

217-33

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



---

---

**GINGIVITIS**



**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**MARTHA FELIPA LOPEZ TREJO**

**MEXICO, D. F.**

**1982**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE

INTRODUCCION.

### CAPITULO I

HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE.

### CAPITULO II

HISTORIA CLINICA.

### CAPITULO III

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

- a) Factores locales.
- b) Factores generales o sistémicos.
- c) Factores psicossomáticos.
- d) Factores Yatrógenos.

### CAPITULO IV

GINGIVITIS.

- a) Síntomas y signos clínicos.
- b) Irritantes gingivales.
- c) Localización de la gingivitis.

CLASIFICACION:

- a) Gingivitis Marginal Crónica.
- b) Gingivitis Escorbútica.
- c) Gingivitis en el Embarazo.
- d) Gingivitis Menopáusica.

- e) Gingivitis Herpética o viral.
- f) Gingivitis Descamativa Crónica.
- g) Gingivitis Necrosante Ulcerosa.

## CAPITULO V

TRATAMIENTO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

Debido a la extraordinaria frecuencia con que se observan en la clínica los pacientes de lesiones gingivales, creo que la prevención de estos padecimientos está en manos de todos los Cirujanos Dentistas de práctica general.

Desgraciadamente tenemos que admitir que a pesar de lo generalizado de estas infecciones no se le da aún la importancia que requiere el problema. A diario se observan bocas que a pesar de haber sido restauradas odontológicamente, poca o ninguna atención ha recibido en su aspecto gingival, a pesar de evidenciar estados francamente patológicos.

La mayoría de los C. D. de práctica general no están muy interesados en escuchar temas sobre Parodoncia ya que existe la Teoría muy difundida de que siempre se tratará sobre un tema en el cual se discutiran temas profundos: Histología, Encías Inflammadas, Resorción Osea, Supuración y Dientes Móviles.

Esta enfermedad afecta a todos los grupos sociales, económicos y raciales en países civilizados. Es responsable de pérdida mayor de dientes, que la caries dental.

La razón de esto es que no se ha puesto un poco más de empeño en tratar de descubrir precoz y oportunamente las primeras manifestaciones patológicas de estos padecimientos, para asegurar un pronóstico más efectivo.

Por tal motivo hemos tratado de concentrar en este escrito, una serie de datos con los que haremos la descripción de una de las afecciones más comunes, La Gingivitis, siendo ésta-- la primera fase para el desarrollo de la Enfermedad Periodon -- tal.

## CAPITULO I

### HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE

Periodonto es un término que se refiere a la unidad funcional de tejidos que sostienen el diente. Los tejidos son cuatro fundamentales:

- 1.- Encía.
- 2.- Ligamento Periodontal.
- 3.- Cemento.
- 4.- Hueso Alveolar.

Dichos elementos funcionan como un todo, ya que cuando uno de ellos sufre alguna alteración, los otros resienten los estímulos afectantes de manera inmediata o mediata.

#### **ENCIA:**

Forma parte de la fibromucosa bucal, y ésta consta de tres zonas, encía y el revestimiento del paladar duro, conocido como mucosa masticatoria; el dorso de la lengua y el resto de la mucosa bucal.

La encía ( mucosa masticatoria ) es la parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares y rodea el cuello de los dientes.

La podemos dividir en áreas:

- a) Area marginal.

- b) Area insertada.
- c) Area interdientaria.
- d) Area alveolar.

Encía Marginal.- Insertada hacia coronal por el margen gingival y apicalmente por vestibular por el surco gingival.-- Internamente limitada por el principio de la inserción epitelial.

Entre sus características clínicas normales les diremos que presenta un color rosa oscuro, superficie aterciopelada y consistencia suave. Su cara interna ( pared lateral ) se encuentra adosada al diente.

La encía marginal o encía libre rodea a los dientes y se encuentra limitada de la encía insertada por una depresión lineal poco profunda denominada surco marginal que forma la pared blanda del surco gingival. Este viene a ser la hendidura somera alrededor del diente, en contacto con la superficie interdientaria y el epitelio del margen de la encía.

Encía Insertada.- Se continua de la encía marginal; limitada hacia coronal por el surco gingival y apicalmente por la línea mucogingival adyacente a la encía alveolar.

Clínicamente se observa firme y resilente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes, cuya superficie da el aspecto de cáscara de naranja.

Por lingual en el caso de la mandíbula, termina en la --  
unión con la membrana mucosa que cubre el surco sublingual en-  
piso de boca.

En el maxilar, la superficie palatina de la encía inser-  
tada se une de manera imperceptible con la mucosa palatina.

A veces, se usan las denominaciones encía cementaria y -  
encía alveolar para designar las diferentes porciones de la en-  
cía insertada, según sean sus áreas de inserción.

La encía desciende casi verticalmente desde la corona del  
diente; rasgo anatómico esencial del mecanismo de deslizamien-  
to de la masa alimenticia que junto con las secreciones orales  
ha de asegurar la autolimpieza de la cavidad oral.,

Encía Interdentaria.- Se encuentra ocupando el nicho del  
margen gingival o sea el espacio intreproximal que se localiza  
por debajo de las áreas de contacto de los dientes. Abarca las  
papilas tanto vestibular como lingual, además de la depresión-  
o valle que conecta las papilas llamado col, adaptándose a la-  
forma del área de contacto interproximal.

#### HISTOLOGIA GINGIVAL:

La encía está constituida por tejido epitelial y conec-  
tivo,

Encía Marginal.- Presenta un núcleo central de tejido -  
conectivo cubierto de epitelio escamoso estratificado.

En la porción de la cresta y de la superficie externa de  
la encía marginal, el epitelio es queratinizado, paraqueratini-  
zado o bien de los dos tipos, presentando prolongaciones epi--  
teliales prominentes que se continúan con el epitelio de la --  
encía insertada.

El epitelio de la superficie interna no posee prolonga--  
ciones epiteliales, no es queratinizado ni paraqueratinizado.

El epitelio que forma el tapiz del surco o intersticio--  
gingival no presenta prolongaciones epiteliales, no es quera--  
tinizado ni paraqueratinizado.

En el tejido conectivo se encuentra un sistema de haces-  
de fibras colágenas llamadas fibras gingivales, encargadas de  
mantener la encía marginal adosada al diente, proporcionándole  
la fuerza necesaria para soportar las fuerzas de la mastica---  
ción además de unir la encía marginal libre con el cemento de-  
la raíz y la encía insertada adyacente.

Estas fibras se encuentran dispuestas en tres grupos:

- 1.- Grupo Gingivodentales.
- 2.- Grupo Circulares.
- 3.- Grupo Transeptales.

Gingivodentales.- Fibras de la superficie vestibular, --

lingual e interproximal. Se encuentran incluidas en el cemento por debajo del epitelio, en la base del surco gingival.

En la zona de la superficie vestibular se extienden desde el cemento en forma de abanico, hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal, terminando cerca del epitelio. Se proyectan también sobre la cara externa del periostio, del hueso alveolar vestibular y lingual, terminando en la zona de encía insertada o uniéndose con el periostio, e interproximalmente las fibras se proyectan hacia la cresta de la encía interdientaria.

Circulares.- Se proyectan a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdientaria, rodeando al diente a manera de anillo.

Transeptales.- Se encuentran formando haces horizontales interproximales, extendiéndose entre el cemento de los dientes contiguos, se localizan en la zona entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdientario.

Algunos autores incluyen a este grupo en clasificación de las fibras principales del ligamento periodontal.

Surco o intersticio gingival.- Cavidad virtual localizada entre el diente y la pared interna de la encía marginal, se une al diente en la base del surco por la adherencia epitelial, el surco se encuentra tapizado por epitelio escamoso es-

tratificado muy delgado, no queratinizado y sin prolongaciones epiteliales. El epitelio del surco actúa como una membrana semipermeable, pues a través de ella, pasan hacia la encía productos lesivos, filtrándose a su vez líquidos tisulares de la encía hacia el surco.

Adherencia o inserción epitelial.- Unión íntima de la encía con el tejido dentario a nivel del cuello anatómico del diente.

Se presenta a manera de banda en forma de collar, de epitelio estratificado.

Dicha unión se efectúa gracias a la lámina basal a la que une el epitelio a los tejidos en cualquier parte del organismo.

Esta lámina basal consta de una lámina dura adyacente al esmalte, y una lámina lucida, a la que se adhieren los hemidesmosomas, que vienen a ser agrandamientos de la capa interna de las células epiteliales llamadas placas de unión.

A su vez del esmalte se extienden ramificaciones hacia el interior de la lámina densa. De la misma manera liga a la adherencia epitelial al diente, una capa extremadamente adhesiva producto de las células epiteliales.

La unión de la adherencia al diente se encuentra reforzada por las fibras gingivales de la encía marginal. Por tal motivo se ha considerado que la adherencia epitelial y las fi

bras gingivales como una unidad funcional llamada unión dento-gingival.

**Encía Insertada.**- Histológicamente presenta epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo subyacente. Este tejido conectivo, conocido como lámina propia, es densamente colágeno con pocas fibras elásticas, formada además por dos capas, una papilar subyacente al epitelio y otra capa reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

**Encía Interdentaria.**- En la etapa eruptiva en el momento que las superficies proximales hacen contacto, la mucosa bucal entre los dientes queda separada en las papilas interdentarias vestibulares y lingual, unidas por el col.

Las papilas constan de un núcleo de tejido conectivo altamente colágeno, cubierto de epitelio escamoso estratificado, a su vez el col presenta en su tejido conectivo fibras oxitalámicas.

En la fase prefuncional dentro de la etapa eruptiva y -- durante un periodo posterior, el col está cubierto por epitelio reduci del esmalte, éste se destruye gradualmente y es --- reemplazado por epitelio escamoso estratificado de las papilas interdentarias adyacentes.

En general el epitelio que cubre la superficie externa - de toda la encía es altamente queratinizada o paraqueratiniza-

da, o bien presenta combinaciones, la queratinización viene a ser una adaptación protectora de la función.

La vascularización de la encía proviene de las ramas de vasos profundos de la lámina propia.

#### LIGAMENTO PERIODONTAL.

La forma de fijación de tejidos conectivos que se encuentra rodeado a la raíz uniéndola al hueso alveolar, en su tabla cortical, se continua del tejido conectivo de la encía comunicándose con los espacios medulares a través de canales vasculares del hueso.

