



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ALTERACIONES GINGIVALES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
Cirujano Dentista
P R E S E N T A :
Carlos Pérez Otero

MEXICO, D. F.



1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

PAGS.

Introducción..... 1

TEMA I

Características generales del parodonto en general.... 3

a) Encía..... 4

b) Ligamento parodontal..... 7

c) Hueso alveolar..... 11

d) Cemento..... 13

TEMA II

Características histológicas normales del parodonto... 16

a) Encía..... 16

b) Ligamento parodontal..... 21

c) Hueso alveolar..... 24

d) Cemento..... 26

TEMA III

Clasificación de las alteraciones gingivales..... 30

TEMA IV

Etiología de las alteraciones gingivales..... 32

a) Factores etiológicos locales o extrínsecos..... 33

b) Factores etiológicos sistémicos o intrínsecos..... 36

TEMA V

Las alteraciones gingivales..... 44

TEMA VI

Cirugía de las alteraciones gingivales..... 69

Conclusiones..... 79

Bibliografía..... 80

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

La parodoncia es la parte de la odontología que se encarga del estudio del parodonto, tanto en un estado de sa lud normal como con cualquier tipo de anomalía en este.

Al tema que se va a desarrollar no se le ha dado la importancia que realmente merece, sobre todo en lo que a los pacientes se refiere.

Cuando decimos que mayormente los pacientes no le dan una verdadera importancia a estas enfermedades, se debe principalmente a que las afecciones tardan en ser doloro sas, además de que el paciente no conoce realmente lo que es el parodonto ni su importancia, así como el estado clí nico normal del mismo.

El cirujano dentista debe de explicarle al paciente todo lo relacionado con el parodonto, esto tiene su importancia ya que la mayoría de los tratamientos de "Las altera ciones gingivales" es necesario una gran cooperación del pa ciente y sólo se puede obtener si este está plenamente convencido de sus fallas así como de la importancia del paro donto en todos sus aspectos.

En "Las alteraciones gingivales", que es el tema a desarrollar, se deberá de observar al parodonto en su forma normal tanto clínica como histol ógicamente, ya que si no se llega a conocer a fondo a este tejido no se podrá aplicar una terapia adecuada en cada uno de los casos de enfermedad gingival.

En este tema se van a desarrollar todas las enfermedades, alteraciones y en general todas las anomalías de la encía, siendo esta el primero de los cuatro tejidos que componen al parodonto (encía, ligamento parodontal, hueso alveolar y cemento); el que se pueda llegar a controlar todo este tipo de afecciones en la encía va a ser de gran importancia ya que eso evitará la lesión completa del parodonto y en la mayoría de los casos las enfermedades parodontales producen lesiones mayores que las gingivales llegando en algunos casos a dejar recurrencia y en otros hasta cicatriz.

En muchos casos la encía no llega a tener un estado normal ya que la "Gingivitis" principal enfermedad de este tejido, se presenta de muchas maneras y con una gran variedad de signos y síntomas.

Es sumamente importante conocer de una manera precisa a la encía en su forma, color, textura, consistencia, irrigación e irrigación, estructuras histológicas, etc.; ya que sólo de esta manera se le puede dar una atención favorable al paciente en cuanto a un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Si todos estos conocimientos no son bien aplicados o no se conocen lo suficiente, el Cirujano Dentista no puede aplicar la terapia adecuada y por consiguiente habrá una curación deficiente con sus respectivas consecuencias.

TEMA I

ASPECTOS CLINICOS NORMALES DEL PARODONTO EN GENERAL.

El parodonto es un conjunto funcional de tejidos, - los cuales son: la encía, el ligamento parodontal, el hueso alveolar y el cemento.

El parodonto es también conocido con los nombres de paradencio y periodonto, el cual no es una unidad anatómica con sus límites precisos.

La encía es considerada como el "Periodonto de protección" por sus importantes relaciones anatómicas, estructurales y funcionales con los otros tres tejidos parodontales (ligamento parodontal, hueso alveolar y cemento) que integran la articulación dentoalveolar conocida como "Periodonto de inserción".

El periodonto está sujeto a variaciones funcionales y morfológicas, como también a cambios con la edad cronológica.

Estos tejidos parodontales están organizados para - realizar funciones tales como: la inserción del diente en su alveolo; resiste y resuelve las fuerzas generadas por la masticación, fonación y deglución; mantiene la integridad de la superficie corporal separando los medio ambiente externo e interno; y da defensa contra las influencias noci -

vas del medio ambiente externo que se puedan presentar en -
la cavidad oral.

a).- E N C I A:

Es la parte de la mucosa bucal, de la mucosa masti -
catoria que rodea al cuello de los dientes y la parte adya -
cente del maxilar superior y la mandíbula; la encía suele -
terminar en sentido coronario a manera de filo de cuchillo -
con respecto a la superficie del diente.

La coloración de la encía sana es color rosa coral -
uniforme en toda la región que abarca, esto se debe al gra -
do de queratinización, irrigación, pigmentación y espesor -
del epitelio. A menudo la gente de piel oscura presenta pe -
queñas zonas pigmentadas y en algunos casos se presenta la -
encía de un color azul oscuro o marrón en su totalidad.

El tamaño de la encía será por la suma del volumen -
de elementos celulares e intercelulares y su vasculariza -
ción.

El contorno o forma de este tejido varía considera -
blemente, dependiendo de la forma de los dientes y su ali -
neación en las arcadas dentarias, tienen un contorno en for -
ma puntiaguda en los espacios interproximales hasta llegar -
al punto de contacto que se conocen como "Papilas interden -
tarias", las cuales con la edad van desapareciendo.

La encía tiene una consistencia firme y resilente, -

la cual está unida fuertemente al hueso alveolar subyacente a excepción del margen libre móvil. Su consistencia firme - se debe a la naturaleza colágena de la lámina propia y su - continuidad al mucoperiostio del hueso.

La textura de este tejido parodontal es conocida con el nombre de "Cáscara de naranja" y es por que presenta un-puntilleo, el cual le da ese aspecto; en los niños debido a la vascularización no existe ese puntilleo y la encía pre - senta una textura lisa uniforme.

El aporte sanguíneo proviene de tres fuentes que - son: las arterias supraperiósticas en las superficies fa - cial, lingual y palatina del hueso; las arterias interden - tarias localizadas en el hueso interproximal, que salen a - la cresta del proceso alveolar interproximal para irrigar - la encía; las arteriolas del ligamento parodontal son la - tercera fuente de irrigación de la encía.

Los nervios que inervan este tejido provienen de - los nervios vestibulares, linguales y palatinos; también - lo inerva la rama interdientaria del nervio alveolar.

Morfológicamente e histológicamente la encía se di - vide en tres zonas que son:

- 1.- Encía libre o encía marginal.
- 2.- Encía insertada o encía adherida.
- 3.- Encía interdientaria o papila interdientaria.

1) Encía Libre o Marginal.- Es la porción más coronaria de la encía, no está insertada al diente, al cual rodea en forma de collar o manguito y forma el surco gingival. Dicho surco está formado por el espacio entre la encía marginal y el diente, la profundidad del mismo es mínima, arbitrariamente establecida en 3 mm o menos.

Presenta su contorno en filo de cuchillo, esta delimitada apicalmente por el surco marginal libre, que es la demarcación entre la encía libre y la encía insertada. Su consistencia es firme y su textura suave.

En algunas personas la encía marginal está pronunciada, mientras que en otras personas estará ausente.

2) Encía Insertada o Adherida.- Se encuentra por debajo de la encía marginal, la encía adherida está firmemente unida al diente y al hueso alveolar subyacente. Presenta un contorno festoneado, una consistencia bastante firme y en su textura es donde se encuentra el puntilleo conocido como "Cáscara de naranja".

El ancho de la encía insertada en la zona vestibular varía de 1 mm. a 9 mm. dependiendo principalmente de los dientes involucrados, su posición en la arcada y la ubicación de los frenillos o inserciones musculares.

Está delimitada apicalmente por la unión mucogingival, la cual demarca el comienzo de la mucosa alveolar. Está unida flojamente a las estructuras subyacentes, tiene una textura superficial suave, está cubierta por una delga-

da capa de epitelio y no puede resistir tanto contacto fricional como la encía libre o marginal.

3) Encía o Papila Interdentaria.- Es la porción de encía que ocupa el nicho gingival, que es el espacio comprendido entre dos piezas dentarias llegando por debajo del punto de contacto.

Esta estructura descrita a veces como de forma piramidal, es en realidad bastante irregular, presentando, de hecho dos pequeñas papilas, una vestibular y otra lingual con una concavidad en el centro de ambas papilas que se encuentra por debajo del punto de contacto y que recibe el nombre de "Col" o collado; por consiguiente la forma genérica que adopta la papila interdentaria, es de una tienda de campaña.

b).- LIGAMENTO PARODONTAL:

Es la verdadera unión entre el diente y el hueso alveolar, se efectúa por medio de un tejido conjuntivo rico en fibras de colágeno. Este tejido parodontal rodea al diente en su porción radicular y se continúa con el tejido conjuntivo de la encía, sin que exista una clara demarcación entre ellos.

