceptivos que dan la localización del diente o cuando hace contacto.

## C E M E N T O

Es un tejido conjuntivo de origen mesenquimatoso calcificado, que cubre a la raíz del diente. Es menos duro que el esmalte pero mas duro que el hueso. Su color es amarillento y su superficie rugosa. Su composición es de 68% a 70% de sales minerales y el resto es de sustancia orgánica. Dentro del contenido inorgánico encontramos hidroxiapatita, calcio, magnesio y fósforo. La matriz del cemento contiene proteínas, carbohidratos, mucopolosacaridos que forman parte del contenido orgánico.

Existen dos tipos de cemento:

El Acellular primario, en la mitad coronaria de la raíz, es el mas calcificado y se caracteriza por carecer de su estructura.

El Celular secundario, en la mitad apical en donde existe mayor acumulación cementaria conforme se avanza en edad.- Los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágena

El tipo celular contiene cementocitos en espacios aislados (lagunas).

Hay dos tipos de fibras colágenas:

Fibras de Sharpey.- Que están formadas por fibroblastos, y un segundo grupo de fibras producidas por cementoblastos, que también generan la sustancia fundamental interfibrilar glucoproteica. Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura del cemento acelular. El cemento celular está menos calcificado que el acelular.

En la unión amelocementaria es comun que el cemento cubra el es

malte, pero tambien puede existir unión borde con borde o en con-  
tadas excepciones no ponerse en contacto el cemento y el esmalte.

Los cementoblastos son celulas encargadas de la contínua forma-  
ción del cemento y pasan atravez del ligamento periodontal cuando  
éste se mineraliza en sus fibras colágenas.

Con los años se desgasta el borde oclusal que disminuye el sos-  
ten del diente, entonces el diente trata de equilibrarse formando  
nuevo cemento y el diente se mantiene en erupción continua. Es -  
importante mencionar la resorción cementaria pues se da con cierta  
frecuencia sobre todo en el tercio apical. La etiología de la re-  
sorción puede ser el trauma de la oclusión, movimientos ortodónti-  
cos, presión de dientes mal alineados en erupción, quistes, tumor,  
dientes sin antagonistas funcionales, dientes incluidos, reimplan-  
tes y trasplantes, lesiones periapicales y enfermedad periodontal.  
Dentro de estados generales que provocan trauma oclusal podemos -  
mencionar: Infecciones debilitantes como la tuberculosis y la neu-  
monía, deficiencias de calcio, vitamina D, y vitamina A; Hipotiro-  
dismo, esteodistrofia fibrosa hereditaria y enfermedad de Paget. Pa-  
ra que se produzca la reparación cementaria, es necesario que exis-  
ta tejido conectivo adecuado.

#### Funciones del Cemento:

Podemos resumir las funciones del cemento en los siguientes:

Une las fibras del ligamento periodontal al diente, hace crecer  
al ápice compensando la sustancia dentaria que se pierde en el des-  
gaste oclusal fisiológico, y puede reparar fracturas horizontales  
en la raiz. Por su aposición puede aislar y sellar los conductos -  
radiculares en dientes tratados endodónticamente y en algunos caso  
s de dientes con pulpas no vitales, finalmente podemos decir que -

el cemento regula con el hueso alveolar, el grosor del ligamento - periodontal.

## HUESO ALVEOLAR

Es aquella porción de los maxilares que rodean y sirven de soporte a los dientes. permite el soporte de las raíces dentarias a nivel de superficie facial, palatina y lingual.

El hueso que está en contacto con el ligamento parodontal, se denomina lámina dura o hueso cribiforme ( es compacto y muy calcificado), se le denomina así por los múltiples orificios que presenta su superficie, y que dan paso a elementos nutritivos y nerviosos de la región. Existe mayor cantidad de trabéculas en los lugares - en donde las fibras principales se agrupan en haces o ligamentos.

La cresta alveolar es límite oclusal del proceso alveolar y se localiza cerca de la región cervical del diente.

El proceso alveolar está constituido por:

- 1) Lámina o hueso alveolar.- Comprende la pared delimitante de los alveolos; se encuentra adyacente a la membrana parodontal y está constituido por una delgada capa de hueso compacto.
- 2) Hueso esponjoso o Trabecular.- Localizado entre el hueso alveolar y cortical. Las trabéculas de hueso alveolar encierran espacios medulares tapizados por las células que forman el endostio.
- 3) Hueso cortical.- Corresponde a la pared externa de los maxilares

Es el menos estable de los tejidos parodontales. Su labilidad consiste en su constante aposición y resorción óseas.

La ausencia de la función masticatoria, conduce a osteoporosis ósea, atrofia por desuso; mientras que en el aumento de su función se produce en hueso más denso.