El ligamento periodontal de origen mesodérmico y proviene de la capa media del saco dentario cuyos elementos celulares son:

- a).- Fibroblastos.
- b).- Cementoblastos.
- c).- Osteoblastos.
- d).- Osteoclastos.
- e).- Células endoteliales.
- f).- Restos epiteliales de Malassez o células epiteliales en reposo.

Fibroblastos.- Se presentan en forma de huso, con núcleo central, se agrupan en haces formando fibras, las que podemos-

clasificar en **Fibras Principales** y **fibras Secundarias**.

Dichas fibras vienen a ser los elementos más importantes del ligamento periodontal. Una fibra principal es la que introduce su extremo en el cemento y hueso a expensas del cementoide y osteoide respectivamente, a estos extremos de la fibra se -- les llama fibras de Sharpey.

Los haces de las fibras principales están integradas por fibras individuales que forman una red anastomosada continua - entre el diente y el hueso.

Decimos que, en lugar de ser fibras continuas, éstas son individuales, constan de dos partes separadas que se empalman a mitad del camino, entre cemento y hueso en el área denominada Plexo Intermedio. Se ha comprobado la existencia de dicho - plexo durante la erupción activa, pero no una vez que los dientes alcanzan el contacto oclusal.

**Fibras Principales.**- Son los elementos del Ligamento Periodontal, se disponen en haces siguiendo un recorrido ondulado, distribuyéndose en grupos:

1.- Grupo de Fibras Transeptales.- Fibras que se proyectan interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento de diente vecino. Estas fibras presentan un poder de regeneración aún cuando se produzca la destrucción del hueso - alveolar.

2.- Grupo de Fibras Cresto-alveolares.- Se proyectan oblicuamente desde el cemento, por debajo de la adherencia epitelial a la cresta alveolar.

Función.- Equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener a los dientes dentro de su alvéolo y resistir los movimientos laterales del diente.

Las fibras transeptales tienen la función de mantener el área de contacto.

3.- Grupo de Fibras Horizontales.- Se extienden en ángulo recto con respecto al eje mayor de los dientes, partiendo del cemento hacia el hueso alveolar, evitando los desplazamientos laterales del diente.

4.- Grupo de Fibras Oblícuas.- Este grupo es el más grande y el más poderoso del ligamento periodontal, van desde el cemento en dirección coronaria y en sentido oblícuo con respecto al hueso.

Compensan los impulsos verticales axiales que reciben los dientes durante la masticación, transformando las fuerzas masticatorias en tensión sobre el hueso alveolar, manteniendo al diente en equilibrio fisiológico.

Lo anterior demuestra que todo estímulo que sigue el eje mayor del diente es benéfico al periodonto, considerándolo como un factor estimulante para que se forme mayor cantidad de -

ligamento.

5.- Grupo de Fibras Apicales.- Se proyecta del cemento hacia el hueso, en el fondo del alvéolo evitando los desplazamientos bruscos del ápice, tanto lateral como verticalmente, preservando la integridad anatómica funcional del paquete neurovascular del diente. No lo hay en raíces incompletas.

Fibras Secundarias.- Vienen a ser el conjunto de fibras que no presentan fibras de Sharpey. Son haces de fibras bien formadas que se unen en ángulos rectos o se proyectan sin regularidad alrededor de los haces de fibras principales.

Encontramos fibras colágenas en el tejido conectivo intersticial entre las fibras principales, que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. También se localizan alrededor de los vasos fibras elásticas y fibras oxitalámicas que se insertan en el cemento del tercio cervical de la raíz.

Cementoblastos.- Células derivadas del tejido conjuntivo que se localizan sobre la superficie del cemento; son células grandes y cuboidales, con núcleos esféricos u ovalados, que presentan prolongaciones irregulares que se ajustan alrededor de las fibras cuando se extienden desde el cemento.

En la primera etapa de la formación del cemento se pueden observar dos elementos del tejido conjuntivo:

1.- Las células del tejido conjuntivo ( células mesenquimato---  
sas indiferenciadas ), que están dispuestas en la raíz de la su-  
perficie externa de la dentina.

Estas fibras va adquiriendo carácter colágeno y van a for-  
mar parte de la substancia fundamental del cemento.

Durante la primera fase del desarrollo, los cementoblas-  
tos aparentemente por acción enzimática elaboran una substancia  
homogénea, el tejido cementoide. Durante la segunda fase la cal-  
cificación se realiza depositándose las sales de calcio en el -  
compuesto cementante de la substancia intercelular.

Osteoblasto y Osteoclastos.- El hueso al encontrarse en -  
un constante estado de transición, se reabsorbe y reconstruye -  
localmente en forma constante.

La formación del hueso se efectúa a través de los osteo-  
blastos, a lo largo de la superficie de la pared de la cavidad-  
ósea y las fibras de la membrana periodontal pasan entre ellos.  
Estas células son generalmente de forma cuboidal, con grandes -  
núcleo únicos, que contienen grandes nucléolos y finas particu-  
las de cromatina.

Las fibras de la membrana periodontal se afianzan en el -  
hueso mediante la formación de hueso nuevo alrededor de los ex-  
tremos de las fibras.

Por otra parte, los osteoclastos son en su mayoría multi--  
nucleados, y se cree se originan de células mesenquimatosas indi-

adherencias de la membrana pericelular; se les encuentra solamente en las células de la pulpa dentaria.

Se sabe que éstas elaboran a nivel de su citoplasma un material que es capaz de disolver los componentes orgánicos del hueso, mientras que su contenido mineral es eliminado por los humores orgánicos o bien ingeridos por los macrófagos.

**Vasos, Nervios y Linfáticos.** - La vascularización del ligamento periodontal es dada por las arterias alveolares superior e inferior llegando al ligamento por medio de:

1. - Vasos apicales.
2. - Vasos que penetran desde el hueso alveolar.
3. - Vasos anastomosados de la encía.

Los primeros entran al ligamento periodontal en la región apical extendiéndose hacia la encía y proyectando ramas laterales en dirección al cemento y hueso. Los vasos en el Ligamento Periodontal se unen a un plexo reticular que recibe aporte principal de las arterias perforantes alveolares y de vasos que entran por los canales del hueso alveolar.

**Linfáticos.** - Complementan el sistema de drenaje venoso. - Los que drenan la región inferior a la adherencia epitelial pasan al ligamento periodontal siguiendo el mismo trayecto de los vasos sanguíneos hacia periapical. Del mismo modo se continúan, a través del hueso alveolar, el conducto dentario inferior en-

la mandíbula, o bien en el conducto infraorbitario y al grupo - submaxilar de nódulos linfáticos.

**Inervación.**- El ligamento periodontal se encuentra inervado por fibras nerviosas sensoriales que transmiten sensaciones de presión y dolor por medio de las vías del trigémino.

Las fibras nerviosas se dirigen al ligamento periodontal desde el área periapical y por canales del hueso alveolar; siempre siguiendo el trayecto de los vasos sanguíneos y dividiéndose en fibras mielinizadas independientes, que finalmente pierden su capa de mielina, quedando como terminaciones nerviosas libres en forma de huso.

También encontramos fibras receptoras propiceptivas encargadas del sentido de localización cuando los dientes entran en contacto.

#### **Fisiología del ligamento periodontal:**

- a) Función Física.
- b) Función formativa.
- c) Función nutritiva.
- d) Función sensorial.

#### **Función Física:**

- 1o. Transmisión de fuerzas oclusales al hueso.
- 2o. Inserción del diente al hueso.
- 3o. Mantenimiento de los tejidos gingivales en relación adecuada.

4o. Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales  
( absorción del choque ).

5o. Protección de vasos y nervios ante lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

**Función Formativa:**

Las células del ligamento periodontal tienen gran actividad durante la formación y reabsorción de hueso y cemento, que se produce durante los movimientos fisiológicos de los dientes.

Como toda estructura el ligamento también se remodela -- constantemente, las células y fibras van siendo reemplazadas mediante la actividad de los fibroblastos.

**Función Nutritiva:**

Mediante los vasos sanguíneos y el drenaje linfático el ligamento periodontal nutre al cemento, hueso y encía.

**Función Sensorial:**

La inervación va a proporcionar sensibilidad propiceptiva detectando y localizando fuerzas extrañas, controlando además el mecanismo neuromuscular de la musculatura masticatoria.

**Cemento:** Tejido mesenquimatoso de origen mesodérmico, derivado de la capa interna del saco dentario, de color amarillo

poco más obscuro que la dentina y de superficie rugosa, siendo más grueso en la porción apical en comparación con el resto de la raíz, ésto para compensar la erupción activa, ya que al desgaste de las áreas masticatorias compensa más la pérdida de estructura mediante la migración vertical, a fin de mantener la distancia intermaxilar.

Pudiendo ejercer un papel muy importante en la evolución de la enfermedad periodontal.

**Encontramos que existen dos tipos de cemento: acelular y celular.**

Estos se componen de una materia interfibrilar clasificada y fibrillas colágenas. El celular presenta cementocitos aislados que se comunican por medio de canalículos.

Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura del cemento acelular, cuyo tamaño, cantidad y distribución aumentan con la función estimulante en este caso benéfica.

La distribución del Cemento acelular y celular varía. En la mitad coronaria de la raíz se encuentra cubierta por el acelular, y el celular es común encontrarlo a nivel del tercio apical.

Es de gran importancia clínica el cemento encontrado por debajo de la unión amelocementaria para los procedimientos de raspaje radicular ya que se encuentran tres tipos de relación-

en cuanto al cemento y esmalte:

1o. El cemento cubre el esmalte de 60 a 65 % de los casos.

2o. En un 30 % existe una unión de borde a borde.

3o. En un 5 a 10 % de los casos el esmalte y el cemento no esta en contacto, En este caso al implantarse la enfermedad de recesión gingival se acompaña por lo general de sensibilidad - acentuada ya que la dentina queda expuesta.

En general, en la enfermedad periodontal, el cemento adyacente al esmalte se desintegra, por lo que el esmalte forma entonces un reborde saliente que suele ser confundido con cálculos.

Se considera que la formación continua de cemento es básica para conservar el apoyo conveniente, manteniendo la estabilidad del diente; siendo su principal función la de generar cemento joven para dar apoyo e inserción a las fibras principales - del ligamento periodontal.

Resorción Cementaria.- Puede ser de origen local o general, puede presentar etiología evidente. Entre las causas locales podemos mencionar el trauma de la oclusión, movimientos ortodónticos, presión de dientes mal alineados en erupción, quistes, tumores, dientes que han perdido sus antagonistas, dientes incluidos, reemplantados, lesiones periapicales y enfermedad periodontal.