Está situado en el espacio comprendido entre el hueso alveolar y el cemento dentario, está firmemente unido a ellos por fibras de colágeno y en su espesor contiene vasos y nervios lo que le ayuda a amortiguar bastante las presiones que se ejercen sobre los dientes.

Este tejido se desarrolla a partir del saco dentario, que es el tejido mesodérmico que rodea al germen dental. El saco dentario tiene tres zonas; una externa que desarrollará el hueso alveolar, la interna que origina el cemento y la intermedia zona fibrosa por excelencia de la cual se desarrollará el ligamento parodontal. Las fibras de este al principio no siguen ningún orden regular y se orientan perfectamente una vez que el diente llega a oclusión.

El grosor del ligamento parodontal varía en las distintas caras del diente y en las distintas porciones de la misma cara del diente. Normalmente es más delgado en la cara mesial del diente y más grueso en la cara distal, debido a la migración mesial del diente. Este tejido se adelgaza a nivel de la unión del tercio medio con el tercio apical de la raíz en todas sus caras, esto es debido a la movilidad normal del diente dentro de su alveolo, esta zona más delgada del ligamento parodontal está colocada a nivel del fulcro dentario. El grosor del ligamento parodontal también se relaciona directamente con la función de cada uno de los dientes.

La vascularización de este proviene de las arterias alveolares superiores e inferiores y llegan al ligamento parodontal desde los vasos apicales, vasos que penetran desde el hueso alveolar y vasos anastomosados de la encía.

La inervación del ligamento parodontal es muy abundante, se origina principalmente de las ramas de los nervios alveolares que se distribuyen en el ligamento parodontal antes de que este nervio penetre en el canal pulpar; se origina también de las ramas del nervio alveolar, que pene-

tran al hueso y que dan ramas que atraviezan la lámina dura del alveolo y se unen con las anteriores del ligamento.

El ligamento parodontal es también conocido como membrana parodontal; sin embargo, dado que sus principales estructuras y funciones se asemejan más a un ligamento que a una membrana, el término "Ligamento parodontal" tiene una aceptación universal. Otros términos que no son comunes son: pericemento, periostio dental, membrana alveolo dental y desmodontio.

El legamento parodontal tiene diferentes funciones, que se clasifican en cuatro, que son:

- 1.- Funciones físicas o mecánicas.
- 2.- Funciones formativas.
- 3.- Funciones nutricionales.
- 4.- Funciones sensoriales.

1) Funciones Físicas o Mecánicas.-Estas funciones son: la trasmisión de fuerzas oclusales, la fijación del diente dentro de su alveolo, mantener los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, la absorción de las presiones ejercidas sobre la pieza dentaria y la protección de los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas por medio de una envoltura de tejido-blando.

2) Funciones Formativas.- Son llevadas a cabo por - medio de muchas de las células del tejido conectivo. En toda la vida del diente, los cementoblastos forman continuamente cemento, los fibroblastos colágeno y los osteoblastos hueso.

Si el ligamento parodontal no está intacto, no sería posible la disposición continua de hueso y cemento, aunque este es el tejido que cada día se va engrosando más.

3) Funciones Nutricionales.- El ligamento parodontal le va a dar un aporte nutricional al cemento dentario, al hueso y en ocasiones a la encía; este aporte será por medio de las uniones de los vasos sanguíneos, además de proporcionar drenaje linfático.

4) Funciones Sensoriales.- Por la inervación que posee el ligamento parodontal, va a tener una sensibilidad propioceptiva y táctil, lo cual le permite percibir durezas al ser transmitida la presión o precusión sobre los dientes; un exceso de presión o estímulo en el periodonto, es registrado como dolor.

La masticación, la fonación, la deglución y todos los movimientos parafuncionales se van a ver muy influenciados y modificados por la sensibilidad propioceptiva que tiene el ligamento parodontal por los nervios que inervan al mismo.

c).- HUESO ALVEOLAR:

Propiamente dicho, es una capa de hueso compacto que proviene de la porción externa del saco dentario que forma la pared alveolar donde se alojan las raíces de los dientes y en el cual se insertan las fibras del ligamento parodontal. Por ese último motivo también se le conoce cómo hueso-fasciculado.

Se le conoce también con el nombre de "Lámina cribiforme" por que presenta gran cantidad de perforaciones a través de las cuales pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento parodontal.

El maxilar superior y la mandíbula se pueden dividir arbitrariamente en dos porciones distintas, el hueso alveolar o proceso alveolar y el resto del hueso; no hay una línea de demarcación entre ellos debido a que el tejido óseo de ambos es idéntico, la única diferencia es que el hueso alveolar tiene un elemento funcional adicional con relación al resto del hueso y dicho elemento es el que le va a dar su única función al hueso alveolar que es la de dar soporte a las piezas dentarias. En el hueso alveolar se van a encontrar los alveolos dentarios.

El grosor del hueso alveolar lo van a dar los dientes, que son los responsables de la formación de este; por consiguiente, el grosor será siguiendo la alineación de las piezas dentarias en las arcadas. Además, el grosor del hueso alveolar ejerce influencia directa sobre la forma externa del mismo.

En esta estructura parodontal existe una estructura conocida como "Tabique interdentario" que se compone de hueso esponjoso y está limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual. Por lo general, los tabiques interdentarios de las piezas posteriores son más anchos y poseen más hueso esponjoso que los tabiques de las piezas anteriores.

El contorno óseo externo del hueso alveolar se adapta a las prominencias de las raíces de los dientes y las de precisiones verticales intermedias de las mismas.

El aporte sanguíneo del hueso alveolar proviene de las ramas de la arteria alveolar. Los vasos del periostio corren sobre las caras vestibular y lingual del hueso. El aporte mayor proviene de los vasos alveolares que pasan por el centro del tabique interdentario y manda ramas laterales desde los espacios medulares y por los canales a través de la lámina cribiforme hacia el ligamento parodontal. El va so interdentario se dirige hacia arriba para irrigar la cresta que corresponde a la papila interdentaria.

El proceso alveolar está dividido de acuerdo a sus relaciones anatómicas con los dientes que lo rodean en tres tipos, que son:

1.- Hueso interproximal.- Es el hueso que se encuentra entre las raíces de los dientes vecinos.

2.- Hueso Interradicular.- Es el hueso que se encuen tra entre las raíces de los dientes multirradiculares.

3.- Hueso Radicular.- Es el hueso que se encuentra - en las superficies vestibular y lingual de las raíces den tarias.

El hueso o proceso alveolar sano rodeará a las raí - ces de los dientes hasta 1 mm. ó 2 mm. arriba de la unión - cemento-adamantina.

d).- CEMENTO:

Es un tejido conectivo especializado, calcificado, -- que cubre totalmente la superficie de la raíz anatómica del diente.

La formación del cemento se produce sólo después de - que se ha formado la dentina radicular bajo la influencia - de la vaina de Hertwing. Una vez calcificada la matriz den - tinaria, la vaina de Hertwing degenera y deja establecido - el contacto entre las superficies dentarias y la parte in - terna del saco dentario, que será luego sustituida por el - cemento.

El grosor de este tejido parodontal varía considera - blemente, dependiendo del lugar donde se mida la raíz, sien - do la porción más gruesa a nivel apical adelgazándose gra - dualmente hacia la porción cervical de dicha raíz. Por lo - general, la aposición de cemento aumenta en relación lineal con la edad de los dientes sanos.

La unión entre el cemento y el esmalte de la región-

cervical de los dientes es variable, hallándose las siguientes relaciones:

1.- El cemento sobrepasa el borde cervical del esmalte una corta distancia.

2.- El cemento y el esmalte se hallan en contacto, sin superposición alguna.

3.- No hay unión amelocementaria, por que no existe el cemento cervical.

Por lo general, la unión del cemento y la dentina es lisa en los dientes permanentes; en algunos casos, es sinuosa o rugosa en los dientes de la primera dentición.

En algunos casos, la dentina está separada del cemento por una capa que contiene células irregulares y grandes, con características cementarias. Esta capa celular recibe el nombre de "Cemento intermedio".

El cemento es de dos tipos, celular y acelular. Sus funciones no tienen diferencia entre ellos; estas funciones son: la unión de las fibras del ligamento parodontal al diente; la compensación de la pérdida de sustancia dentaria debido al desgaste oclusal, al hacer que crezca el ápice del diente en la erupción continua; permite, por deposición continua, la erupción vertical y la migración mesial del diente; en algunos casos de fracturas horizontales de raíz, puede repararlas, creando una banda de cemento que une los fragmentos; por su aposición puede aislar y sellar los-

conductos radiculares de piezas dentarias tratadas endodónticamente y en algunos casos de dientes con pulpas no vitales; regula, junto con el hueso alveolar, el grosor del ligamento parodontal.

Todas estas funciones se llevan a cabo sin menospreciar la función del diente en la cavidad oral; así, el cemento puede reabsorberse en lugares localizados, parcial o totalmente en su grosor y depositarse de nuevo, para devolver la fijación al diente.

TEMA II

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS NORMALES
DEL PARODONTO.