Composición del hueso alveolar: Se compone de una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados - lagunas. Los osteocitos se extienden dentro de pequeños canales que se irradian desde las lagunas.

#### PRINCIPALES COMPONENTES

Calcio, fosfato, hidroxilos, carbonato, citrato, pequeñas cantidades de otros iones, como Na, Mg y F,. El espacio intercristali no está relleno de matriz orgánica con predominancia de colágeno - mas agua, sólidos no incluidos en la estructura cristalina y pequeñas cantidades de mucopolisacáridos, principalmente condroitén sulfato.

Función del hueso alveolar:

Es la de sostener al diente y despues de la extracción se reduce.

## C A P I T U L O    I I

### "Etiología de la Enfermedad Parodontal"

La etiología de la enfermedad gingival y parodontal se clasifica en factores locales, generales y psicosomáticos y sus efectos se relacionan entre si.

Los factores locales son los del medio que rodea al parodonto, y producen inflamación que es el proceso patológico principal de la enfermedad gingival y parodontal.

#### a) Factores locales:

- 1.- Placa bacteriana
- 2.- Materia alba
- 3.- Empaquetamiento alimenticio
- 4.- Sarro
- 5.- Caries
- 6.- Anomalías de forma y posición
- 7.- Disfunciones
- 8.- Mala odontología
- 9.- Mal cepillado
- 10.- Malos hábitos

1.- Placa bacteriana- Es un depósito blando amorfo granular que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentario. Se adhiere a la superficie subyacente y se desprende sólo mediante la limpieza mecánica. En pequeñas cantidades la placa no es visible, solo que se manche con pigmentos de la cavidad bucal o sea teñida por soluciones reveladoras o comprimidos.

A medida que se acumula se convierte en una masa visible con -

con pequeñas superficies nodulares y su color varía del gris y gris amarillento al amarillo.

La placa aparece en su mayor parte sobre el tercio gingival de los dientes, y subgingivalmente, y con mayor frecuencia en grietas defectos y rugosidades, y márgenes desbordantes de restauraciones dentarias. Se forman igualmente en el maxilar y mandíbula, más en los dientes posteriores que en los anteriores, más en las superficies proximales, en menor cantidad en vestibular y en menor aun en las superficies linguales.

#### COMPOSICION DE LA PLACA BACTERIANA

Consiste principalmente en microorganismos proliferantes y células epiteliales, leucositos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen alrededor de 30% de la placa; el resto es agua.

Las bacterias constituyen, aproximadamente el 70% del material sólido y el resto es matriz intercelular. La placa es el factor etiológico principal de la caries, gingivitis, enfermedad parodontal dando como resultado el cálculo dentario. La influencia de la placa bacteriana para la producción de enfermedad gingival y parodontal es producida fundamentalmente por la higiene bucal insuficiente, -- por la concentración de bacterias y sus productos capaces de producir daño y enfermedad en los tejidos parodontales.

2.- Materia alba- Es un irritante local que constituye una causa -- común de gingivitis; es un depósito amarillo o blanco grisáceo, blando y pegajoso, es menos adhesivo que la placa bacteriana y se deposita sobre superficies dentarias, restauraciones, cálculos y encía acumulándose en el tercio gingival de los dientes en mal-posición y

antecede a la formación de sarro. Sólo mediante la limpieza mecánica es posible su completa remoción.

La materia alba es una concentración de microorganismos, células epiteliales descamadas, leucositos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales, con escasas partículas de alimentos.

3.- Empaquetamiento alimenticio- Se puede dividir en horizontal y vertical, el primero, se produce cuando los carrillos o la lengua empujan el alimento a los espacios interproximales. El vertical; se produce cuando el área de contacto de una pieza se ha perdido por diversas causas, ya sea por caries o por odontología defectuosa.

Clinicamente el empaquetamiento lo rotamos porque la papila interdientaria, se empieza a achatar dejando abierto el espacio interproximal.

4.- Sarro- Se clasifica en supragingival y subgingival. El sarro supragingival se localiza por encima del margen gingival y puede ser observado clínicamente. El sarro subgingival se encuentra a lo largo de la raíz y está por debajo del margen gingival, cuando es imposible su descubrimiento por medios clínicos normales, será necesario un tratamiento quirúrgico, para eliminarlo totalmente.

El sarro supragingival es amarillento y puede colorearse con los residuos del tabaco o con algún otro colorante. El subgingival es de color café, se deposita en forma de anillos, o como prolongaciones dactilares en la superficie radicular alrededor de las piezas dentarias.

#### COMPOSICION DEL SARRO

Se compone de materia orgánica en un 20% y esta formado por bacterias, células epiteliales y dentritus alimenticios; un 75% de materia inorgánica constituida por sales de calcio, fósforo, magnesio

y cristales de hidroxapatita, el 5% restante en agua.