Entre los estímulos generales que predisponen o inducen - la resorción cementaria encontramos: infecciones debilitantes - (tuberculosis y neumonía), deficiencia de Ca, Vitamina D y A, - hipotiroidismo, osteodistrofia fibrosa hereditaria, etc.

Hueso Alveolar.- La estructura ósea que sostiene y forma - los alvéolos dentarios es el proceso alveolar. Se integra de la pared interna del alvéolo, de hueso delgado compacto llamado - hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme), el hueso - de sostén esponjoso presenta trabéculas reticulares, y de hueso compacto las tablas vestibulares y palatinas.

El tabique interdentario se encuentra formado por hueso - esponjoso (de sostén) cubierto por un borde compacto.

Las fuerzas transmitidas desde el ligamento periodontal - hacia el alvéolo son soportadas por el hueso traveculado espon - joso, que así mismo es sostenido por las tablas corticales, veg - tibular y lingual.

La pared del alvéolo se encuentra formado por el hueso - laminado en comunicación, de hueso fasciculado que no es sino - el hueso que limita el ligamento periodontal por su contenido - de fibras de Sharpey.

Esta pared ósea es radiopaca y se le denomina también lá - mina dura, se encuentra perforada por numerosos orificios que - vienen a ser el conducto de vasos sanguíneos, linfáticos y ner -

vios.

El aporte sanguíneo deriva de los vasos del ligamento periodontal y de ramas de vasos periféricos que se introducen en las tablas corticales.

Tabique Interdentario.- Formado por hueso esponjoso y se encuentra limitado por las paredes alveolares de los dientes ve ci nos, y las tablas corticales vestibulares y lingual.

La integridad fisiológica del hueso alveolar se mantiene mediante el equilibrio de formación y resorción ósea, regulada por agentes locales y generales, reabsorviéndose en áreas de presión y formándose en áreas de tensión.

Aún, con su aparente rigidez el hueso alveolar no es muy estable, se encuentra en constante cambio.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

**I.- Examen Clínico Odontológico:**

- a) Pruebas de Movilidad.
- b) Percusión.
- c) Examen Periodontal (sondeo).
- d) Palpación.
- e) Observación.
- f) Examen de Oclusión.
- g) Modelos de Estudio.

**II.- Examen del Síntoma Dolor.**

- a) Pruebas de vitalidad.
- b) Percusión.

**III.- Estudio Radiográfico.**

**IV.- Pruebas de Laboratorio.**

- a) Biopsias.
- b) Estudios Bacterianos.

**V.- Plan de Tratamiento.**

**I.- EXAMEN CLINICO ODONTOLOGICO:**

a) Pruebas de movilidad.- Se examina la movilidad de cada uno de los dientes de manera sistemática. El examinador ha de comprobar que la cabeza del paciente esté en posición estable-

sobre el cabezal del sillón; de otro modo podrá confundirse el movimiento de la mandíbula o el de la cabeza con el de los dientes.

Después de la prueba instrumental de los dientes individualmente se indica al paciente que cierre en oclusión céntrica y que les imprima un movimiento de vaivén.

Pueden localizarse dientes no movilizables manualmente que presentan amplio movimiento en dirección bucal y lingual cuando se aplica fuerza muscular.

b) Percusión.- Con ésto obtenemos una información precisa sobre la salud del periodonto, cuando al golpear con instrumento metálico la cara oclusal, vestibular o lingual de una pieza obtenemos un sonido claro el aparato de fijación está íntegro; - si por el contrario se obtiene un ruido apagado el aparato de fijación se halla lesionado.

c) Examen Periodontal (sondeo).- Con la ayuda de la sonda milimétrica se explora el surco gingival alrededor de cada diente para averiguar su profundidad, estado y contenido.

d) Palpación.- En este caso nos ayudaremos del sentido del tacto.

Con los dedos ejerceremos diversos grados de presión para determinar la consistencia y sensibilidad de los tejidos, lo -

cual nos ayuda a descubrir la existencia de áreas de infección profunda y sensibilidad dolorosa. La densidad de tejido la obtendremos por medio de la palpación.

e) Observación de la forma anatómica.- Examinaremos cuidadosamente papilas interproximales y la encía marginal para descubrir desviaciones de la forma anatómica ya sea por inflamación, edema y ulceraciones.

Es importante el examen de frenillos y profundidad del vestíbulo. Se observará la tensión de la inserción muscular en la encía marginal a nivel de premolares y molares, se inspeccionará la anchura de la encía insertada en caso de bolsas en esta zona y que sobre pasen la zona de encía insertada nos da problemas en el tratamiento.

f) Examen de Oclusión.- Examinaremos principalmente la anatomía de la corona para descubrir signos de atrición, abrasión y erosión. Se observará el tamaño y posición de las áreas de contacto así como falta de contacto adecuado, la normalidad de bordes marginales; que pueden haber sido destruidos por el uso o haberse colocado en ellos restauraciones que no han tenido en cuenta este rasgo anatómico. También tomaremos en cuenta a las cúspides que puedan actuar como pistones y que impulsan el alimento entre los dientes.

En general a de anotarse cualquier alteración significati-

va que impida una oclusión más o menos normal, y que sea motivo de traumas.

g) Modelos de Estudio.- Como complemento para el examen oclusal; ya que muchas desarmonías son más evidentes en los modelos de estudio, con lo que obtendremos datos de importancia como:

- 1o. Posición y dirección axial;
- 2o. Relaciones de la cresta marginal;
- 3o. Huellas de desgaste;

Además de que son una guía para el ajuste oclusal y plan de tratamiento.

## II.- EXAMEN DEL SINTOMA DOLOR:

a) Pruebas de vitalidad.- En caso de que la corona de un diente sea opaca o anormalmente obscura, o cuando el síntoma de dolor indique trastorno pulpar. Para esto nos valemos del vitalómetro, pruebas de sensibilidad térmica.

b) Percusión.- El dolor a la percusión puede constituir un indicio positivo de inflamación pulpar, sin embargo, el aparato de fijación lesionado no es doloroso a la percusión.

La percusión es la prueba más útil para determinar si el dolor es de origen pulpar o periodontal, solo hay dolor en casos agudos.

III.- ESTUDIO RADIOGRAFICO:

- a) Relación corona-raíz.
- b) Posición y forma de la raíz.
- c) Grado de calcificación de hueso.
- d) Resorción ósea.
- e) Zonas de hiper cementosis.
- f) Espacio del ligamento periodontal.

IV.- PRUEBAS DE LABORATORIO:

En ocasiones el aspecto de los tejidos pueden orientar sobre la conveniencia de realizar algunas pruebas de laboratorio a manera de complemento.

- a) Biopsia.- Extirpación de tejido vivo para su examen microscópico.
- b) Estudio Bacteriano.- Extensiones y cultivos bacterianos.

V.- PLAN DE TRATAMIENTO:

Paciente \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección donde trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

#### RELACION SISTEMICA

- 1 ( ) Tratamientos previos dentales.
- 2 ( ) Tratamientos parodontales.
- 3 ( ) Tratamientos ortodóncicos.
- 4 ( ) Extracciones dentarias.
- 5 ( ) Historia de Hemorragias en extracciones.
- 6 ( ) Otras hemorragias.
- 7 ( ) Experiencia a la anestesia local y general.
- 8 ( ) Cepillado dental, cómo, cuántas veces.
- 9 ( ) Uso de palillos, hilo dental, estimuladores.
- 10 ( ) Gingivorragia, espontánea, provocada.
- 11 ( ) Sensibilidad dental o gingival a la presión de la masticación.
- 12 ( ) Sensibilidad (frío, calor, dulces, ácidos, al cepillarse).

- 13 ( ) Masticación, semiunilateral o bilateral.
- 14 ( ) Halitosis, mal sabor de boca.
- 15 ( ) Sialorrea, xerostomia.
- 16 ( ) Bricomanía, contracciones musculares.
- 17 ( ) Respiración bucal.
- 18 ( ) Hábitos de lengua, labios, carrillos, morder objetos: -  
lápices, pipas, así como uñas, dedos, etc.
- 19 ( ) Otros datos.
- 20 ( ) Salud actual.
- 21 ( ) Cambios recientes de su peso.
- 22 ( ) Cuándo vio por última vez a su médico; por que, Nombre,  
dirección, teléfono.
- 23 ( ) Tratamiento general y medicinas que está tomando en la-  
actualidad.
- 24 ( ) Menstruación, embarazo, lactancia menarca, menopausia,-  
hijos, abortos y experiencias bucales en estas épocas.
- 25 ( ) Diabetes.
- 26 ( ) Alergias.
- 27 ( ) Cardiopatías.
- 28 ( ) Epilepsia.
- 29 ( ) Fiebre reumática.
- 30 ( ) Gastrointestinal.
- 31 ( ) Hepatitis.
- 32 ( ) Gripe, sinusitis, dolores de cabeza frecuentes.

- 33 ( ) Discracias sanguíneas.
- 34 ( ) Cáncer, tuberculosis.
- 35 ( ) Otras enfermedades generales.
- 36 ( ) Enfermedades nerviosas, psíquicas, vitalidad, decaimiento.
- 37 ( ) Estados de tensión. Stress.
- 38 ( ) Sueño, siesta, necesidad de hipnóticos.
- 39 ( ) Tensión durante sus citas dentales.
- 40 ( ) Dieta, consistencia, calorías, proteínas, hidratos de -  
carbono, grasas, sales minerales, vitaminas, agua.
- 41 ( ) Estado nutricional.
- 42 ( ) Otros datos.
- 43 ( ) Antecedentes familiares, padres, hermanos, etc.
- 44 ( ) Nódulos linfáticos.
- 45 ( ) Exostosis.
- 46 ( ) Encía, dolor, consistencia punteada, lisa.
- 47 ( ) Pruebas térmicas y eléctricas.
- 48 ( ) Sensibilidad a la percusión.
- 49 ( ) Dolor a la presión en la región periapical.
- 50 ( ) Impacto alimenticio.
- 51 ( ) Exudado.
- 52 ( ) Sarro supra y sub-gingival.
- 53 ( ) Sobre oclusión vertical, horizontal.
- 54 ( ) Traumatismo gingival por los antagonistas.