El parodonto asegura la inserción de los dientes en los huesos maxilares, por medio de una articulación fibrosa del tipo de las gonfosis proporcionando así un aparato sustentador elástico, capaz de resistir las fuerzas normales - propias de la función de cada uno de los dientes. Permite - que las piezas dentarias queden ajustadas en su posición - cuando se les somete a tracciones.

La composición de los cuatro tejidos que componen al parodonto varía considerablemente. El hueso alveolar y el cemento son tejidos mineralizados con una composición similar, es decir, alrededor del 65% de material inorgánico, - 25% de sustancia orgánica y 12% de agua, estos porcentajes - estas basados en el peso del parodonto en fresco. La encía - y el ligamento parodontal son tejidos blandos totalmente, - es decir, contienen un 100% de sustancia orgánica.

a).- E N C I A:

Como se dijo en el capítulo anterior, la encía his - tológicamente está dividida en tres zonas (encía libre o - marginal, encía insertada o adherida y encía o papila in - terdentaria); por lo cual, este tejido parodontal, será des - crito microscópicamente por dichas zonas.

1.- Encía Libre o Marginal.- Consta de un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio escamoso es tratificado. El epitelio de la superficie externa y de la cresta de la encía es queratinizado o paraqueratinizado, el epitelio de estas regiones de la encía marginal también puede ser de ambos tipos; se localizan prolongaciones epiteliales prominentes que se continúan con el epitelio de la encía adherida. El epitelio de la superficie interna no es queratinizado ni paraqueratinizado y forma el tapiz del surco gingival.

El tejido conectivo de la encía es densamente colá geno y tiene un importante grupo de haces de fibras colágenas, al cual se le denomina "Fibras gingivales". Este grupo de haces de fibras colágenas tiene la función de mantener la encía marginal firmemente adosada al diente, con locual la pieza soporta las fuerzas masticatorias por la rigidéz que proporcionan dichas fibras. Las fibras gingivales también tienen la función de unir la encía marginal con la encia insertada y el cemento radicular.

Las fibras gingivales se clasifican en tres diferentes grupos, que son:

1-A).- Grupo gingivodental.

1-B).- Grupo circular.

1-C).- Grupo transeptal.

1-A).- Grupo Gigivodental.- Son las fibras de las superficies vestibular, lingual e interproximal. Están incluidas en el cemento por debajo del epitelio, en la base del surco gingival. En las superficies vestibular y lingual se dirigen desde el cemento, como si fuera un abanico, hacia la cresta y la superficie externa de la encía marginal, termina su proyección cerca del epitelio. Las fibras gigivodentales también se extienden sobre la cara externa del periostio del hueso alveolar en sus superficies vestibular y lingual, llegando a la encía insertada o uniéndose con el periostio. En la región interproximal, dichas fibras se proyectan hacia la cresta de la encía interdientaria.

1-B).- Grupo Circular.- Estas fibras se dirigen a través del tejido conectivo de la encía marginal y la papila interdientaria, rodeando a la pieza dentaria a manera de un anillo.

1-C).- Grupo Transeptal.- Estan localizadas interproximalmente; las fibras transeptales forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos. Estan en la zona que se forma entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdientario; en ocasiones dichas fibras se clasifican con las fibras principales del ligamento parodontal.

La encía clínicamente sana, presenta pequeños focos de plasmocitos y linfocitos en el tejido conectivo, cerca de la base del surco gingival.

Los mastocitos son numerosos en el tejido conectivo de la encía libre, contienen gran variedad de sustancias biológicamente activas como son la histamina, las enzimas-

proteolíticas-esterolíticas que son sustancias de reacción-lenta, las lipolecitinas y la heparina que es un factor de reabsorción ósea. La función de los mastocitos es la de elevar la resistencia local a agentes agresivos por el estímulo a la respuesta inflamatoria de las sustancias químicas - de estos.

La encía marginal forma la pared blanda del surco - gingival y se encuentra unida al diente en la base del surco por la adherencia epitelial. El surco gingival esta cubierto de epitelio escamoso estratificado muy delgado, no queratinizado y sin prolongaciones epiteliales.

La adherencia epitelial es una banda, a manera de collar, de epitelio escamoso estratificado. Esta se une al esmalte por una lámina basal conocida como "Membrana basal"; la cual está formada por una lámina densa que es adyacente al esmalte y una lámina lúcida, a la cual se le unen los hemidesmosomas.

La unión dentogingival es la unidad funcional formada por la adherencia epitelial y las fibras gingivales, esto se debe, a que las fibras refuerzan a la adherencia epitelial para asegurar la encía marginal a la pieza dentaria.

El surco gingival contiene un líquido llamado "Líquido gingival o líquido crevicular", este se filtra dentro del surco desde el tejido conectivo gingival, a través de la delgada pared del surco. Las funciones que tiene el líquido gingival son de limpiar el material del surco gingival, posee propiedades antimicrobianas y puede ejercer propiedad de anticuerpos en defensa de la encía. El líquido crevicular contribuye a la formación de placa y cálculos,

ya que es un medio para la proliferación microbiana.

Los componentes del líquido gingival son electrolitos, aminoácidos, proteínas plasmáticas, factores fibrolíticos, gammaglobulina G, gammaglobulina A, inmunoglobulinas, albúmina y lisozima, fibrinógeno y fosfatasa ácida.

2.- Encía Insertada o Adherida.- Se compone de epitelio escamoso estratificado y un estroma de tejido conectivo subyacente. Las diferencias del epitelio entre la encía libre y la insertada son una capa basal cuboidea; una capa espinosa de células poligonales; un componente granular de capas múltiples de células aplanadas con gránulos de queratohialina, basófilos prominentes en el citoplasma y núcleos hipercrómicos contraídos; y una capa cronificada queratinizada, paraqueratinizada, o ambas.

Los desmosomas son unas estructuras que se encuentran en la periferia de la célula y las conectan entre sí.- En la mucosa del paladar, la encía está altamente queratinizada y los desmosomas están modificados, esta modificación es en las membranas celulares que se encuentran engrosadas y separadas por una estructura de tres capas.

El epitelio escamoso estratificado de la encía insertada, se une al tejido subyacente de esta, por una lámina basal llamada también membrana basal, que se encuentra por debajo de la capa epitelial basal. Esta lámina o membrana basal se compone de una lámina densa y una lámina lúcida. Los hemidesmosomas de las células epiteliales basales se apoyan contra la lámina lúcida y se extienden dentro de ella.

La lámina propia de la encía adherida es el tejido - conectivo de la misma, siendo este densamente colágeno y - con pocas fibras elásticas. La lámina propia está formada - por una capa papilar subyacente al epitelio y una capa reti - cular contigua al periostio del hueso alveolar.

3.- Encía o Papila Interdentaria.- Cada papila cons - ta de un núcleo central de tejido conectivo densamente colá - geno, cubierto de epitelio escamoso estratificado. En el te - jido conectivo que forma el col se extienden fibras oxitalá - nicas. Este, se encuentra cubierto de epitelio reducido del esmalte, en el momento de la erupción y durante un período - posterior que se deriva de los dientes cercanos; este epite - lio se reduce en forma gradual y es reemplazado por epite - lio escamoso estratificado.

El epitelio reducido del esmalte es muy susceptible - a enfermedades y lesiones debido a que la protección propor - cionada por este tipo de epitelio no es la adecuada.

b).- LIGAMENTO PARODONTAL:

Los elementos histológicos más importantes que com - ponen este tejido parodontal son las fibras colágenas, dis - puestas en haces y que siguen un recorrido ondulado. Los ex - tremos de dichas fibras que se insertan en el hueso alveo - lar y el cemento, se les llama "Fibras de Sharpey".

Las fibras principales del ligamento parodontal se - clasifican en seis grupos que son:

- 1.- Grupo transeptal.
- 2.- Grupo de la cresta alveolar.
- 3.- Grupo horizontal.
- 4.- Grupo oblicuo.
- 5.- Grupo apical.
- 6.- Grupo interradicular.

1) Grupo Transeptal.- Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen sobre el cemento de los dientes subyacentes. Las fibras transeptales constituyen un hallazgo notablemente constante, se reconstruyen incluso una vez producida la destrucción de hueso alveolar en la enfermedad parodontal, aunque a un nivel más apical.

2) Grupo de la Cresta Alveolar.- Estas fibras se extienden oblicuamente desde la cresta alveolar hasta el cemento inmediatamente debajo de la adherencia epitelial. Su función es la de equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener al diente dentro de su alveolo y a resistir los movimientos de lateralidad de la pieza dentaria.

3) Grupo Horizontal.- Estas fibras se extienden en ángulo recto respecto al eje longitudinal del diente, desde el cemento hacia el hueso alveolar. Su función es igualmente la de resistir fuerzas laterales.

4) Grupo Oblicuo.- Es el más grande grupo de fibras del ligamento parodontal; se extienden desde el cemento en dirección coronaria, en sentido oblicuo respecto al hueso.- Su función es la de soportar el grueso de las fuerzas masticatorias, transformándolas en tensión sobre el hueso alveolar.

5) Grupo Apical.- Estas fibras se irradian desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo. En las raíces que no se han formado completamente no existirán dichas fibras.

6) Grupo Interradicular.- Estas fibras se extienden del cemento en las bifurcaciones de los dientes multirradiculares hacia el hueso dentro de las mismas bifurcaciones.