El sarro se forma en las caras linguales de los incisivos inferiores y las caras vestibulares de los molares superiores. consiste la formación de sarro, en dos fases principales, una que es la fijación de una matriz orgánica y la otra que es de precipitación y cristalización de sales orgánicas.

La primera fase de la formación de sarro es por medio de la matriz orgánica, compuesta por mucina salival y por bacterias, células epiteliales y dentritus alimenticios es donde se establece una película orgánica y en la segunda fase la película orgánica sirve de base para que en ella se depositen sales inorgánicas.

5) Caries.- La caries, produce destrucción de los elementos histológicos de las piezas dentarias, ocasionando muchas veces la pérdida del área de contacto y favoreciendo la retención de comida en los lugares cercanos al parodonto, con la siguiente descomposición de los elementos retenidos, que al producir fermentación irritan al parodonto.

6) Anomalías de forma y posición.- Una de las anomalías de forma más frecuentes, es la que consiste en coronas grandes y raíces pequeñas, en donde las superficies masticatorias de las coronas, --- transmitirán estímulos intensos que no son tolerados por el aparato de sostén, formado por raíces, ligamento, cemento y hueso.

Las anomalías de curvatura se refieren a la corona, la encía -- recibe un estímulo durante la masticación. La falta de curvatura en la encía, produce empaquetamiento y una área patológica en la zona de la encía marginal, y el alimento actúa como irritante en lugar de hacerlo como estímulo.

Las anomalías de posición es cuando las piezas quedan fuera del arco dentario. Esta anomalía primeramente debe tratarse en ortodon

cia y finalmente en parodoncia, la encía de estas piezas nunca quedará totalmente normal, mientras el defecto exista.

7.- Disfunciones- La anoclusión es un fenómeno de la disfunción en el cual - una pieza ó varias piezas, no se ponen en contacto con sus antagonistas en - ninguno de los movimientos mandibulares, generalmente se debe a que existan piezas atrapadas que no llegan al plano de oclusión ó piezas fuera del arco - dentario.

8.- Mala odontología-La producen las obturaciones altas, sin área de contacto coronas mal ajustadas, sin anatomías de sus curvaturas fundamentales, puentes fijos oremovibles mal diseñados, son factores causales primarios de parodontopatías.

9.- Mal cepillado- El cepillado defectuoso, puede producir erosiones en los - cuellos de las piezas dentarias, hipersensibilidades de las mismas, y alteraciones en el contorno y textura de la encía.

10.- Malos hábitos- Están constituidos por el uso de palillos, cortar hilo, - romper cuerpos duros con los dientes, respiradores bucales, y son los principales responsables de los trastornos de tejido de soporte.

b) Factores generales:

1.-Insuficiencias vitamínicas.

Vitamina A .- La insuficiencia de este elemento en el parodonto, causa agrandamiento gingival con proliferación de los elementos histológicos de la encía.

Vitamina B .- La insuficiencia o falta de ella, produce estados de hipersensibilidad y de neutritis considerándose como una causante directa de la estomati - tis herpética.

Vitamina C .- Tiene influencia directa sobre la formación y estructura normal del tejido colágeno, considerándose su carencia como factor causal directo de trastornos del tejido conjuntivo ó colágeno, está íntimamente ligada a la en--fermedad parodontal.

Vitamina D .- Es factor causal directo de la formación de hueso, así mismo - está en relación con el metabolismo de las sales de calcio y fósforo.

## 2.- Trastornos hormonales.

Hiperparatiroidismo.- El hiperfuncionamiento de la glándula tiroides, ocasiona cavidades quísticas multiloculadas en el hueso, y es frecuente encontrar este tipo de cavidades relacionadas con las raíces dentarias, lo que produce movilidad de la pieza por destrucción del hueso de soporte.

Gónadas.- Son las glándulas que mayor relación tienen, con respecto a la mucosa bucal y el tejido de soporte, ya que la falta de hormonas femeninas, -- progesterona y foliculina provoca trastornos bucales, como una estomatitis - descamativa crónica.

Diabetes.- En la diabetes juvenil, se observa resequeadad y abrillantamiento - de las superficies gingivales, existiendo agrandamiento gingival y cambios en la textura de la encía. El colágeno se ve afectado y observamos grandes zonas con pérdida de hueso, el ligamento parodontal tiene zonas con pérdida de hueso. y zonas hemorrágicas y necrosadas.

## 3.- Discrasias sanguíneas.

Las enfermedades de la sangre son procesos patológicos no muy frecuentes - pero interesantes desde el punto de vista odontológico.