- 55 ( ) Mordida abierta.
- 56 ( ) Mordida cruzada.
- 57 ( ) Malposiciones dentarias.
- 58 ( ) Dientes supernumerarios.
- 59 ( ) Dientes incluidos.
- 60 ( ) Oclusión traumática.
- 61 ( ) Contacto prematuros en céntrica.
- 62 ( ) Interferencias en los movimientos mandibulares.
- 63 ( ) Oclusión.
- 64 ( ) Anoclusión.
- 65 ( ) Abrasión, erosión,
- 66 ( ) Otros datos.

APRECIACION RADIOGRAFICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PRUEBAS DE LABORATORIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO

FECHA

TRATAMIENTO EFECTUADO

Técnica de cepillado \_\_\_\_\_

Odontoxesis \_\_\_\_\_

Gingivectomía \_\_\_\_\_

Gingivoplastia \_\_\_\_\_

Balance oclusal \_\_\_\_\_

Exodoncia \_\_\_\_\_

Otros tratamientos \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO	FECHA	TRATAMIENTO EFECTUADO
Técnica de cepillado _____		
Odontoxesis _____		
Gingivectomía _____		
Gingivoplastia _____		
Balance oclusal _____		
Exodoncia _____		
Otros tratamientos _____		

### CAPITULO III

#### ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se entiende que patogenia es la sucesión de fenómenos -- que se producen durante el desarrollo de la enfermedad, incluyendo a los factores que influyen de alguna manera en su evolución y que casi siempre suelen descubrirse antes que la causa específica.

Encontramos factores predisponentes que favorecen la --- aparición de la enfermedad, causa que estimulan el desarrollo de la misma y factores perpetuantes que tienden a prolongarla llevándola a la cronicidad.

En este tema haremos un breve análisis de los factores -- predisponentes en el desarrollo de la enfermedad periodontal.

#### FACTORES ETIOLOGICOS:

- a) Medio Bucal
  - 1.- Bromatoestasis.
  - 2.- Materia Alba.
  - 3.- Placa Bacteriana.
  - 4.- Cálculo Dental.
- A.- Factores Locales
  - b) Tejidos Dentarios
    - 1.- Caries.
    - 2.- Anomalías
      - forma.
      - Posición
    - 3.- Disfunciones
      - Anoclusión.
      - Oclusión.
      - Traumática.

- B.- Factores Generales o Sistemáticos.
- a) Insuficiencia Vitamínica. } Esencialmente del complejo B.  
Vitamina A, C, D,
  - b) Trastornos Hormonales.
  - c) Discracias Sanguíneas } Anemia.  
Leucemia.  
Agranulosis
  - d) Alergias Fármacos } Hg.  
Bi.  
Pb.  
Dilantin Sódico.
- C.- Factores Psicossomáticos
- 1.- Malos Hábitos
  - 2.- Alteraciones Nerviosas.
  - 3.- Bricomania o bruxismo.
- D.- Factores Yatrógenos → Mala Odontología.
- A.- FACTORES LOCALES: MEDIO BUCAL.

1.- Bromatoestasis:

Puede definirse como el impacto forzoso de alimentos contra la encía, que hace presión sobre el tejido, o el choque directo de materias contra el margen gingival. La podemos dividir en Horizontal y vertical; el horizontal se produce cuando los carrillos o la lengua empuja el alimento a los espacios interproximales. El vertical, cuando el área de contacto ----

se ha perdido.

La cúspide en el momento de la oclusión actúa como empaquetados proyectando la comida en sentido vertical y es más traumático que el horizontal.

El impacto de alimento guarda relación con la anatomía del diente, con los contactos interproximales, con la posición de los márgenes y los contactos con el antagonista.

El impacto de alimento puede estar asociado a los siguientes factores:

- 1.- Contorno labial plano de los dientes;
- 2.- Cíngulos no desarrollados;
- 3.- Contornos proximales planos;
- 4.- Contacto defectuoso, aristas marginales irregulares, versión y sobreproyección de los dientes;
- 5.- Caries, que dan como resultado un contacto defectuoso;
- 6.- Restauraciones incorrectas;
- 7.- Extracciones con cambios en las relaciones de los dientes.
- 8.- Uso incorrecto de palillos, seda dental, etc.

Clinicamente, el empaquetamiento lo notaremos porque la papila interdientaria pierde su forma anatómica achatándose, dejando abierto el espacio interproximal. Al cambiar la encla-

los demás elementos periodontales sufrirán alteraciones inmediatas o mediatas.

## 2.- MATERIA ALBA:

Es una masa de residuos blanda, blanquecina que contiene elementos histicos muertos, principalmente células epiteliales, leucocitos y bacterias.

Se trata, en efecto, de un medio de cultivo y contiene una elevada concentración de bacterias.

La Materia Alba es un agente irritante químico y bacteriano grave que actúa sin cesar, a menos que sea eliminada mediante el cepillado de los dientes o la masticación enérgica de alimento fibroso.

Sobre la superficie del diente se acumulan diferentes tipos de material. Es necesario distinguir entre los que producen daño del tejido blando, los que no son nocivos pero sí antiestéticos y que pueden en realidad proteger al esmalte.

## PLACA BACTERIANA:

Esta formada básicamente por una variedad de microorganismos, habitualmente formadores de filamento, leptotrix y estreptotrix.

Cuando se adhieren a la superficie del esmalte forman una masa gris sarrosa, sucia, que se pigmenta con el tiempo.

La placa bacteriana es sucia y antiestética; y es una -- fuente potencial de daño al diente y al periodonto.

Por eso la eliminación diaria de la placa es esencial para la salud bucal.

#### TARTARO:

Está formado por el resultado de la calcificación de capas sucesivas de bacterias muertas, que viven, se propagan y mueren. El tártaro es un irritante, y debe de impedirse la formación de placa bacteriana blanda antes que se forma el tártaro para la prevención de las enfermedades periodontales.

#### 4.- CALCULO DENTAL:

El cálculo dental y la materia alba constituyen estructuras que van a servir de soporte a las bacterias, las mantienen en contacto con la encía proporcionando así mismo un medio favorable para la proliferación de microorganismos.

El cálculo suele depositarse con mayor frecuencia en las caras linguales de los incisivos inferiores y caras vestibulares de molares superiores ya que son zonas que reciben la saliva recién segregada debido a su proximidad con los conductos de las glándulas salivales.

La formación de cálculo se inicia con un depósito de material orgánico blando sobre la superficie del diente, dicho -

material está constituido por una película de mucina y bacterias que se impregnan de sales de Ca, y así es como se calcifica. El cálculo se deposita dentro de la placa bacteriana adheriéndose firmemente al diente.

En la superficie y en el interior del cálculo pulula una masa microbiana que elabora incensantemente productos tóxicos que se infiltran en el epitelio adyacente, causando una respuesta inflamatoria inespecífica.

Clínicamente hemos podido observar que se localiza cálculo tanto por encima del margen gingival ( supragingival ); como por debajo del margen gingival ( subgingival ).

## b. - TEJIDOS DENTARIOS.

### 1. - Caries:

Por acción destructiva lesiona a los elementos histológicos del diente, ocasionando algunas veces la pérdida del área de contacto que va a favorecer la retención de alimento, con la consiguiente secuela de descomposición y destrucción.

### 2. - Anomalías de forma y Posición.

#### A). - Anomalías de forma:

Coronas grandes y raíces pequeñas en donde las superficies masticatorias de las coronas transmitirán estímulos intensos que no van a ser tolerados por el periodonto.

B).- Anomalías de Curvatura:

En la curvatura anormal, el bolo alimenticio, es rechazado y la encía no recibe la estimulación mecánica del alimento, que podría compararse al masaje que se le proporciona a un músculo, para activar la circulación.

La ausencia de curvatura en la encía, produce un empaquetamiento y un área patológica en la encía marginal, en este caso el alimento actúa como un irritante en lugar de ser un estímulo.

C).- Anomalías de Posición:

a).- Versiones, cuando las piezas quedan fuera del arcodentario.

b).- Anomalías de Frenillo.- La inserción normal del frenillo es en encía alveolar, cuando traspasa esta zona y se fija en la encía insertada estará en una posición aberrante y en los movimientos de deglución, fonación y masticación va a ejercer una tensión constante sobre la encía insertada y la encía marginal, provocando una entidad patológica denominada Fisura de Stillman.

3.- Disfunciones:

a.- Anoclusión.- Fenómeno en el cual un diente o un nu--

mero de dientes no se ponen en contacto con sus antagonistas - en ninguno de los movimientos mandibulares.

b. - Oclusión traumática.- Cuando uno o varios dientes reciben estímulos mayores para lo que están destinados durante - la masticación.

#### Factores Generales o Sistémicos

La importancia en la identificación y el tratamiento --- tempranos de las manifestaciones a nivel bucal por alteracio-- nes sistémicas es de gran importancia y la responsabilidad del Odontólogo.

Las afecciones sistémicas afectan al campo dental por -- los siguientes mecanismos.

- a) Por producir síntomas y signos bucales;
- b) Por dar anomalías en la estructura y funciona --- miento de la cavidad oral;
- c) Por agravar lesiones bucales anteriores al disminuir- la resistencia del enfermo.
- d) Por alterar el curso y el pronóstico del tratamiento- de enfermedades dentales;
- e) Por producir reacción local como consecuencia directa del tratamiento que el paciente ha recibido.

Como resultado de las condiciones de la cavidad oral, --

los cambios en la lengua, la mucosa y los tejidos de sostén de los dientes son en ocasiones la primer indicación de un proceso patológico más grave en otra región de la economía.

En algunos casos nos podemos encontrar con alteraciones generales que actúan como factores modificantes, pero que sí no son causas directa de la enfermedad oral, pero sin embargo aunados a los factores locales predisponentes nos dan como resultado la aparición de lesiones graves a nivel Periodontal.

Con base en esto consideramos conveniente hacer una subclasificación dentro de estos factores Generales:

A.- Factores Predisponentes: Relacionados directamente con el medio bucal.

Factores Modificantes:

- a) Insuficiencia Vitamínica;
- b) Trastornos Hormonales;
- c) Discracias Sanguíneas;
- d) Alergias.

Los factores Generales pueden modificar la alteración y por lo tanto la reacción inflamatoria por cuatro razones:

- a) Alterando la defensa natural contra los irritantes de tipo local.
- b) Evitando la capacidad de reparación del tejido;
- c) Causando una respuesta hística anormal;

- d) Modificando la estabilidad nerviosa del paciente de modo que interviene la tensión.

### INSUFICIENCIA VITAMINICA

Vitamina A.

Generalidades:

Suele presentarse en el organismo como un éster de ácido graso; gran parte de esta vitamina proviene del aceite de pescado. Indispensable para mantener la estructura y función de los epitelios y glándulas, además para la síntesis de púrpura visual en la retina.