Otras fibras del ligamento parodontal son las que se interdigitan en ángulos rectos o se extienden sin mayor regularidad en los haces de fibras de distribución ordenada y entre los mismos haces.

También existen otro tipo de fibras de menor importancia, como son las fibras que contienen vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos, las cuales están distribuidas con menor regularidad en el ligamento parodontal; otro tipo de estas son las fibras elásticas que son relativamente pocas y las fibras oxitalánicas o acidoresistentes que se localizan principalmente alrededor de los vasos y se insertan en el cemento del tercio cervical de la raíz, no tienen una función definida.

Los elementos celulares que componen el ligamento parodontal son los fibroblastos, células endoteliales, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos y los restos epiteliales de Malassez o células epiteliales en reposo.

Los restos epiteliales de Malassez forman un enrejado en el ligamento parodontal y aparecen como grupos aislados de células o cordones entrelazados. Son considerados como restos de la vaina de Hertwing, los cuales se desinte -gran durante el desarrollo del diente. En casi todos los -dientes los restos epiteliales de Malassez se distribuyen -en el ligamento parodontal, cerca del cemento, siendo más -abundantes en las zonas apical y cervical, tendiendo a dis -minuir con la edad.

El ligamento parodontal también puede contener masas calcificadas denominadas cementículos, que están adheridos -a las superficies radiculares o desprendidos de ellas.

c).- HUESO ALVEOLAR:

Es un tejido conectivo especializado y duro, con una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de unos espacios llamados "Lagunas". Los osteocitos se extienden -dentro de pequeños canales denominados "Canalículos", los -cuales se irradian desde las lagunas. Los canalículos for -man un sistema unido dentro de la matriz intercelular del -hueso alveolar, que lleva oxígeno y alimentos a los osteo -citots.

El hueso alveolar se compone principalmente de calcio y fósforo, acompañados de hidroxilos, carbonato, citrato y pequeñas cantidades de sodio, magnesio y fluor.

En el hueso alveolar se encuentran las fibras de Sharpey, que son las terminaciones de las fibras principales del ligamento parodontal que se insertan en el hueso. Algunas fibras de Sharpey están completamente calcificadas, pero la mayoría contienen un núcleo central no calcificado dentro de una capa externa calcificada.

La pared del alveolo está formada por hueso laminado, parte del cual se organiza de sistemas haversianos y hueso fasciculado, que es el hueso que limita al ligamento parodontal. El hueso fasciculado está dispuesto en capas, con líneas intermedias de aposición, paralelas a la raíz. Se absorbe gradualmente en el lado de los espacios medulares y es reemplazado por hueso laminado.

La porción esponjosa del hueso alveolar tiene trabéculas que encierran espacios medulares irregulares, tapizados con una capa de células endósticas aplanadas y delgadas. Existe una gran variación en la forma de las trabéculas del hueso esponjoso, que sufren la influencia de las fuerzas oclusales. La matriz de las trabéculas del hueso esponjoso consiste en unas láminas con un orden irregular, separadas por líneas de aposición y resorción que indican la actividad ósea anterior y algunos sistemas haversianos.

La médula del hueso alveolar es médula grasa o amarilla inactiva; en algunos casos, se ven focos de médula roja, frecuentemente con resorción de trabéculas óseas, comúnmente localizadas en la tuberosidad del maxilar y zonas

de molares y premolares inferiores; esto se debe a remanentes de la médula originaria que no hizo la mutación fisiológica hacia el estado graso, también es debido a manifestaciones localizadas de un aumento generalizado de la formación de células sanguíneas o de una enfermedad general como la tuberculosis, por último, es debido a la respuesta de una lesión local o infección dentaria.

El hueso alveolar toma parte en el mantenimiento del equilibrio de calcio en el organismo. El calcio se deposita constantemente y se elimina de igual forma del hueso alveolar para abastecer las necesidades de otros tejidos y mantener el nivel de calcio en la sangre. El calcio de las trabéculas del hueso esponjoso está más disponible que el del hueso compacto.

El hueso alveolar se remodela constantemente como respuesta a las fuerzas oclusales. Los osteoclastos y osteoblastos redistribuyen la sustancia ósea para hacer frente a nuevas exigencias funcionales con mayor eficacia. El hueso es eliminado de donde no se necesita y es añadido donde surgen nuevas necesidades. La capacidad del hueso alveolar para soportar las fuerzas oclusales disminuye después de los 30 años de edad.

d).- CEMENTO:

Es un tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica.

Existen dos tipos de cemento, que son: el acelular o primario y el celular o secundario. Ambos se componen de-

una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas.

El cemento celular contiene cementocitos en espacios aislados o lagunas que se comunican entre sí por medio de un sistema de canalículos anastomosados.

Tanto el cemento celular como el acelular contienen dos tipos de fibras colágenas, que son: las fibras de Sharpey, que pertenecen a las fibras principales del ligamento parodontal y que están formadas por fibroblastos; el otro tipo de fibras es el que se produce por cementoblastos que generan la sustancia fundamental interfibrilar glucoproteíca.

Los dos tipos de cemento se presentan en láminas separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje longitudinal del diente, representando períodos de reposo en la formación de cemento.

Cemento Acelular.— Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de la estructura de este tipo de cemento, desempeñan un papel principal en el sostén del diente. La mayoría de estas fibras se insertan en la superficie dentaria más o menos en ángulo recto y penetran en la profundidad del cemento, pero otras entran en diversas direcciones. Las fibras de Sharpey están completamente calcificadas por cristales de fibrillas, excepto cerca de la unión amelocementaria, donde la calcificación es parcial.

El cemento acelular también contiene otras fibrillas colágenas que están calcificadas, se localizan irregularmente o son paralelas a la superficie.

Cemento Celular.- Este tipo de cemento tiene una menor calcificación que el cemento acelular. Las fibras de Sharpey ocupan una menor porción de cemento celular, están separadas por otras fibras que son paralelas a la superficie radicular o se encuentran distribuidas en forma totalmente irregular. Algunas fibras de Sharpey están completamente calcificadas, otras están parcialmente calcificadas y en algunas de estas fibras hay núcleos no calcificados rodeados de un borde calcificado.

La distribución del cemento acelular y celular es variable, la mitad coronaria de la raíz se encuentra por lo general cubierta de cemento acelular y en la mitad apical de la raíz es más común el cemento celular.

El cemento intermedio es una zona que no está bien definida de la unión amelocementaria, la cual contiene restos celulares de la vaina de Hertwing incluidos en la sustancia fundamental calcificada.

Los elementos inorgánicos que componen al cemento son la hidroxiapatita, el calcio, el fosfato y los hidróxidos. El calcio y la relación calcio-fósforo son más elevados en las áreas apicales que en las cervicales de este tejido parodontal.

La matriz del cemento contiene un complejo de proteínas y carbohidratos, con un componente protéico que incluye arginina y tirosina. La matriz y el citoplasma de algunos cementoblastos contienen mucopolisacáridos neutros y ácidos.

Los cementoblastos están siempre presentes en la superficie de este tejido parodontal, que son las células que van a formarlo; las células que se encargan de reabsorber y depositar de nuevo al cemento, se les denomina cementoclastos.

TEMA III

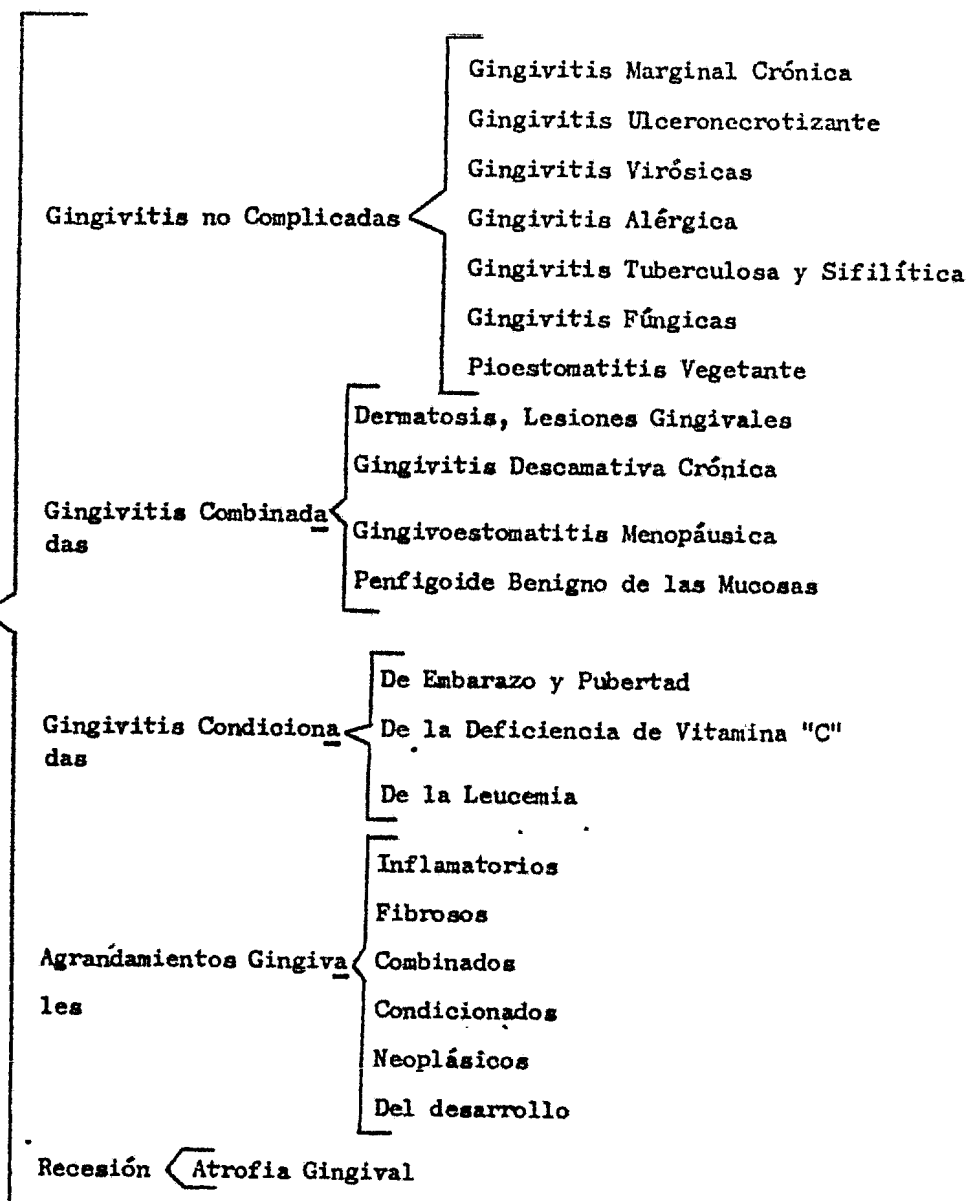
CLASIFICACION DE LAS ALTERACIONES GINGIVALES.