Anemia.- Es una reducción por debajo de lo normal de la cantidad o de la calidad de la hemoglobina, sus manifestaciones bucales son:

- 1.- Hemorragia espontánea de la encía.
- 2.- Petequias
- 3.- Palidez de la mucosa bucal.
- 4.- Antecedentes de sangrado al cepillado.
- 5.- Ulceraciones intensas de la boca, acompañadas de fiebre.
- 6.- Infecciones de la mucosa bucal que no responden al tratamiento.

### c) Factores Psicomaticos:

- 1.- Estomatitis de Vincent.

- 2.- Malos hábitos, como morderse las uñas, bricomanía.
- 3.- Tensiones musculares producidas por la contractura de los músculos masticadores, principalmente del temporal, mesetero y pterigoideos, lo que trae como consecuencia, destrucción de fibras, necrosis y --hemorragias en el ligamento parodontal por disminución del espacio vital.

### C A P I T U L O   I I I

#### I N F L A M A C I O N

El hombre debe a la reacción de inflamación y reparación su capacidad para contener las lesiones y reconstruir defectos.

La inflamación puede definirse como la respuesta de la economía o daño tisular que entraña reacciones nerviosas., vasculares humorales y celulares dentro del sitio lesionado. Esta respuesta sirve para destruir, diluir ó detener al agente agresor y a las células que éste haya podido destruir.

La separación comienza durante la fase activa de la inflamación, pero termina despues que ha neutralizado la influencia perjudicial, las células y los tejidos destruidos son sustituidos por células vitales, aunque a menudo el defecto es cubierto por células fibrablásticas especializadas que forman cicatriz.

El carácter básico de la respuesta inflamatoria inmediata casi siempre es la misma, sin que influyan el sitio y el caracter del agente perjudicial.

La intensidad y la duración de la reacción inflamatoria pueden considerarse como un precario equilibrio entre atacantes o agentes agresor y huésped.

La inflamación aguda puede suscitar manifestaciones localizadas al sitio de lesión ó acompañarse de cambios sistematícos generales.

Los signos clínicos bucales de la inflamación se ha caracterizado clásicamente como: calor, rubor, edema, dolor, y pérdida ó disminución de función. El calor y el rubor locales resultan de la dilatación de la microcirculación en las cercanias del foco lesionado. El edema es producido principalmente por el escape de líquido que contiene proteínas plasmáticas y otros solutos de sangre hacia los tejidos perivasculares, fenómenos llamados trasudación y exudación - El dolor se ha atribuido a compresión del líquido extravascular sobre las terminaciones nerviosas.

## INFLAMACION PARADONTAL

Los cambios de coloración de la encía, clinicamente son el primer fenómeno de la inflamación; no se define por lo poco que dura, pero en el segundo paso la vasoconstrucción, se toma en cuenta lo siguiente:

- \* Color de piel del individuo y su influencia de la encía.
- \* Grosor de epitelio para saber el grado de queratinización y vascularización.

La encía sirve como parámetro indicativo de salud o enfermedad. En salud - el color de la encía marginal debe ser el mismo que el de la insertada; en la inflamación, lo primero que cambia de color es la papila (en la punta) ya que es la parte menos queratinizada y la mas alejada del tejido conectivo, al aumentar la permeabilidad, el color rojo brillante invade todo el margen gingival, y se tiene una hiperemia activa y puede quedar en este estadio si no es suficiente fuerte el proceso inflamatorio. Si esto continua, hay salida de plasma y en cuanto se presenta edema; hay aumento de volumen y la encía se ve lisa, brillante y turgente. Si en este punto entra la parte defensiva y es lo suficientemente fuerte permitiendo que el fibrablasto forme colágena, el edema irá acompañado de fibrosis, en cuyo caso la encía se observa de color rosado muy similar al que se observa en salud. Está firme pero aumentando de volumen y, por lo tanto, pierde su aspecto fisiológico y se queda en el estadio de fibrosis, pero la respuesta defensiva no es tal si el fibrablasto no forma colágena; aquí se inicia la salida de las proteínas u aumentando la viscosidad de la sangre y su color cambia de rojo brillante a oscuro y se encuentra una hiperemia pasiva. Al salir las células, aumenta más la viscosidad de la sangre y su velocidad se disminuye; en esta fase cambia el color de rojo oscuro a azulado y en cuanto se encuentra una extasis o sea el estancamiento total de la sangre, y el color de la zona afectada pasa de azulado violáceo - produciendose la necrosis o muerte del tejido dañado al llegar a este punto - es irreversible y, por lo tanto, hay necesidad imperiosa de eliminarlo, ya --

que de otro modo se afectan los tejidos vecinos.

## C A P I T U L O   I V

### CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

DEFINICION: La podemos definir como una reacción inflamatoria crónica leve de la encía.