Manifestaciones Bucales por Insuficiencia:

Hipoplasia del esmalte y trastornos de amelogénesis en niños. Alteraciones mucosas de tipo hiperqueratosis ocasionando también agrandamiento gingival.

### COMPLEJO B.

Comprende cuando menos 15 factores biológicos distintos, aún desconocemos la composición química exacta de algunos factores, así como su importancia y significado en la nutrición humana.

En las deficiencias naturales en el hombre, es rara la -

carencia de un factor aislado del Complejo B así mencionaremos de manera general las manifestaciones bucales ocasionadas por la carencia de vitamina B.

Vitamina B. Tiamina

Factor Antineurítico:

Hipersensibilidad de dientes y mucosa. Crecimiento e hipertrofia de las papilas fungiformes. Vesículas en la unión mucocutánea del labio. Predisposición a erupciones herpéticas.

Vitamina B<sub>2</sub>-Riboflavina:

Queilosis angular, papilas hipertróficas y edematosas, Alteraciones inflamatorias en los bordes y punta de la lengua.

Acido Nicotínico

( factor P-P ).

Lengua y mucosas rojas y dolorosas con ulceraciones superficiales. En ocasiones Gingivoestomatitis ulceronecrótica.

Acido Fólico.

Ardor en lengua y mucosas, crecimiento de papilas. En ocasiones ulceraciones en lengua y mucosas, queilosis, gingivitis.

## Vitamina C.

### Generalidades:

Las lesiones de encía y mucosa bucal debidas al escorbuto son ampliamente conocidas por su frecuencia.

### Manifestaciones Bucales por Insuficiencia. Vit. C.

Hipertrofia de encía, congestionamiento, de color rojo - azulados, que sangran a la menor presión. Los tejidos son especialmente sensibles a la infección secundaria. Aliento putrido. Los factores locales, mala higiene y mal oclusión puede agravar el cuadro.

## Vitamina B<sub>6</sub>

### Piridoxina.

Labios fisurados, rojo y dolorosos, queilosis angular.

## Vitamina D.

Regular el metabolismo del Ca y fósforo, se forma a nivel de los tegumentos. Es factor causal directo de la formación de hueso.

### Manifestaciones bucales por insuficiencia Vit. D.

Sabemos que la vitamina D es de gran importancia en el período de formación de los dientes. Parecen existir pruebas-

clínicas de que una alta ingestión de vitamina D puede proteger contra la caries durante la infancia, aunque intervienen -- muchos otros factores, como la alimentación,

### TRASTORNOS HORMONALES

La endocrinología es una especialidad muy amplia e importante dentro de la Medicina General y de sumo interés para el Cirujano Dentista, ya que interviene en la calcificación de -- huesos y dientes, crecimiento de la cara y desarrollo dental.

Dichos trastornos endócrinos pueden actuar de manera pre-disponente o modificante en ciertas variedades de estomatitis y en general de la enfermedad periodontal, sin dejar de considerar a los factores locales.

### ASPECTOS GENERALES

#### GONADAS.

Las hormonas estrogénicas ejercen un efecto notable sobre la mucosa bucal y el tejido de soporte.

Su deficiencia significa la falta de queratinización y aumento de restos celulares, leucocitos y bacterias.

#### MANIFESTACIONES BUCALES:

La deficiencia de estas hormonas provocan trastornos --- bucales que pueden desencadenarse en Estomatitis Descamativa--

## CRÓNICA

### MENSTRUACION.

Algunos investigadores opinan que las infecciones bucales son un factor agravante de los trastornos menstruales, se ha podido observar que durante el 1er. día aumenta la fragilidad capilar.

Consideramos probable los cambios bucales durante la menstruación pero asociados a factores locales existentes, y rara vez son lo suficientemente amplios como para requerir atención profesional.

### MANIFESTACIONES BUCALES

Hiperemia gingival; dolor, hinchamiento y hemorragia a nivel de la encía marginal y papilas interdentarias.

Herpes labial o lesiones aftosas de la boca Hiperemia de tejidos parodontales y en ocasiones de pulpa.

Ulceras recurrentes de mucosa.

### EMBARAZO

Antiguamente se creía de que el embarazo traía como consecuencia serios daños para los dientes de la madre, los estudios y la experimentación clínica niegan rotundamente el antiguo adagio del " niño viene diente va ". Claro que no negamos-

ciertas alteraciones hormonales propias de embarazo, añadidas a los agentes locales directos.

#### MANIFESTACIONES BUCALES

Las alteraciones de las encías son más frecuentes en mujeres embarazadas con higiene bucal defectuosa.

Estudios han demostrado que disminuye el glúcogeno y los complejos carbohidratados proteínicos en la substancia base, todo acompañado de menor queratinización y finalmente gingivitis crónica en contrada en un 30 a 40% de mujeres embarazadas.

#### EMBIASIA

El signo más notable es la amenorrea, también se presentan alteraciones vasomotoras caracterizadas por bochornos. En ocasiones se aumenta rápidamente de peso con cambios esqueléticos de tipo osteoporosis. Se observan grados variables de inestabilidad emocional con períodos prolongados de depresión.

#### MANIFESTACIONES BUCALES

Sensación de ardor en los labios, principalmente la lengua y consecuentemente aumento de eritema y inflamación de papilas linguales y una variedad descriptiva de gingivitis.

## DIABETES

El Cirujano Dentista tiene una oportunidad excepcional para colaborar en el diagnóstico precoz de la diabetes, lo que permite controlar la evolución del padecimiento y evitar posibles complicaciones como la celuloacidosis paralelamente a la menor resistencia a las infecciones lo cual se manifiesta en ocasiones tempranamente en la cavidad oral. Siendo capaz de modificar el pronóstico de ciertas enfermedades bucales.

## MANIFESTACIONES BUCALES

Debido a la menor resistencia a las infecciones encontradas en los diabéticos es común encontrar cambios notables tempranamente. Las encías del diabético no controlado suelen mostrar un color rojo oscuro, edematoso, a veces hipertróficos.

Es típico encontrar una supuración dolorosa generalizada en encía marginal y papilas interdientarias. Los dientes son sensibles a la percusión y son comunes los abscesos radiculares.

En poco tiempo gran pérdida de tejido de sostén con la subsecuente movilidad dentaria.

## DISCRASIAS SANGUINEAS

" Alteraciones patológicas no muy frecuentes, pero de --

gran importancia desde el punto de vista odontológico, ya que en estos casos el paciente acude primeramente al Cirujano Dentista ".

## **ASPECTOS GENERALES**

### **ANEMIA:**

Reducción por debajo de lo normal de la cantidad de hemoglobina.

### **MANIFESTACIONES BUCALES:**

Hemorragia espontánea de la encía Petequias, palidez de la mucosa bucal. Ulceraciones, acompañadas de fiebre infecciones que responden al tratamiento.

### **LEUCEMIA:**

Aumento de Leucocitos.

Hipertrofia de la encía, hemorragias frecuentes sin causa aparente, ulceraciones, movilidad dentaria, odontalgias y - en casos graves necrosis de encía y mucosa bucal.

### **AGRANULOSITOSIS**

El número de granulocitos se encuentra muy por debajo de lo normal. Las manifestaciones iniciales suelen presentarse en

boca.

### **MANIFESTACIONES BUCALES**

Las lesiones típicas las constituyen zonas necróticas de forma irregular, en ocasiones contiguas a los tejidos gingivales y finalmente lesiones gingivales que afectan directamente al ligamento periodontal e incluso al hueso alveolar.

### **ALERGIAS**

Alteración específica, producida por exposición previa de un agente, que se manifiesta por una respuesta inmediata o tardía. Muchas veces la mucosa bucal es asiento de manifestaciones de hipersensibilidad o de verdadera alergia; por la abundante circulación y elasticidad de los tejidos bucales, no es raro que las manifestaciones alérgicas en boca den lugar a lesiones muy graves.

Ciertos fármacos pueden ser agentes directos de lesiones en boca.

ALERGIAS

ENFERMEDAD	FARMACO	MANIFESTACIONES BUCALES
Gingivitis Fibrosa.	Dilantín Sódico.	Encías lobuladas de color de rosa pálido, que a veces llegan a cubrir la corona del diente. Hipertrofia, degeneración-fibrosa.
Estomatitis Arsenical	Ingestión de fármacos que contienen arsénico	Pigmentación metabólica de la mucosa bucal, gingivitis, estomatitis, erosiones en los dientes y a veces necrosis de los maxilares.
Estomatitis Plúmbica	Exposición a sales de Plomo.	Línea metálica negra en la encía marginal.
Estomatitis Bismútica.	Ingestión de Fármacos que contienen -- Bismuto.	Línea metálica negra en la encía marginal. Lengua ennegrecida, dolorosa y con aumento de volumen.
Estomatitis Mercurial.	Ingestión de fármacos que contienen mercurio.	Gingivitis ulcerativa, salivación profusa, pigmentación --- gris plateada. Labios y lengua aumentados de volumen.
Estomatitis Fosfórica	Exposición a las sales fósforo.	Produce periostitis y osteomielitis. Movilidad dentaria.

## FACTORES PSICOSOMATICOS

Los factores Psicosomáticos se clasifican en:

- 1) Malos Hábitos;
- 2) Alteraciones Nerviosas.
- 3) Bricomania o Bruxismo.

1) Entre éstos tenemos como el morderse las uñas, tensiones -- musculares producidas por la contractura de los músculos mas-- ticadores, que trae como consecuencia zonas de destrucción, -- zonas de necrosis y hemorragias en el Ligamento Periodontal -- por disminución del espacio virtual.

La respiración bucal se cree que ejerce acción para la - deshidratación de la encía, con pérdida de la resistencia del- tejido, también pérdida de la acción protectora de la saliva o del equilibrio de la flora bacteriana.

Son muy numerosos y frecuentes los hábitos como el uso - incorrecto de palillos, lápices, clavos, instrumentos y muchos otros, que suelen llegar a causar destrucción gingival.

2) Los factores emocionales pueden ejercer acción directa so-- bre el Periodonto por la reacción, contra la tensión, o una -- acción indirecta debida a uno o más factores como dieta inadecuada, insomnio, higiene oral deficiente o el consumo excesivo de tabaco.

Ansiedad aguda.- Características predominantes en el desencadenamiento de lesiones agudas ( Gingivitis Necrosante Ulcerosa ).

La fatiga y Nerviosidad.- En la precipitación de la enfermedad.