La clasificación que a continuación se va a dar, - nos va a proporcionar una clave para poder diferenciar los distintos procesos patológicos que afectan a la encía.

Esta clasificación de las enfermedades o alteraciones gingivales está basada principalmente en el papel inflamatorio de la encía, así como en su etiología directa.

E
N
G
F
I
E
N
R
G
M
I
E
V
D
A
A
L
D
E
E
S
S

E
N
G
F
I
E
N.



La enfermedad en su forma más común, es la inflamación crónica, que por lo general se extiende hacia los tejidos de soporte y genera la enfermedad periodon - tal. Algunas formas de enfermedad gingival alteran solamente a la encía.

TEMA IV

ETIOLOGIA DE LAS ALTERACIONES GINGIVALES.

El concepto de etiología es importante en la odontología dado que, tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades dentales, dependen de un conocimiento completo de la relación que existe entre los factores etiológicos y la patogénesis de la enfermedad periodontal y de la caries dental.

Los factores etiológicos de la enfermedad parodontal son clasificados básicamente en dos grandes categorías, que son de acuerdo a sus orígenes específicos:

I.- Factores etiológicos locales o extrínsecos.

II.-Factores etiológicos sistémicos o intrínsecos.

Los factores etiológicos locales son aquellos que se encuentran en íntimo contacto con los dientes y las estructuras que le dan soporte a este y que influyen en que el parodonto funcione en forma normal. Los factores generales o sistémicos son los que están en relación con la salud general y con el metabolismo del paciente.

La siguiente, es una amplia clasificación de los diferentes tipos de factores etiológicos tanto extrínsecos o locales como intrínsecos o sistémicos.

I.- Factores Extrínsecos o Locales.

A).- Bacterianos:

1=Placa.

2=Cálculo.

3=Enzimas y productos de descomposición.

4=Materia alba.

5=Residuos de alimentos.

B).- Mecánicos:

1=Cálculo.

2=Impacción y retención de alimentos.

a) Contactos abiertos y flojos.

b) Movilidad y dientes separados.

c) Dientes en malposición.

d) Mecanismo de cúspide impelente.

3=Margenes de obturaciones, prótesis mal diseñadas o desadaptadas.

4=Consistencia blanda o adhesiva de la dieta.

5=Respiración bucal, cierre incompleto de los labios.

6=Higiene bucal inadecuada.

7=Hábitos lesivos.

8=Métodos de tratamientos dentales inadecuados.

9=Trauma accidental.

C) Bacterianos y mecánicos combinados:

1=Cálculo.

2=Margen desbordante.

D) Predisposición anatómica:

1=Mala alineación dentaria, malposición, anatomía alterada.

2=Inserción alta de frenillos y músculos.

3=Vestíbulo somero.

4=Zona de encía insertada funcionalmente insuficiente.

5=Encía delgada, de textura fi
na o márgenes gingivales a -
bultados y gruesos.

6=Exostósis y rebordes óseos,-
placas óseas muy delgadas.

7=Relación corona-raíz desfavo
rable.

E) Funcionales:

1=Función insuficiente.

- a) Falta de oclusión.
- b) Masticación indolente.
- c) Parálisis muscular.
- d) Hipotonicidad muscular.

2=Sobrefunción y parafunción.

- a) Hipertonicidad muscular.
- b) Bruxismo.
- c) Trabamiento y rechinamiento.
- d) Trauma accidental.
- e) Cargas excesivas sobre dientes pilares.

II.- Factores Intrínsecos o Sistémicos.

A) Demostrables:

1=Disfunciones endócrinas.

- a) De la pubertad.
- b) Del embarazo.
- c) Posmenopáusicas.

2=Enfermedades metabólicas y otras.

- a) Deficiencia / nutricional.
- b) Diabetes.
- c) Hiperqueratosis palmoplantar.
- d) Neutropenia cíclica.
- e) Hipofosfatasia.
- f) Enfermedad debilitante.

3=Trastornos psicossomáticos o emocionales.

4=Drogas y venenos metálicos.

- a) Difenilhidantoína.
- b) Efectos hematológicos.
- c) Alergia.
- d) Metales pesados.

5=Dieta y nutrición.

B) No demostrables:

1=Resistencia y reparación insuficiente.

2=Deficiencias nutricionales, emocionales, metabólicas, hormonales.

a) Fatiga.

b) Stress.

Como esta clasificación dada anteriormente es muy extensa, se explicarán a continuación algunos de estos factores etiológicos de sus dos categorías generales.

I.- Factores etiológicos locales o extrínsecos:

Debemos de mencionar primeramente a los bacterianos, conocidos también como los depósitos sobre los dientes, que incluyen el sarro, el cálculo, la materia alba, las placas mucinosas, la película protéica y la placa dental o placa bacteriana; existen pocas dudas de que los depósitos sobre los dientes sean los responsables del más alto porcentaje de las gingivitis.

En los factores mecánicos, existe otro factor que representa un cambio importante en la función de la boca, es la masticación unilateral que puede ser el resultado de un desequilibrio oclusal o presentarse por algún dolor en las piezas dentarias o exodoncias más o menos recientes. El lado de la boca que se trabaja mantiene sus dientes limpios,

la encía estimulada y con buena apariencia clínica; del lado en desuso generalmente se encuentra acumulación de sarro, hay pérdida del tono tisular, tendencia a la inflamación y debilidad del soporte parodontal.

Los irritantes mecánicos, tales como margenes sobrados o margenes abiertos de restauraciones, aparatos ortodónticos mal colocados, puentes con relaciones gingivales inadecuadas, retenedores de prótesis removible que lesionan la encía o coronas mal ajustadas; todos estos factores proveen un lugar ideal para la acumulación de restos alimenticios y crecimiento de bacterias. Estos irritantes mecánicos hacen que la encía se inflame y en ocasiones exista también resorción ósea. Entre los irritantes mecánicos debemos incluir el exceso de cemento en la colocación final de una prótesis y la sobre-extensión coronal en las restauraciones, los cuales producirán congestión marginal.

Estos factores etiológicos locales tienen un elevado porcentaje en los pacientes con problemas parodontales, se les llama "Factores iatrogénicos" por su relación con la prótesis, operatoria dental, endodoncia y ortodoncia mal efectuadas.

En la predisposición anatómica se hablará del impacto de alimentos, por las irregularidades de la posición dentaria o su inclinación que puede fomentar la impacción, la penetración y la retención de placa y alimentos. Frecuentemente dientes superpuestos, en malposición, inclinados o desplazados están asociados con el impacto de alimentos o su retención. La colección forzada por fuerzas mecánicas de restos alimenticios en los espacios interdenciales, comprime

la encía creando una fuente constante de irritación, resultando la inflamación de la encía. Existen dos tipos de impacto por alimentos: el vertical, que es debido a las presiones oclusales durante la masticación; y el horizontal, que es el empaquetamiento de comida entre las piezas dentarias por la acción mecánica de las mejillas y la lengua durante los movimientos masticatorios.

La dieta, además de la importancia que tiene desde el punto de vista de la nutrición, actúa en forma local en los tejidos, de acuerdo a la cantidad de residuos que coleccionen sobre los dientes; la dieta detergente se adhiere sobre los dientes, es difícil de remover e interfiere con el proceso de autoclísis de la cavidad oral, este tipo de dieta está representada por pan blanco, pasteles, dulces, jaleas, chocolates y purés, etc.; los cuales agravan o enfatizan un problema parodontal ya existente, aparte de iniciar la caries dental.