GINGIVITIS CRONICA: Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas y subagudas; así podemos definir a la gingivitis crónica como la interacción entre la destrucción y reparación.

Los cambios de color son signos clínicos muy importantes en la enfermedad gingival y en las gingivitis crónicas, la cual es la causa más común.

Comienza con un rubor muy leve, y después el color pasa por una gama de diversos tonos de rojo, azul rojiso y azul oscuro, esto es a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio.

Los cambios aparecen en las papilas interdentarias y se extiende hacia la encía a nivel clínico.

Los irritantes locales persistentes lesionan la encía, prolongan la inflamación y provocan permeabilidad y exudado vascular anormales.

La interacción entre la destrucción y reparación afecta no sólo al color sino al tamaño, consistencia y textura superficial de la encía.

EPILOGIA: irritantes locales.

La consistencia de la encía está determinado por el equilibrio relativo -- entre los dos.

### GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA

Abarca toda la encía. Por lo común, también la mucosa bucal se halla afectada, de modo que el límite entre ella y la encía insertada queda anulado.

ETIOLOGIA: infección aguda ó irritación química generalizada.

#### GINGIVITIS MARGINAL

Los cambios ocurren especialmente en el color gingival, ha un leve cambio de rosado a eritematoso; se presenta una ligera alteración del contorno, con expansión del margen gingival libre junto con la destrucción incipiente del tejido papilar; el dato más importante es la hemorragia gingival con el más mínimo roce esto como resultado de la ulceración del epitelio.

Hay hiperamia activa, aumento en el número de células plasmáticas, linfocitos y algunos leucocitos polimorfonucleares en el tejido conectivo.

#### HIPERPLASIA GINGIVAL

Hiperplasia gingival.- Los hallazgos clínicos son: aumento de tamaño gingival, alteración de la forma normal, cambio en el tono tisular, aumento importante en la profundidad del surco, formando una bolsa; ésta se clasifica como pseudo bolsa, ya que es causada por la expansión del tejido marginal en sentido crónico y no por un movimiento apical en la adherencia epitelial más allá de su nivel fisiológico. El tono del tejido gingival puede ser fibrótico o flácido (este último causado por un edema considerable, hiperemia y destrucción de fibrascolágenas).

Dentro de las hiperplasias encontramos la fibromatosis idiopática ó familiar es una proliferación progresiva de la encía, en especial de los elementos colágenos. Parece existir una etiología con implicaciones hereditarias ó familiares.

Desde el punto de vista clínico, existe agrandamiento gingival difuso generalizado, con frecuencia lo suficientemente extenso como para cubrir los dientes.

Es un tejido denso, firme y con una considerable alteración en el contor-

no normal.

La gingivitis por dilantina es una reacción de proliferación progresiva - de la encía, relacionada con el uso de dilantina sódica, medicamento usado - para controlar trastornos convulsivos, como la epilepsia.

Desde el punto de vista clínico, el grado de este agrandamiento gingival no específico parece variar en relación con el grado de irritación local. -- La respuesta del huésped a la irritación es también variable.

Los cambios tisulares se inician por lo regular en las áreas interdenta-- les y tiende a expandirse; con el tiempo se unen las extensiones del tejido papiliar a lo largo del margen gingival.

El contorno tisular puede aparecer como lobulado o en forma de mora; los cambios pueden ser locales ó generalizados.

Son notables la acantosis del epitelio, mayor actividad fibroblástica y - aumento en la proliferación de los vasos sanguíneos.

#### GINGIVITIS NECROSANTE ULCEROSA O ULCERONECROTIZANTE

Es una enfermedad que afecta a la encía; es de etiología desconocida, pero se ha demostrado que se encuentra en pacientes que:

- a) Tienen respiración defectuosa
- b) Posterior a una enfermedad de tipo debilitante
- c) Stress emocional
- d) Despues de un trabajo intenso
- e) En estudiantes
- f) En homosexuales, ó adictos al alcoholismo, tabaquismo y droga

Los síntomas son olor fétido, hemorragia gingival, aumento de salivación - dolor irritado y comisivo que se intensifica al contacto con los alimentos ca-- lientes ó condimentados; puede haber aumento en la temperatura y en la pre--

sión; en casos agudos hay decaimientos del paciente. El dolor se presenta porque quedan expuestas las terminaciones nerviosas del tejido conjuntivo subyacente. El olor se debe a la necrosis de la gingiva, hay sangrado que es espontáneo, adenitis regional, astenia, anorexia, y no es contagiosa. -- Puede ser local o generalizada.

Clínicamente se observa una pseudomembrana grisácea o amarillenta; esta pseudomembrana se puede retirar con facilidad con una orunda de algodón empapada en una solución de agua destilada. La encía está erocionada, el tejido es rojo brillante sangrante y se manifiesta dolor. Al cicatrizar, la huela característica es de forma de cráter o de taza, en la cual se aprecian unas mesetas.