La Ulcera Gástrica.- Que es el resultado de las tensiones emocionales del individuo en relación con el medio ambiente.

3) Bruxismo.- Suele descubrirse durante el interrogatorio y por los cambios en la relación corona clínica, raíz clínica.

#### D.- FACTORES YATROGENOS.

Alteraciones y verdaderos problemas ocasionados por el propio Cirujano Dentista. Estos vienen a ser factores causales primarios, convirtiéndose el C. D. en este caso en supervisor de la enfermedad en lugar de ser para el paciente prevención y solución a sus padecimientos.

a) Extensión excesiva de los bordes de las restauraciones.- van a originar una hendidura donde se acumulan los restos alimenticios convirtiéndose en una causa de irritación más intensa.

b) Extensión excesiva de los bordes de las restauracion. - Van a causar lesiones de tipo mecánico en los tejidos, facilita la acumulación de restos alimenticios.

c) Retención de cemento dental. - El cemento de oxifosfato retenido constituye un irritante mecánico más intenso ya que actúa de manera mecánica y química simultáneamente, y debido a su porosidad proporciona un excelente refugio a los microorganismos.

d) Restauraciones impropias de la anatomía de la corona. - Los contornos exagerados proporcionando un refugio a los restos alimenticios y a la materia alga, y los incorrectos permiten el trauma directo sobre la encía libre a la cual dejan sin protección.

e) Areas de Contacto. - Las áreas de contacto proximales demasiado grandes y planos crean una papila gingival cóncava con un pico en las caras bucal y lingual y una depresión de tejido blando entre ambos.

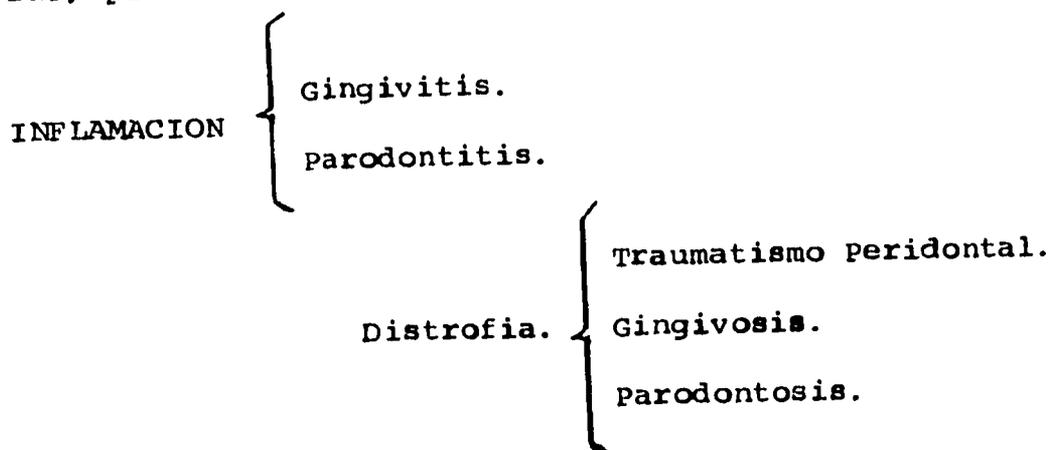
f) Penetración del borde cervical de las coronas por debajo de la encía. - El material protético en posición apical con respecto al borde de la encía libre hace difícil la conservación de la salud gingival.

CAPITULO IV

GINGIVITIS

- A). Síntomas y Signos Clínicos.
- B). Localización de la Gingivitis.

Antes de entrar de lleno al tema que nos ocupa consideramos conveniente hablar de la enfermedad periodontal en general, para la cual damos la siguiente clasificación.



Analizando esta clasificación diremos que la enfermedad periodontal puede afectar solamente a la encía y papila o llegar a invadir las formaciones más profundas, En el caso de que la infección sea a nivel de encía al trastorno se le da el nombre de Gingivitis.

Podemos decir también que es una alteración inflamatoria y la más común de las enfermedades de la boca.

Ya mencionamos la marcada frecuencia de la gingivitis -

simple, este hecho, y las pocas manifestaciones sintomatológicas apreciadas por el paciente, hacen que los enfermos se preocupen, poco, sin saber de las posibles complicaciones de las gingivitis no tratadas.

Las encías son zonas muy expuestas a causa de numerosos factores locales y generales de los que ya se habló.

Pues bien la gran variedad de estímulos que actúan sobre estos tejidos, en general relacionados con las funciones de la boca y su contenido, así como sus relaciones anatómicas y ambientales especiales, los hacen muy vulnerables,

- a) Síntomas y Signos Clínicos.
- b) Localización de la Gingivitis.

Al hablar de síntomas y signos clínicos, creemos necesario mencionar también la localización de la enfermedad gingival.

Alteraciones que afectan la Superficie de la Encía.

A.- Inflamación sin destrucción de la superficie.

- 1o. Gingivitis marginal
- 2o. Gingivitis difusa generalizada.
- 3o. Gingivitis difusa generalizada.

B.- Inflamación con destrucción de la superficie.

- 1o. Gingivitis ulcero-necrótica.
- 2o. Gingivoestomatitis Herpética.
- 3o. Gingivitis Descamativa.

#### 4o. Uceras orales.

A su vez podemos encontrar lesión de manera localizada o generalizada; además de que puede ser marginal, papilar y difusa según las zonas afectadas:

- 1.- Marginal: Afectando al margen gingival y en ocasiones a una parte de la encía adherida.
- 2.- Papilar: Afectando limitadamente a la papila interdental.

En el caso de la enfermedad gingival marginal, además de la lesión papilar existe lesión a nivel del margen gingival.

- 3.- Difusa: Afectando a la encía marginal y adherida, hasta una distancia correspondiente a lo largo de las raíces.

Así que podemos describir de manera más completa:

- 1.- Enfermedad marginal generalizada: Afecta a una o más zonas de la encía marginal.
- 2.- Enfermedad difusa localizada: Del margen al surco vestibular.
- 3.- Enfermedad marginal generalizada: Encía marginal de todos los dientes.
- 4.- Enfermedad difusa generalizada: Afecta a toda la encía y a la mucosa alveolar, desapareciendo la línea de separación entre ambos.

5.- Enfermedad papilar.

**Inflamación sin Destrucción de la Superficie.**

Clínicamente lo que observamos es la inflamación, localizada o generalizada, como signo primario también encontramos irritantes locales, pérdida del aspecto graneado de la encía normal, la superficie se vuelve brillante, la coloración puede ser roja en casos agudos o, si la inflamación data largo tiempo puede adquirir color magenta.

Las papilas suelen tener forma roma, plana, invertida o hipertrofica. En el caso de que la inflamación esté limitada a nivel de papilas se le da el nombre de Gingivitis papilar; en ocasiones también al márgen gingival.

**Inflamación con Destrucción de la Superficie.**

Reconocemos lesiones como la Gingivo-estomatitis Herpética y Gingivitis ulcero-necrótica.

La estomatitis herpética se caracteriza por la aparición de un grupo de vesículas sobre la base eritematosa. La gingivitis ulcero-necrótica nos muestra necrosis de las papilas interdentarias.

En resumen diremos que la inflamación gingival se caracteriza por alteraciones de la encía marginal y de las papilas.

Los cambios clínicamente observados se reducen a los siguientes:

- 1.- Cambios en la Coloración.
- 2.- Cambios en la textura: pérdida del puntilleo, aspecto brillante y liso.
- 3.- Edema.
- 4.- Cambios en el intersticio: ulceración del epitelio, sangrado.
- 5.- Cambios del margen gingival: crecimiento, bolsa virtual.
- 6.- Presencia de irritante local.

El paciente con frecuencia se queja de sangrado al cepillarse, o sin razón aparente. El dolor y la sensibilidad son síntomas de proceso agudo.

El estudio radiográfico no nos da muestras de alteración de la cresta alveolar.

#### CLASIFICACION DE LA GINGIVITIS

El reconocimiento de esta afección es de gran importancia, ya que tanto sus causas como sus signos y síntomas clínicos están relativamente bien establecidos por lo que puede prescribirse el tratamiento con bastante éxito.

a) Gingivitis Marginal Crónica.- Esta afección es debida a irritación local, la evolución puede verse modificada o alterada por la disminución de la resistencia hística o alteracio--

nes de tipo general; la lesión se limita a la zona de encía libre pero encontramos casos en la que llega a afectar encía adherida.

Las alteraciones inflamatorias del tejido lesionado manifiestan enrojecimiento, cianosis, edema, agrandamiento fibrótico.

El edema va a ocasionar que el surco se haga más profundo, dando lugar a la formación de la bolsa gingival o virtual.

En esta etapa la lesión no llega a afectar la adherencia epitelial. El paciente suele quejarse de sangrados frecuentes al cepillarse, al comer o bien sin causa aparente.

Raras ocasiones la lesión queda estacionada, más bien avanza, en caso de no atender la lesión primaria adecuadamente, lesionando encía gradualmente y subsecuente destrucción de fibras, formación de bolsa real y destrucción de hueso alveolar que dan lugar a la parodontitis.

b) Gingivitis Escorbútica.- Debido a la deficiencia de Vitamina C que primeramente produce escorbuto que se caracteriza por Diáfisis hemorrágica y retardo en la cicatrización de heridas.

Los signos clínicos de esta enfermedad son fatiga, letargía, anorexia, delgadez, petequias en la piel, epistaxis, edema de tobillos, anemia, etc.

La gingivitis puede preceder a las alteraciones antes mencionadas pero en si la deficiencia de vitamina C no causa gingivitis a menos que actuen irritantes locales, Es decir si un paciente con deficiencia de vitamina C presenta gingivitis ésta es originada por irritantes locales, claro que la deficiencia de vitamina C agrava la respuesta gingival ante la irritación gingival.

Características: Agrandamiento, edema, hemorragia, coloración rojo azuloso de la encía.

c) Gingivitis en el Embarazo.- Esta tiene su origen en los irritantes produciendo un cuadro clínico diferente del que produce en personas no embarazadas, por lo que podemos decir, que este estado es un factor modificante secundario con grado de afección diferente según el caso.

La intensidad de la lesión se intensifica a partir del 2o. y 3er. mes del embarazo.

Características Clínicas: vascularidad pronunciada, encías inflamadas, color que varía de rojo azuloso al rojo brillante, edema de encía marginal e interdientaria que se hunde a la presión, es de aspecto liso y brillante, blanda y friable, tendencia hemorrágica.