Como factores funcionales vamos a señalar la falta de estímulo gingival, proporcionada por la dieta blanda y el hecho de que durante los tratamientos de ortodoncia y en algunos de prótesis parcial removible, la comida no llega a presionar el tejido gingival, cesando el estímulo mecánico que favorece la circulación gingival, condicionando a los tejidos a ser más susceptibles a los irritantes locales.

Los hábitos oclusales anormales distribuyen desigualmente las fuerzas de la masticación, produciendo áreas de hiperfunción, estos son de gran importancia para la formación de la enfermedad parodontal; los hábitos anormales generalmente se practican sin que el paciente tenga conciencia de su presencia, es muy importante descubrirlos y corre

girlos para poder asegurar un buen resultado del tratamiento parodontal, los pacientes generalmente cooperan cuando se les dice que ellos son parcialmente responsables de su problema. Los hábitos oclusales anormales más comunes son los de colocar cuerpos extraños entre las arcadas, triturándolos continuamente, a veces durante horas y siempre utilizando la misma región de la boca; se utilizan objetos muy variados como son: lápices, plumas, lentes, uñas, alambres, palillos, etc. o bien la propia lengua, que se mantiene entre los dientes produciendo una mordida abierta. Otro hábito que es muy destructivo es el bruxismo, tanto céntrico como excéntrico; la causa del bruxismo es en relación con el plano psíquico y en el desequilibrio oclusal del paciente.

El mal uso del cepillo dental va a dar una falta de masaje y limpieza de la boca, una abrasión pronunciada, una irritación y una resesión de los tejidos gingivales; la abrasión ocurre casi siempre en las superficies bucales y labiales.

Otra causa de la producción de la enfermedad parodontal es la anatomía anormal, siendo muy importante la forma de las piezas dentarias y la presencia de sus constituyentes anatómicos.

Otro factor etiológico local, el cual en algunos casos pasa inadvertido, es el de los irritantes químicos; entre estos está el uso continuo y en exceso de cigarrillos, alcohol y condimentos, los cuales irritan al tejido gingival restándole resistencia y aumentándole la susceptibilidad a los trastornos inflamatorios. Igualmente importante y sin

la debida atención se encuentra el uso exagerado de enjuague bucales u otros medicamentos puestos directamente sobre la mucosa bucal; en estos casos, el tejido gingival llega a mostrar verdaderas quemaduras químicas, las cuales pueden ser o no localizadas.

II.- Factores etiológicos sistémicos o intrínsecos:

Se mencionarán en primer lugar los factores endocrinos u hormonales; en los cuales la pubertad, el embarazo y la menopausia, son tres situaciones de la vida en que el cuerpo se somete a cambios hormonales que crean desequilibrios endócrinos. Las investigaciones clínicas e histológicas, indican que estos cambios hormonales pueden tener un marcado efecto sobre los cambios de los tejidos gingivales, iniciados por los factores locales.

En las enfermedades metabólicas se encuentra la mala nutrición o deficiencias nutricionales, las cuales no tienen una firme evidencia de que sean la iniciación de la enfermedad parodontal; por lo cual, su efecto será de que si existe un desequilibrio nutricional, tendrá una respuesta de los tejidos gingivales hacia los irritantes locales, haciéndolos menos resistentes a la infección. Es importante mencionar que se ha demostrado que la deficiencia de vitaminas es la causa de lesiones específicas de la mucosa bucal y lengua; en cambio, en la deficiencia de proteínas y calorías no se ha podido demostrar que inicien la inflamación gingival.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que involucra una falta de insulina; en estados no controlados, la diabetes se distingue por alteraciones proteicas, disminución de la resistencia a la infección, velocidad de cicatrización lenta, desequilibrios vasculares y aumento de la severidad de las reacciones inflamatorias; debido a su resistencia disminuida, los tejidos gingivales son más susceptibles a los irritantes locales que se encuentran en la cavidad bucal.

Los trastornos psicossomáticos y emocionales pueden alterar la fisiología normal de los tejidos gingivales, estos pacientes presentan hábitos oclusales anormales y bruxismo, así como una tendencia a la presencia de saliva espesa y descalcificación dentaria; estas alteraciones causan trastornos en el aporte vascular que pueden afectar adversamente a los tejidos parodontales, al interferir con la nutrición de estos. Los factores psicossomáticos y emocionales actúan también en forma indirecta, ya que el paciente tiene una constante neurósis y su alimentación va a estar alterada, además de que el paciente aumenta grandemente el consumo de agentes irritantes locales como el cigarrillo y el alcohol.

En las drogas, la dilantina sódica o fenantoína sódica, que es utilizada como anticonvulsiva en los tratamientos y control de la epilepsia, produce un marcado agrandamiento de los tejidos gingivales en un 50% de los pacientes que reciben este medicamento, dicho agrandamiento gingival es en forma de hiperplasia densa y fibrosa que interfiere con la fonación y la masticación.

Las alergias, tanto generales como por contacto, -

pueden variar el tejido gingival con la severidad de las - manifestaciones locales; estas alergias pueden ser producidas por la comida, drogas, polvo, pelo de animalitos, etc.

TEMA V

LAS ALTERACIONES GINGIVALES

En este capítulo se van a mencionar y explicar brevemente las alteraciones o enfermedades gingivales que componen el cuadro sinóptico del capítulo III, consideradas como las más importantes.

Gingivitis Marginal Crónica:

Es una enfermedad en la cual la encía está afectada por un proceso inflamatorio crónico; es el tipo de gingivitis más común.

Sus características clínicas son en el color de la encía, la textura gingival, el contorno gingival, la consistencia y el tamaño de la encía.

Color de la encía.- El cambio de color comienza en la papila interdientaria y en la encía marginal, luego se propaga a la encía adherida; el color inicia con un rojo brillante y a medida que aumenta el proceso inflamatorio se va tornando de un color rojo azulado y luego de un color azul profundo.

Textura gingival.- Existirá una disminución del puntillado conocido como "Cáscara de naranje", desapareciendo paulatinamente con el avance de la enfermedad.

Contorno gingival.- Esta enfermedad se origina como

un ligero agrandamiento o una tumefacción de la papila interdientaria, de la encía marginal o de ambas. A medida que el proceso continúa, la encía marginal se redondea con la papila interdientaria en forma roma.

Consistencia y tamaño de la encía.- La consistencia tiene una variación de blanda y esponjosa a firme o fibrosa; por lo general, al dañarse los tejidos por el proceso inflamatorio, la encía aparecerá firme. El tamaño de la encía será de acuerdo a los grados del agrandamiento gingival.

Los síntomas de esta alteración gingival son mínimos, primeramente habrá la existencia de dolor cuando haya una complicación con las exaservaciones agudas o sea un aumento de dolor localizado; por lo general, la gingivitis marginal crónica es indolora.

La enfermedad comienza lentamente y tiene una larga duración, hay un aumento de la tendencia al sangrado, simplemente al instrumentar en el surco y en el col gingival.

El pronóstico de esta enfermedad depende de la capacidad del paciente, así como del equipo dental para controlar o eliminar los factores etiológicos locales. Si los factores locales son controlados, los tejidos gingivales se curarán y se repararán, pero si los factores etiológicos no pueden ser controlados, debido a que no halla una adecuada colaboración del paciente en el control de placa, el pronóstico no es favorable. Si se permite que el proceso inflamatorio continúe, de una manera gradual dañaría los tejidos periodontales más profundos, dando como resultado una periodontitis.

El tratamiento de la gingivitis marginal crónica -
 tiende a eliminar los factores etiológicos locales. Esta en-
 fermedad, es una lesión que trata de curarse por sí misma,
 pero debido a la irritabilidad continua de los causantes lo-
 cales, el proceso de cicatrización no puede ser completado.
 El típico tratamiento para este tipo de enfermedad se hará
 en dos partes; la primera, será el diagnóstico y la fija-
 ción de los factores etiológicos; y la segunda parte, es la
 aplicación de un plan de tratamiento que consiste en la ins-
 trucción y educación del paciente en el control de placa; -
 la remoción de todos los cálculos supra y subgingivales ras-
 pando y alisando las raíces dentarias; la remoción y reobtu-
 ración de las restauraciones dentarias y de cualquier apa-
 rato protésico que contribuya a la enfermedad gingival; el-
 tratamiento de las caries que cooperen a la acumulación de
 placa y por último llevar una evolución gradual de la salud
 gingival, esto es repitiendo todo el procedimiento las ve-
 ces que sea necesario hasta llegar totalmente a una salud -
 gingival.

Gingivitis Ulceronecrotizante:

Es una infección inflamatoria de la encía, se le co-
 noce también como gingivitis de Vincent, infección de Vin-
 cent y boca de trincheras.

Sus características clínicas, así como su sintoma-
 tología, pueden limitarse a un sólo diente, a un grupo de -
 dientes o ser generalizadas en toda la boca.