En el tejido marginal hay inflamación aguda; en el epitelial hay necrosis y en el conjuntivo ruptura de capilares.

Tratamiento.- generalmente se usa antibiótico (penicilina, eritromicina, lincomicina ó tetraciclina), para controlar las bacterias, y mucha higiene.- Una vez cicatrizada se hace una gingivoplastia. Si se detecta gran stress, se recomienda al paciente consultar con su doctor para controlar el estado de angustia.

#### GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA

Es una infección de la cavidad oral causada específicamente por el virus Herpes Simple.

Este tipo de enfermedad se combina con otra infección. Es altamente contagiosa., con frecuencia ataca a los niños, pero sobre todo a los que tienen carencias nutricionales y durante el embarazo.

Las zonas de proyección son: boca, labios, mucosa, carrillos, paladar, pero mas constantemente en los bordes de la lengua.

Aparece como un tipo de lesión difusa; la encía se presenta brillante; la mucosa adyacente alveolar con grados de abscesos y edema.

En el periodo primario es de color grisáceo, presentándose como una vejiga que a las 24 hrs. se rompe y forma úlceras dolorosas de color rojo en la periferia y color amarillento al interior. Altera la encía en forma difusa al igual que la mucosa oral y los labios, pero en menor proporción. Presenta un tipo de --- irritación generalizadas, impidiendo la alimentación adecuada, específicamente se presenta dolor al formarse las ulceraciones, por el tacto, en el momento de la masticación, y durante la higiene. Existe alitosis, también recibe el nombre de gingivo-estomatitis ó estomatitis viral, tiene un tiempo de duración -- de 7 a 14 días.

Tratamiento.- solo en caso de quedar expuesto el tejido conjuntivo y se pue da infectar por bacterias, se debe aplicar antibiótico. Cura por si sola.

#### GINGIVOSIS O GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA

Su cuadro clínico incluye una descamación superficial del epitelio que es - de grado variable, la superficie tisular es de color rojo grisáceo en zonas -- aisladas, como resultado de la descamación. El color tisulas varía de eritema intenso a magenta, al de cianosis "parda", el epitelio puede estar desgarrado con bastante hemorragia; la textura superficial es lisa y brillante; por lo -- general, se encuentra edema difuso así como distorsión del contorno gingival - en las áreas afectadas, y casi siempre la mucosa gingival total está involucra da, clasificandose en difusa y generalizada, pero también puede ser local.

El síntoma principal es de dolor; el paciente no tolera cambios térmicos -- leves, alimentos duros ó condimentados.

Esta afección se encuentra por lo general en mujeres menopáusicas, aunque - hasta la fecha no se ha encontrado una etiología verdaderamente clara y preci- sa.

## C A P I T U L O V

### GINGIVITIS MODIFICADO POR FACTORES SISTEMATICOS

Durante el embarazo se observa una reacción exagerada de la encía a factores locales.

Existe posibilidad que los cambios gingivales sean el resultado del efecto de la progesterona.

Hay una pérdida considerable del tono tisular, agrandamiento papilar y hemorragia gingival causada por la más leve presión.

Gingivitis durante la pubertad; es una inflamación no específica iniciada por factores locales y modificada por los cambios hormonales que acompañan a la pubertad los signos gingivales clínicos se caracterizan por agrandamiento y "enrollamiento" de la encía marginal, con distinción pronunciada de los tejidos interdentes: el color tisular varía de eritematoso al pardo rojizo, con gran pérdida simultanea del tono tisular. Hay hemorragia gingival y al igual que la gingivitis por el embarazo, los cambios inflamatorios se reducen después de la pubertad (inicio del sistema hormonal).

## C A P I T U L O VI

### PARODONTITIS

Se refiere a la inflamación de los tejidos paradontales más profundos (aquellos que comprenden el mecanismo de insercción); esto significa que la inflamación involucra cemento, hueso alveolar y ligamento paradontal.

La paradontitis siempre se inicia con una gingivitis, la cual generalmente se debe a factor local, en especial a placa bacteriana, extendiéndose la inflamación desde la encía y tejidos blandos hasta las estructuras subyacentes.

Al destruir progresivamente el mecanismo de insercción, cada vez habrá menos soporte para los dientes, y el resultado final será la exfoliación de los mismos.

El tejido más importante involucrado en el soporte del diente es el hueso -alveolar; la pérdida de altura ósea dá como resultado un aumento en la movili-dad y pérdida futura de las piezas dentales.