Estos cambios se presentan indoloros a excepción de que se encuentren complicados con infección aguda, úlceras margina-

les, etc.

La encía inflamada forma masas circunscritas de aspecto - tumoral denominados tumores del embarazo que es idéntico al granuloma piógeno y parece ser una extensión de la hiperplasia inflamatoria, este tumor crece desde las papilas interdientarias y su tamaño es variable.

d) Gingivitis Menopáusica (Gingivitis Atrófica Senil).- - Lesión que trae consigo signos y síntomas leves con los primeros trastornos menopáusicos, aunque no es un estado común.

La disminución de estrógenos es un factor etiológico importante, pero asociado siempre a irritante local.

Características Clínicas.- Disminución de la secreción salival y como consecuencia la encía y el resto de la mucosa bucal son secas, brillantes y fácilmente hemorrágica, el color varía entre la palidez o el enrojecimiento anormal.

Las sensaciones del gusto suelen estar alteradas como resultado del cambio que sufren los epitelios lo que indica atrofia de las papilas, los pacientes se quejan de una sensación de ardor.

Las prótesis son casi intolerables para los tejidos, encontrándose en ocasiones tejido necrosado en la zona de apoyo -

Dichas manifestaciones suelen intensificarse con el tiempo, llegando a presentar zonas con lesiones descamadas de forma irregular y eritematosa, variedad de gingivitis descamativa.

Generalmente las pacientes menopáusicas emocionalmente son muy sensibles debido al stress producto del lógico cambio de vida que en algunos casos provoca cancerofobia.

e) Gingivitis Herpética o Viral.- Infección de la cavidad oral ocasionada por el virus Herpes Simplex, con frecuencia el cuadro clínico se ve alterado por infecciones bacterianas secundarias. Se encuentra con mayor frecuencia, estos casos en lactantes y niños menores de 6 años, también se ve en adolescentes y adultos tanto en hombres como en mujeres.

Características Clínicas.- La infección aparece como una lesión difusa eritematos y superficie brillante de la encía, la mucosa bucal adyacente en grados variables de edema y hemorragia gingival.

En su primera etapa se presentan vesículas circunscritas-esféricas, grises localizadas en encía, mucosa labial o bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. Aproximadamente a las 24 horas las vesículas se rompen dando lugar a pequeñas úlceraciones dolorosas.

En ocasiones nos encontramos que no presenta una etapa inicial definida variando el cuadro clínico en el que encontramos coloración eritematosa difusa brillante y agrandamiento edematoso de la encía con tendencia a la hemorragia.

La enfermedad dura entre 7 y 10 días, el eritema gingival difuso y el edema que aparece inicialmente persisten algunos

dias después que las úlceras han curado sin dejar cicatrices.

f) Gingivitis Descamativa Crónica.- Trastorno gingival poco común fué descrita por Tomes el que le dio el nombre de Gingivitis Descamativa Difusa Crónica. Esta enfermedad es más frecuentemente diagnóstica en mujeres, después de los 30 años, pero en ocasiones se presenta a cualquier edad después de la pubertad y así mismo en hombres.

Se puede manifestar también en bocas desdentadas.

Aspecto Clínico.- Este tipo de Gingivitis se desencadena en diferentes grados, sigue su sintomatología y apariencia clínica cuya característica es la falta de queratinización del tejido.

En la forma leve clínicamente se observa eritema difusa de la encía marginal, interdientaria e insertada, este estado es indoloro, pero es detectable porque existe cambio de color generalizado. Esta forma es más común en mujeres entre 17 y 23 años de edad generalmente sin síntomas generales de desequilibrio hormonal.

La forma moderada presenta manifestaciones más marcadas y es común en personas de 30 a 40 años, la encía marginal o insertada presenta manchas rojo brillante y zonas grises. La superficie de la encía se torna lisa, brillante y blanda, que a la presión se deprime levemente, observandose que el epitelio no se -

adhiera a los tejidos subyacentes, además de que la más leve es timulación este epitelio se descama dejando expuesto tejido conectivo que es sangrante.

Sintomatología.- Los pacientes refieren una sensación de ardor y sensibilidad a los cambios térmicos y que al inhalar - aire por la boca sienten dolor, no soportan los alimentos condimentados ni el cepillo ya que éste ocasiona desnudación de la - superficie gingival lo que provoca dolor.

La forma severa se manifiesta con áreas irregulares en - las cuales la encía se encuentra desnudada y de coloración rojo magenta. Al quedar expuesto el tejido epitelial se torna friable, fácilmente desprendible, con lo que algunos vasos superficiales se rompen y liberan un líquido acuoso observándose una - superficie roja.

Etiología.- Se dice que trata de un estado degenerativo - cuyas alteraciones inflamatorias son secundarias por tal motivo se ha dado en llamar gingivosis.

Sin embargo se mencionan como factores etiológicos el - equilibrio hormonal, deficiencia de estrógenos y testosterona - en la mujer y en el hombre respectivamente, además de deficiencias nutricionales, todo esto aunado a factores locales predisponentes los que vienen a agravar el cuadro.

g) Gingivitis Necrosante Ulcerosa.- Podemos decir que es una lesión inflamatoria inespecifica aguda, necrosante encontrada en el margen gingival y que abarca el epitelio escamoso estratificado y al tejido conectivo subyacente.

Al ser lesionado y destruido el epitelio superficial es reemplazado por una pseudomembrana que consta de fibrina, células epiteliales necróticas, leucocitos polimorfonucleares y diferentes clases de microorganismos. Existe hiperemia intensa en el tejido conectivo subyacente, esta zona es la que clínicamente se observa como la línea eritematosa localizada por debajo de la pseudomembrana.

Todo este cuadro microscópico es inespecífico ya que otro tipo de lesiones traumáticas, por irritantes químicos por drogas escarificadoras presentan un cuadro microscópico similar.

Diagnóstico.- Es muy importante elaborar un buen estudio para lograr un diagnóstico adecuado, que en ocasiones se puede encontrar con otras lesiones que presentan aspectos semejantes de la Gingivitis ulceronecrosante, como es el caso de la Gingivo-estomatitis Herpética, Bolsas periodontales crónicas, Gingivitis Descamativa, Gingivitis Estreptocócica y lesiones diftéricas y sifilíticas además de otras.

Etiología: Las opiniones sobre la etiología bacteriana de la Gingivitis necrosante ulcerosa se encuentran divididas. Al-

gunos autores respaldan el concepto de que en la etiología primaria se hallan siempre espiroquetas y bacilos fusiformes además de otros.

MacDonal, Rosebury y Dark describen el complejo fusoespiroquelal que consta de: *Treponema microdentium*, *Borrelia buccalis* y *Borrelia Vincent*, también se encuentra en discusión el hecho de que se produzca por contagio o no.

Por lo consiguiente decimos que no ha quedado establecida la etiología específica de la gingivitis ulceronecrosante. Predominado el concepto de que es una enfermedad de tipo fusoespiroquetal que provoca cambios en el tejido, facilitando de este modo la actividad patógena de las bacterias. •

Entre los factores predisponentes generales pueden ser: - deficiencia nutricional, enfermedad debilitante, etc.

Etiológicamente los factores psicossomáticos son de gran importancia en esta enfermedad ya que es muy común que la historia del paciente no revela datos de tensión emocional, perturbaciones psicológicas, acompañadas de mayor aumento en la secreción cortico suprarrenal.

Aún no queda establecido a que grado los factores psicológicos crean o predisponen a la lesión, pero alteraciones en las respuestas capilares digitales y gingivales hacen pensar en la hiperactividad nerviosa autónoma.

La gingivitis ulceronecrosante aguda puede aparecer a --

cualquier edad, pero es más frecuente entre los 20 y 30 años y entre los 15 y los 20 años de edad.

La enfermedad aparece con brotes característicos de epidemia, lo cual no significa que sea contagiosa. Pero en si es posible que los grupos afectados adquieran la enfermedad por la presencia de factores **predisponentes** comunes, más no porque se propague de una persona a otra.

## CAPITULO V

### TRATAMIENTO

Se debe planear el tratamiento tomando en cuenta el estado de salud general del paciente, ya que alteraciones orgánicas existentes vienen a modificar el tratamiento paliativo.

#### a) Gingivitis Marginal Crónica.

Como tratamiento debemos instituir medidas higienicas adecuadas y eliminar la causa ( en este caso el irritante local ).

#### b) Gingivitis Escorbútica.

Tratamiento.- Puede ser conveniente la terapéutica a base de Vitamina C ( de 300 a 500 mg. al día repetido en varias tomas ) una semana antes y una semana después de realizado el tratamiento local, que es en éste y en otros casos es primordial para le éxito del tratamiento.

#### c) Gingivitis en el Embarazo.

Tratamiento.- Los casos leves de hipertrofia gingival durante el embarazo suelen responder a un tratamiento conservador, observando una higiene bucal satisfactoria, puede ser de utilidad la aplicación local de astringentes leves como son

los ( colutorios orales ).

La mayor parte de las lesiones desaparecen espontánea --  
mente algunos meses después del alumbramiento, por lo cual es--  
tá indicado un tratamiento expectante.

d) Gingivitis Menopáusica ( Gingivitis Atrófica Senil ).

Tratamiento.- Muchos de los síntomas desaparecen con una  
terapéutica a base de estrógenos y Vitaminas. Además del con--  
trol adecuado por parte del Cirujano Dentista sobre la higiene  
bucal de la paciente se obtendrán resultados satisfactorios.

e) Gingivitis Herpética o Viral.

Tratamiento.- En este caso debemos instituir un trata --  
miento de sostén, podemos recomendar un lavado bucal suave pa--  
ra mejorar la higiene bucal y reducir la población microbiana.

Los anestésicos locales en forma de enjuague antes de---  
las comidas alivian momentáneamente el dolor permitiendo con--  
servar una alimentación satisfactoria.

Puede aplicarse microbianos locales, como terapéutica ge  
neral de sostén Complejo B asociado con Vitamina C.

f) Gingivitis Descamativa Crónica.

Tratamiento.- No se conoce un tratamiento específico. La  
terapéutica con estrógenos locales o generales no siempre ha--

dado resultados positivos.

Según Older una combinación de pomada anestésica adicionada a concentraciones elevadas de Vitamina A y D es eficaz y ayuda a restablecer el estado del epitelio.

Posteriormente Zegarelli y Col encontraron que una pomada con 0.5 % de prednisolona resultó eficaz en un caso de gingivitis descamativa crónica.