En un estado temprano habrá necrosis y ulceraciones de los extremos de la papila interdientaria llegando a formar una especie de cráter, en el cual su superficie está cubierta por una pseudomembrana gris, separada del resto de la mucosa gingival por una línea definida; en algunos casos, el cráter queda sin la pseudomembrana, exponiendo el margen gingival que es de color rojo brillante y con una propensión hemorrágica; existe la posible ausencia de dolor.

En un caso más avanzado hay dolor, que puede ser severo; un gusto metálico feo; un olor fétido; una grande propensión hemorrágica; un aumento de la cantidad de saliva. Involucra a la encía marginal, tanto vestibular como lingual y en raros casos a la encía adherida; la papila interdientaria tiene una apariencia corroída, punzada y recortada, debido a la destrucción ulcerativa.

Los casos más severos se caracterizan por los ganglios linfáticos regionales tumefactos y dolorosos, una involucración faríngea con la infección de la angina de Vincent, los labios y la lengua aparecen ulcerados. Existe un progresivo proceso destructivo que se extiende apicalmente, afectando la encía adherida, produciendo exposición radicular y lesiones óseas en las estructuras parodontales subyacentes; habrá fiebre y un malestar general.

Su pronóstico será de acuerdo a si el tratamiento es comenzado a tiempo y seguido como corresponde; la encía volverá a su estado normal, no produciéndose un daño duradero. Si no se trata, la gingivitis ulceronecrotizante puede producir una destrucción progresiva de la encía y los tejidos subyacentes, esta destrucción causaría un daño permanente, como la pérdida ósea. Si no se establecen las medidas

preventivas, ni se siguen las indicaciones, frecuentemente hay recurrencia de la enfermedad; los ataques repetitivos - suelen llegar a deformidades gingivales y óseas, por lo - cual, sólo un procedimiento quirúrgico nos ayudaría a corregir dichas deformidades.

El tratamiento para la gingivitis ulceronecrotizante se hará básicamente en cinco sesiones.

1a.- Sesión.- Se hará una historia clínica completa del paciente, los síntomas clínicos son examinados y se determina un diagnóstico, para el cual se puede usar un fro - tis bacteriano o un cultivo junto con la observación de los síntomas clínicos. Se realiza una limpieza leve, suave y - delicada, puede necesitarse un anestésico tópico, de acuerdo con el dolor del paciente, los instrumentos ultrasónicos, son de gran ayuda para efectuar esta limpieza. Los antibió - ticos serán necesarios si el paciente tiene temperatura elevada. Al paciente se le instruye en los procedimientos de - higiene bucal efectiva; se le darán enjuagues bucales y la - eliminación o reducción de los factores etiológicos, tales - como la fatiga, consumo de alcohol, excesivo fumar, stress - y hábitos nutricionales pobres, si fuera necesario se rece - ta un suplemento vitamínico. Al paciente se le deberán ser - explicadas las causas y complicaciones de la enfermedad, - así como esta misma.

2a. Sesión.- Esta será de 24 a 48 horas después de - la primera sesión. Se deberá de continuar con la limpieza - subgingival y el raspaje supragingival, puede necesitarse - otra vez la anestesia tópica, aunque el dolor deberá de ha - ber disminuido considerablemente. Se reforzará el uso de en - juagues bucales y la eliminación de otros factores etiológici

cos conversando con el paciente. Este será instruido en las técnicas de cepillado, usando un cepillo blando y con muchos penachos.

3a. Sesión.- Se hará una semana después de la segunda sesión. Se realiza el raspaje subgingival y el alizamiento de la raíz, deberá pulirse el diente. Las técnicas de higiene bucal se revisan y se valoran. Los enjuagues bucales con peróxido de hidrógeno deberán de reducirse o eliminarse, para evitar el desarrollo de la lengua negra pilosa. Se dan instrucciones para el uso de un estimulador interdental y del hilo de seda dental.

4a. Sesión.- Se hará una semana después de la tercera sesión. El paciente es checado para observar cualquier evidencia clínica de una recurrencia. Los procedimientos de higiene bucal son revisados y evaluados nuevamente. Se reafirma la eliminación de los factores etiológicos conversando de nuevo con el paciente y se le cita dentro de un mes para su quinta sesión.

5a. Sesión.- El paciente es checado para observar cualquier síntoma clínico de gingivitis ulceronecrotizante, contornos gingivales fisiológicos o bolsas residuales profundas. Se le da un último refuerzo a los conceptos de higiene bucal, aunque para esta sesión el paciente deberá de tener los conceptos totalmente aceptados. Si la salud periodontal es restaurada, se recomienda citar al paciente a los tres meses; en caso de que se mantenga una arquitectura gingival inadecuada o la bolsa, se recomienda el tratamiento de cirugía parodontal específico.

Gingivitis Virósica:

La más común de estas alteraciones gingivales es la "Gingivoestomatitis herpética" que es una infección virósica de las membranas mucosas bucales. Puede ser confundida con la gingivitis ulceronecrotizante o con la gingivitis descamativa, por lo cual, deben utilizarse técnicas adecuadas de diagnóstico cuando se trate esta enfermedad.

Sus características clínicas y su sintomatología son por una instalación repentina, esta enfermedad transcurre en el curso de siete a diez días y generalmente se presenta en la edad preescolar. Es dolorosa cuando el paciente come y se cepilla.

Se forman vesículas en la cavidad oral; estas, se rompen dentro de las 24 horas, formando úlceras tumefactas y dolorosas, cubiertas por una membrana grisácea; se pueden presentar en cualquier parte de la boca como la encía, mucosa labial y vestibular, paladar blando, lengua, amígdalas y faringe. Estas vesículas varían de tamaño y pueden aparecer sobre la piel y los labios, se les conoce como úlceras frías.

Puede involucrarse a la encía, tomando características tumefactas, inflamada, brillante y sangrante después de tocarla. La inflamación secundaria se presenta generalmente a la invasión de los tejidos enfermos por los productos de placa, esto complica la enfermedad.

Habrá una salivación excesiva, agrandamiento de los ganglios linfáticos, malestar general y en algunos casos - fiebre.

La gingivoestomatitis herpética como ya se dijo - transcurre de siete a diez días y las vesículas y ulceraciones curan sin formación de escamas, no es una enfermedad recurrente debido a la formación de anticuerpos contra el virus. Sin embargo, luego de la infección inicial, los individuos llevan el virus en forma latente en los tejidos bucales. El virus puede ser reactivado por cualquier factor que disminuya la resistencia de los tejidos que lo rodean, dando como resultado lesiones herpéticas secundarias.

Para su tratamiento se establece el diagnóstico por medio de la identificación de los síntomas clínicos y la - evaluación de la historia clínica del paciente.

Se realiza la limpieza superficial, leve y suave de los depósitos duros y blandos con instrumentos ultrasónicos, la limpieza se realiza para evitar la inflamación secundaria causada por la placa bacteriana; deberá de evitarse la - remoción extensiva y completa de los depósitos, hasta que - hayan disminuido los síntomas agudos.

Se recomienda la terapia a base de antibióticos para ayudar en el control de la infección secundaria; es aconsejable los enjuagues con anestesia t pica para un alivio - temporal, facilitando así la alimentación del paciente, los analgésicos pueden ser efectivos para aliviar el dolor. Los enjuagues bucales oxigenados est n contraindicados porque - tienden a irritar los tejidos.

Se recomienda tomar muchos líquidos para evitar la deshidratación y se le informará al paciente que la enfermedad es contagiosa.

La observación del paciente cada pocos días es necesaria, hasta que desaparezcan los síntomas, para facilitar el pronto reconocimiento de alguna complicación.

Gingivitis Alérgica:

Las reacciones alérgicas, causadas por la sensibilidad a ciertos alimentos o medicamentos, pueden tener manifestaciones bucales, como parte de una respuesta alérgica generalizada.

La reacción alérgica puede ser también de una naturaleza local, como resultado del contacto y sensibilidad a ciertos enjuagues bucales, dentríficos u otros agentes terapéuticos bucales.

El antígeno inicia la reacción alérgica inflamatoria, la cual tiene sus características clínicas y su sintomatología presentando un color rojizo generalizado en la encía, es dolorosa; pueden existir necrosis gingivales y ulceraciones.

Estos síntomas, continuarán tanto tiempo como el agente causal sea utilizado y las lesiones se curarán después de la remoción de este.

Pioestomatitis Vegetante:

Esta es una enfermedad rara que se limita a la cavidad bucal o se presenta junto con lesiones de la piel.

Sus características clínicas son en las lesiones primarias, presentando unas pequeñas pústulas múltiples con una punta amarillenta y la base enrojecida. En pocas semanas el proceso se propaga y abarca toda la cavidad bucal, creando una superficie granular difusa. Cuando la lesión es crónica, la mucosa bucal se prolifera formando pliegues, formándose abscesos en las crestas de estos.

Esta lesión en la boca origina un leve dolor, el cual va aumentando en forma gradual con la enfermedad, pero nunca llega a existir una sensibilidad exagerada.

La piostomatitis vegetante tiende a ser crónica y es resistente al tratamiento; con frecuencia se haya asociada a la colitis ulcerosa, hay que tratar las dos afecciones en forma simultánea con una terapéutica a base de hierro, hígado y vitaminas; pero hasta ahora no se ha descubierto un tratamiento específico.