Por lo regular, los signos y sintomas de la periodontitis son los mismos --que los de la gingivitis; alteraciones de color, forma, tamaño, contorno, con-sistencia, y textura de la encía, así como la hemorragia gingival y el exudado purulento del margengingival, pero los signos y sintomas característicos de la parodontitis son destrucción del hueso de soporte, formación de bolsas para--dontales (que causan migración apical de la adherencia epitelial) recesión gin-gival que indica pérdida de la insercción tanto de tejidos blandos como duros, movilidad dental progresiva, una zona rojiza que se extiende del margen gingi-val a la mucosa alveolar, extrusión y migración de los dientes, desarrollo de diastemas e inflamación en la unión mucogingival.

### PARADONTOSIS

Es una enfermedad degenerativa que afecta al mecanismo de insercción. Esta

afección es de etiología desconocida y se formula su diagnóstico principalmente por su patrón clínico poco común y por la edad del paciente afectado.

Unicamente la dentadura permanente resulta con este tipo de afección, pero no al grado de alterar la secuencia de erupción normal.

El cuadro clínico más común es la destrucción periodontal extensa y pérdida ósea angular alrededor del primer molar superior e inferior, ó ambos -- así como los incisivos centrales y laterales superiores ó inferiores, o de -- ambas arcadas. Se observan bolsas periodontales profundas alrededor de los -- primeros molares jóvenes con lesiones de trifurcación ó bifurcación. Los tejidos gingivales, después de un avance importante, muestran la mayor parte -- de los cambios inflamatorios avanzados, tales como cambios de color acianótico o magenta, pérdida del tono tisular y variaciones en el contorno normal y posible superación de las bolsas a la presión digital.

Con frecuencia se produce migración patológica de los dientes anteriores y se observa considerablemente movilidad dentaria unida a la presencia de las bolsas paradontales bastante profundas; un hallazgo negativo muy importante en el examen clínico es la ausencia relativa de factores locales que expliquen la intensa destrucción existentes, ya que la pérdida ósea es de tres a cuatro veces más rápida que la observada en la paradontitis.

Parece existir una tendencia familiar, siguiendo la línea materna, en la -- que se encuentra diversos casos de esta afección.

En esta enfermedad, primero hay destrucción del hueso y después de encía -- por lo que también recibe el nombre de atrofia alveolar difusa.

## C A P I T U L O   V I I

### BOLSA PARADONTAL

#### CLASIFICACION:

- a) Bolsa gingival relativa
- b) bolsa paradontal absoluta

La bolsa gingival ó relativa se produce en la gingivitis y no en la paradontitis; la adherencia epitelial no emigra en dirección apical sino que hay agrandamiento coronario del margengingival y dá lugar a una hiperplasia gingival.

La bolsa absoluta que a su vez se subdivide en bolsas óseas e intraósea.

La presencia de la bolsa absoluta significa que se ha producido pérdida ósea alveolar y una autentica paradontitis. Las bolsas supraóseas, son la profundización patológica del surco donde la adherencia epitelial ha emigrado apicalmente pero se encuentra coronaria a la cresta del hueso alveolar horizontal. En las - intraóseas, la adherencia epitelial emigra apicalmente con relación a la cresta del hueso alveolar y en realidad emigró hacia un defecto del hueso. Se caracterizan por pérdida ósea vertical ó angular.

## C A P I T U L O VIII

### ABSCESO PARADONTAL

DEFINICION: Es una colección localizada de pus en una cavidad formada por la desintegración de tejidos. Hay 3 tipos básicos de abscesos asociados con los dientes y tejidos de soporte.

- a) Absceso gingival
- b) Absceso de origen paradontal
- c) Absceso de origen periapical

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

#### ABSCESO DE ORIGEN PERIAPICAL

- a) Será no vital
- b) Está asociado con caries profundas y restauraciones
- c) Generalmente está elevado en el alveolo
- d) Será más sencible a la percusión en dirección axial

#### ABSCESO DE ORIGEN PARADONTAL

- a) Provará vitalidad
- b) Se asocia a la bolsa paradontal infraósea
- c) No estará elevado en su alveolo
- d) Será más sencible a la percusión horizontal

Las radiografías pueden ser ineficaces particularmente en abscesos agudos en donde la lesión no ha tenido suficiente tiempo para causar la pérdida del hueso-Radiográficamente dilictable. El absceso gingival raramente se manifiesta sistemáticamente pero los otros pueden causar complicaciones tales como fiebre y malestar general. el diagnóstico entre estos tipos de lesiones depende de la hig

toria clínica y de una cuidadosa interpretación de todos los hallazgos disponibles clínicos y radiográfica.

#### ABSCESO PARADONTAL

Se describe como una exsacervación aguda de una bolsa paradontal generalmente infraósea por obliteración parcial o total del orificio de la bolsa.