Sin embargo puede ser útil el masaje de las encías, primeramente con copas de caucho y posteriormente con cepillos blandos para favorecer la queratinización de los tejidos.

#### g) Gingivitis Necrosante Ulcerosa.

Tratamiento.- Consiste en aislar las zonas más atacadas, limpiando suavemente con torundas de algodón tratando de eliminar la pseudomembrana y los residuos superficiales no adheridos.

Por lo general el paciente acude a la tercera cita, sin molestia alguna, clínicamente podemos observar cierto eritema en las zonas más afectadas. En esta cita se repite el raspado y curetaje, se le enseña al paciente técnica de cepillado y los procedimientos para el control de placa esto es necesario para el éxito del tratamiento y el mantenimiento de la salud del periodonto.

Le indicamos al paciente suspender los colutorios ci-

tándolo nuevamente para efectuar el raspado y alisado de las su perficies dentarias.

Es común que el tratamiento sea suspendido por el pa--  
ciente ya que han cedido todas las molestias, pero en realidad--  
es aquí cuando el tratamiento requiere mayor atención, hecho --  
que debe indicarse al paciente.

Al cicatrizar las lesiones características como res---  
puesta al tratamiento, suelen dejar un margen gingival en forma  
de meseta, anfractuoso lo cual favorece la retención de alimen-  
to y por consiguiente a la recidiva de la inflamación gingival.

Esta posibilidad se elimina mediante el tratamiento -  
quirúrgico con este caso gingivectomía y gingivoplastia hecho -  
ésto no está por demás insistir en el control efectivo de la -  
placa por parte del paciente.

por la relación que existe entre las enfermedades gene  
rales y el tratamiento, se describen a continuación:

- 1.- Enfermedades generales que pueden afectar el curso  
de la enfermedad periodontal.
- 2.- Enfermedades que pueden limitar el tratamiento.
- 3.- Enfermedades que pueden contagiar al C.D.

Aunque haya desaparecido el dolor no es prudente hacer  
raspaje y curetaje demasiado profundas pues cabe la posibilidad  
de que se extienda la infección hacia los tejidos más profundos.

En general están contraindicadas las extracciones o el legrado, hasta después de 4 semanas, cuando el paciente se encuentra sin síntomas y evitar así la posibilidad de un exacerbación de la sintomatología aguda.

Una vez efectuado lo anterior se manda al paciente a su casa recomendándole no tomar bebidas alcohólicas, no fumar, evitar condimentos, ejercicios prolongados o exposiciones al sol, deberá enjuagarse cada 2 horas con una solución a partes iguales de agua tibia y agua oxigenada.

Efectuar su cepillado, el cual estará limitado a la eliminación de residuos superficiales, mediante un cepillo suave. Se le recomienda también el uso del hilo dental e irrigación a presión mediana.

Por lo general al siguiente día del tratamiento el paciente se encuentra en mejores condiciones, el dolor ha disminuido o desaparecido, las zonas atacadas están eritematosas ya sin la pseudomembrana. Entonces procedemos a la eliminación de factores predisponentes mediante el curetaje suave de la encía.

Es importante la eliminación completa de los irritantes locales para el éxito del tratamiento en caso de que existan, eliminar zonas de contacto alterados, irregularidades en los bordes de las obturaciones, etc.

En general la oclusión debe ajustarse para evitar en lo más posible la impacción de alimentos y los traumatismos por

oclusión. Se cita al paciente al siguiente día dándole las mismas instrucciones de la cita anterior, en caso de que el uso del agua oxigenada provocara efectos molestos se usará solo el agua tibia para los enjuagatorios.

En el primer grupo cabe mencionar:

a) Diabetes Mellitus.- Que limita las defensas naturales contra los irritantes o bien limitando la capacidad restauradora.

b) Gestación.- Durante el embarazo la reacción ante irritantes es exagerada. De no existir alteraciones durante el embarazo puede efectuarse el tratamiento completo, en este caso, las intervenciones quirúrgicas han de quedar terminadas entre el 3er. y 6o. mes de gestación.

c) Menopausia.- Suele trastornar de tal grado a la paciente que en esta circunstancia están indicadas las medidas paliativas hasta que se encuentre debidamente controlada y adaptada a este período de modificaciones hormonales.

d) Deficiencias nutricionales, stress y desequilibrios endócrinos.- Disminuyen la resistencia y la capacidad de reparación de los tejidos. En estos casos se establecerá un tratamiento periodontal paliativo hasta que se corrijan dichos estados.

e) **Afecciones Dermatológicas.**- Algunas alteraciones de este tipo como el escleroderma difuso, hacen insegura la terapéutica periodontal ya que los efectos generales de dicha enfermedad constituyen una contraindicación.

En el segundo grupo, enfermedades que pueden limitar el tratamiento:

a) **Afecciones cardiovasculares.**- En pacientes con alteraciones cardiovasculares es necesario obtener por parte del médico tratante una autorización para efectuar el tratamiento.

b) **Discracias sanguíneas y enfermedades hemorrágicas.**- El tratamiento clínico de estos pacientes provoca algunas dificultades.

c) **Trastornos Nerviosos.**

En el tercer grupo enfermedades que pueden contagiar al C.B.

a) **Enfermedades Infecciosas.**- Lesiones orales producto de enfermedades, tales como sífilis y tuberculosis.

b) **Hepatitis vírica.**- Para tal caso es recomendable el uso de guantes durante el tratamiento del paciente afectado, deberá separarse el instrumental con el que se trató al paciente para su especial esterilización.

En general el tratamiento periodontal consiste, principalmente, en procedimientos locales, recordando que casi siempre la enfermedad gingival producto de la acción de factores locales por lo tanto el tratamiento local es en ocasiones suficiente dando resultados satisfactorios; pero cuando se sospecha alguna causa sistémica se aplica entonces una terapéutica sistémica, complemento del tratamiento local.

#### Tratamiento Básico Local:

1.- Tratamiento de Tejidos Blandos.- Eliminación de la inflamación gingival, bolsas y los factores causales. Estableciendo así el contorno gingival y las relaciones mucogingivales que den como resultado la preservación de la salud periodontal.

2.- Tratamiento de la Fase Funcional.- Consiste en - eliminación de caries, corrección de ~~emergentes~~ y restauraciones defectuosas; remodelado de superficies proximales que nos proporcionarán el contacto proximal adecuado y áreas de escape para los residuos alimenticios.

3.- Tratamiento de la Fase Sistémica.- Efectuando en coordinación con el médico general y el C.D.

4.- Tratamiento.- Consiste en la enseñanza al paciente del control de placa y de los cuidados de higiene que deberá te

ner a su boca.

Tratamiento a base de gingivectomía:

En algunos casos será necesario efectuar procedimientos más extensos, como puede ser la eliminación de bolsas y gingivectomía y viene a ser la clave del tratamiento periodontal.

Eliminación de bolsas:

Puede tratarse para su eliminación de dos formas:

1.- Mediante raspado y curetaje: alizando la zona radicular a intervalos regulares y una buena higiene bucal nos dan resultados positivos; o bien:

2.- Mediante técnicas quirúrgicas, que incluyen la Gingivectomía. En el primer caso está indicado cuando existen bolsas supraóseas, en el que la pared de la bolsa sea edematosa. - Si la pared se presenta firme y fibrosa se pasará en recurrir a procedimientos quirúrgicos sea cual sea la profundidad de la bolsa.

Por lo tanto la gingivectomía estará indicada en presencia de bolsas supraóseas profundas en el caso de que la pared se presente fibrosa, y en Gingivitis que nos dejan encías papilas irregulares que vienen a ser un factor decisivo de residivas (Gingivoplastia).

## CONCLUSIONES

Debido a que las Gingivitis agudas no tratadas progresan casi siempre hacia una gingivitis crónica y posteriormente a una Parodontitis, es de vital importancia un diagnóstico precoz y oportuno.

Lo importante es procurar por todos los medios a nuestro alcance el prevenir estas lesiones, que es un hecho perfectamente establecido que podemos lograr esta prevención en la mayoría de los casos, si el Cirujano Dentista pone más empeño en ello. Para lograrlo debemos pensar que tanto los tejidos sanos como los enfermos requieren de atención esmerada, recordando que es una obligación conservar la salud de los tejidos parodontales.

La mayoría esta de acuerdo que la enfermedad parodontal es un estado crónico que ha tenido su principio mucho antes -- que el Cirujano Dentista o el paciente lo descubra. Así mismo se inicia en una forma incidiosa y de progreso muy lento. Los síntomas son ligeros y oscuros de tal manera que su presencia es desconocida hasta que con el tiempo la afección se agudiza y existiendo síntomas subjetivos y objetivos que son, principalmente molestos.

Como el paciente no se da cuenta que tiene algún padecimiento gingival, en los estados incipientes, es necesario insistir en que se hagan los exámenes orales más minuciosos para poder advertir al paciente sobre el estado de su tejido parodontal.

El tratamiento inmediato hace necesario el amplio conocimiento por parte del C. D.; de estos padecimientos los cuales debe saber diferenciar y tratar correctamente así como la cooperación del paciente.

Al mismo tiempo procurar eliminar todas las causas potenciales en los pacientes, teniendo la precaución de no ir a crear condiciones que favorezcan o provoquen las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

- Thoma.- Patología Bucal.  
K. H. Thoma. Editorial Uteha.  
2a. Edición en español traducida de la 4a. edición en inglés.
- Orban.- Histología y embriología bucodental.  
Prof. Balin Orban. Editorial Labor, S. A.  
3a. Edición en español traducida de la edición en Inglés.
- Glickman.- Periodontología Clínica.  
Dr. Irving Glickman, Editorial Interamericana.  
1a. Edición en español traducida de la 4a. edición en Inglés. 1974.
- Goldman.- Periodoncia, Paradontología.  
Goldman-Schluger-Cohen-Chaiken-Fos. Interamericana.  
1a. Edición.
- Burket.- Medicina Bucal, Diagnóstico y tratamiento.  
Dr. Lester W. Burket. Editorial Interamericana.  
6a. Edición en español traducida de la edición en Inglés.
- Diccionario Terminológico de ciencias médicas.  
Salvat Editores. 1972.
- Orban.- Periodoncia.  
Orban-Wentz-Everent-Grant. Editorial Interamericana.  
Cuarta Edición en Español.
- Shafer.- Tratado de Patología Bucal.  
Shafer-Hine-Levy. Editorial Interamericana.  
3a. Edición traducida al español.

Diamond.- Anatomía Dental.

Moses Diamond, D. D. S. Editorial Uteha.

2a. Edición en Español.