#### CLASIFICACION HISTOLOGICA

- a) agudo
- b) cronico
- c) Subagudo

El fenómeno agudo describe un proceso vascular y exsudativo --- acompañado de polimorfonucleares en el fenómeno cronico habrá un predominio de linfocitos celulas plasmáticas y una proliferación de fibrablastos.

El fenómeno subagudo es un intermedio de los dos presedentes.

#### CLASIFICACION CLINICA

Con fines terapéuticos

|                                |              |               |
|--------------------------------|--------------|---------------|
| absceso organizado             | drenado      | devridamiento |
|                                | fistulado    |               |
| absceso en via de organización | no drenado   |               |
|                                | no fistulado | incisión      |
| absceso en via de organización | Accesible    | curetaje      |
|                                | inaccesible  | antibióticos  |

En el caso del absceso en vía de organización la cantidad de líquido purulento es muy pequeña para ser observada en términos de evacuación.

Será inaccesible cuando el defecto óseo tenga una morfología sinuosa.

#### TERAPEUTICA

En todo absceso debe haber terapéutica de urgencia es: Si se puede drenar por la bolsa será debridar ó sea ampliar la salida de líquido purulento si no es drenado no debe hacer insición en caso de no ser absceso organizado se hará un curetaje. El tratamiento definitivo puede ser salvamento del diente ó extracción.

El tratamiento de salvar el diente será por técnica de curetaje ó pulpectomía.

#### ABSCESO GINGIVAL

Es una lesión poco común que es usualmente causado por un cuerpo extraño tal como una cerda de cepillo ó una partícula de alimento duro que se impacta en la encía.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

Clínicamente la lesión aparece como una lesión roja lisa, brillante y tensa en la encía marginal o capilar; antes de drenar la lesión es puntuante y puntiaguda.

El extremo aparece gris amarillento por lo que después de bisturizar queda una especie de costra "tejido granulomatoso".

Durante el intervalo anterior al drenaje cuando el absceso está creciendo muy rápidamente el diente puede ser sensible a la percusión.

ción lateral puesto que no alcanza el hueso, los hallazgos radiógráficos serán negativos.

Tratamiento.- En la primera consulta se recetan medicamentos a base de antibióticos (penicilina ó eritromicina) y a las 24 horas - un tratamiento quirurgico.

## CONCLUSIONES

El fin con que realicé esta Tesis; es principalmente para que el Cirujano Dentista en general y no sólo el especialista en parodencia, estén siempre preparados, para poder así aconsejar y dar el mejor tratamiento a su paciente, en los comienzos de esta enfermedad y así mismo prevenirlos.

El Cirujano Dentista, debe de estar conciente de las complicaciones, que resultarían de un mal tratamiento.

Por estas razones y por el afán que hay en mí, para que el Cirujano Dentista y el especialista en parodencia; sean siempre los verdaderos Profesionistas y para que así, lo hagan sentir y saber a los pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

### CIRUGIA BUCAL

Archer W., Harry

Editorial Mundi, S.A.

Buenos Aires, Argentina 1968

### CIRUGIA BUCAL

G.A. Ries Centeno

Editorial. El Ateneo

7a. edición

### DICCIONARIO ODONTOLOGICO

Durante Avellanal, Ciro.

Editorial Mundi, 2a. edición

Buenos Aires, Argentina 1974

### ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA

Prichard, J.F.

Editorial labor s.a.

Barcelona España 1974

### HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES

ORBAN 1972

### MEDICINA ORAL

Burket lester Williams

Diagnóstico y Tratamiento

Edit. interamericana México 1975

PATOLOGIA BUCAL

BHSKAR, S.N.

Editorial El Ateneo, 3a. edición

Buenos Aires argentina, 1971

PATOLOGIA ORAL

Thoma, Robert G y Gorlin, Henry

Editorial Salvat. Barcelona, España, 1975

PERIODONCIA

ORBAN, BALINT

Editorial Interamericana, s.a.

1a. edición México D.F. 1960

PERIODONTOLOGIA CLINICA

GLICKMAN, INVING

Editorial interamericana, S.A.

1a. edición México D.F. 1974

PERIODONTOLOGIA

STONE, STEPHEN y KALIS, PAUL J.

editorial interamericana México, 1978

TEORIA Y PRACTICA DE PERIODONCIA

ORBAN BALINT, JOSEPH

Editorial Interamericana México 1975

TERAPEUTICA PERIODONTAL

GOLDMAN, HENRY M.

Editorial Bibliográfica Omeba

2a. edición

BUENOS AIRES ARGENTINA D 60

TRATAMIENTO DE PATOLOGIA BUCAL

SHAFER WILLIAM G.

Editorial Interamericana, 3a. edición

México, 1977.