Dermatosis:

Es una enfermedad rara, aguda, subaguda o crónica; esta enfermedad tiene una etiología desconocida.

La dermatosis se caracteriza por dolores en los músculos

culos, así como una debilidad de los mismos. Existirá edema, dermatitis, inflamación y degeneración de los músculos.

Puede llegar a ser afectado cualquier músculo es triado, incluso la lengua; es posible observar sensibilidad, dolor y en algunos casos debilidad total de los músculos.

El edema es una característica notable de los primeros estadios y la atrofia es una manifestación tardía.

La evolución de la dermatosis es sumamente variable, abarca desde variedades rápidamente mortales hasta formas totalmente crónicas, que pueden llegar a tener una remisión espontánea.

El tratamiento de esta enfermedad será a base de corticoides, el cual se llevará a cabo hasta estar seguros de que ha desaparecido y que no habrá una recurrencia de esta.

Gingivitis Descamativa Crónica:

Es también conocida con el nombre de "Gingivosis";- es una enfermedad crónica y rara que involucra la papila, la encía marginal y la encía adherida.

Sus características clínicas y su sintomatología se presentan en formas basadas en el grado de involucración, severidad y avance de la enfermedad.

En un estado leve la encía marginal, la encía adherida y la papila interdientaria aparecen enrojecidas, los cambios gingivales casi siempre son generalizados en toda la cavidad bucal, con excepción de la encía palatina, por lo común es dolorosa. La encía que con mayor severidad será afectada, es donde se han acumulado los irritantes locales, que generalmente es en las superficies vestibulares. En algunos casos, las mucosas vestibular y alveolar están involucradas.

En un estado moderado, la encía marginal e insertada presentan zonas irregulares de color rojo brillante, lisas, brillantes y blandas; estas zonas se encuentran con tejido más o menos normal entre ellas. El epitelio de la superficie es fácilmente descamado, exponiendo la superficie sangrante del tejido conectivo subyacente. Es dolorosa y los pacientes experimentan una sensación de ardor, causada por los cambios térmicos, el aire recibido, ciertos alimentos picantes y bebidas con carbonato. En general la superficie que más está afectada es la vestibular, debido a los irritantes locales.

En un estado grave, habrá zonas irregulares en toda la encía, estas serán de un color ferroso, lisas, y brillantes, debido a la exposición de tejido conectivo subyacente; la encía que rodea estas zonas aparece de color azul-grisáceo. El epitelio superficial puede ser descamado, dejando ver un tejido conectivo rojo. Se forman ampollas y se rompen. Gradualmente las lesiones se limitan a la encía, pero en ocasiones llega a afectar la mucosa alveolar, la vestibular y el paladar duro, dando una apariencia lisa y bri -

llante. Es extremadamente dolorosa y el paciente tiene una sensación de ardor causada por los cambios térmicos, el aire recibido y ciertos alimentos y bebidas.

Las superficies vestibulares de los dientes anteriores, por lo general son las más gravemente involucradas, debido a la acumulación de irritantes locales.

El pronóstico de la gingivitis descamativa crónica es difícil de determinar, ya que su etiología es desconocida. Pueden existir períodos de remisión espontánea y exacerbaciones que no necesariamente se relacionan con el tratamiento. En muchos casos, el dolor puede reducir o eliminarse a través del control de la inflamación, aún si persistiera el enrojecimiento gingival.

El tratamiento de la gingivitis involucra principalmente el remover los irritantes locales, para controlar la inflamación y la omisión de los alimentos irritantes.

Para realizar el tratamiento, se hace un raspado y un pulido completo, se le instruye al paciente en el control de placa, se hace una aplicación tópica de corticoides y se aplicarán hormonas estrogénicas en forma de unguento. En casos extremadamente dolorosos, donde hasta la masticación produce dolor, se colocarán elementos plásticos protectores.

Como un complemento de este tratamiento se pueden recetar corticoides, estos reducen el dolor y mejoran la condición de la encía; debe tenerse mucho cuidado al prescribir los corticoides, porque pueden desarrollar efectos

secundarios después de un tratamiento prolongado.

Se ha sugerido la gingivectomía para la remoción - de los tejidos afectados; sin embargo, la terapia ayuda en algunos casos, pero el control de la causa de los cambios - degenerativos es más difícil.

El tratamiento se continúa hasta que se note un alivo en la encía y pueda terminarse sin recurrencia la enfermedad.

Debido a que la etiología es desconocida, los procedimientos terapéuticos para esta enfermedad son vagos.

Gingivitis en el Embarazo:

La intensidad de la gingivitis aumenta durante el - embarazo a partir del segundo y tercer mes, la más intensa - se observa en el octavo mes y en el noveno disminuye. Durante los nueve meses del embarazo, la acumulación de placa - sigue el mismo patrón.

Sus características clínicas y su sintomatología - son que el color de la encía aparece de rojo brillante a rojo-azulado, debido al aumento de la vascularización de lostejidos.

La reacción inflamatoria es más pronunciada en las - zonas de la papila interdientaria, esta se presenta tumefacta y la encía marginal puede presentarse redondeada. Tanto - la papila interdientaria como la encía marginal, tienen una

consistencia edematosa, con una superficie aparentemente - lisa y brillante.

La tendencia a sangrar aumenta después de la instrumentación, la inflamación gingival es comúnmente generalizada en toda la boca. El proceso inflamatorio puede avanzar - hacia los tejidos parodontales más profundos y dañar a los - mismos.

Algunas zonas de la papila interdientaria tienen un - agrandamiento exagerado y forman crecimientos semejantes a - tumores que a menudo se les llama tumores del embarazo; es - tas zonas, aparecen como una masa de tejido abultado que se - extiende desde la papila interdientaria, su color es rojo - profundo o púrpura y tienen una superficie con apariencia - lisa y brillante; en realidad estas zonas no son verdaderos - tumores.

La inflamación gingival no desaparece automáticamente al finalizar el embarazo, si los irritantes locales aún - están presentes, los tejidos no retornarán a su estado nor - mal de salud, aunque sí reducirán la gravedad de estos, el - agrandamiento gingival disminuirá de tamaño pero no se eli - minará.

El tratamiento de la gingivitis durante el embara - zo consiste en eliminar todos los irritantes locales, así - como sus causas.

Para remover los irritantes locales y los tejidos - inflamados del surco, están indicados el raspaje y el cure - taje.

Para tratar el crecimiento conocido como tumor del-embarazo, se realiza la escisión quirúrgica del mismo.

Se requiere de un rígido control de placa para la -exterminación y el control de los irritantes locales. Es ne-cesario las visitas frecuentes para evitar la recurrencia.

Gingivitis de la Pubertad:

Frecuentemente, la pubertad se acompaña de una res-
puesta exagerada de la encía a la irritación local. A medi-
da que se acerca la edad adulta, la intensidad de la reac -
ción gingival disminuye.

Sus características clínicas y su sintomatología -
son que la encía aparece de un color rojo-azulado, debido -
al aumento de la vascularización de los tejidos.

El agrandamiento afecta a la encía marginal y a la-
papila interdientaria de igual forma, es más pronunciado so-
bre las superficies vestibulares, el agrandamiento gingival
se nota donde están presentes los irritantes locales.

La papila interdientaria se presenta abultada, edemata-
tosa, lisa y brillante. La tendencia a sangrar está aumen -
tada.

La gingivitis de la pubertad, afecta tanto a las muje-
res como a los hombres. Si no se trata, aumenta progresi-
vamente e involucra las estructuras más profundas del periodo-
nto.

El agrandamiento gingival y el edema no desaparecen automáticamente al terminar la pubertad. A medida que la pubertad decrece o finaliza, la severidad de la reacción gingival disminuye. Antes de que los tejidos regresen a su estado normal, deben de ser removidos completamente todos los irritantes locales.

Si se trata adecuadamente y se utilizan buenas técnicas de higiene bucal, puede llegar a mantenerse la encía sana. La enfermedad retornaría si los irritantes locales no se controlan.

El tratamiento de la gingivitis en la pubertad consiste en anular los irritantes locales y sus causas.

La eliminación inicial de los irritantes locales es por medio de un raspaje y un pulido de los dientes.

En agrandamientos gingivales graves, está indicada la gingivectomía.

Para la remoción completa de todos los irritantes locales, se requiere de una buena higiene bucal y del control de placa.

Deberán de corregirse los factores predisponentes como la malposición dentaria, el apiñamiento de los dientes, la sobremordida grave, la respiración bucal, la retención de alimentos y los factores dietéticos.

Son necesarias las visitas periódicas al odontólogo para prevenir una recurrencia.

Gingivitis Asociada a la Deficiencia de Vitamina C:

El escorbuto es una enfermedad en el hombre que proviene de una grave deficiencia de vitamina "C". La irregularidad de esta vitamina no puede causar por sí misma una inflamación gingival; sin embargo, puede instalarse una gingivitis originada por factores locales.

La deficiencia vitamínica, tiende a exagerar la respuesta inflamatoria. No todos los pacientes con escasez de vitamina "C" tienen gingivitis, esta sólo se desarrollará - si existen irritantes locales.

Una grave deficiencia de vitamina "C", crea una tendencia a la hemorragia gingival interna, degenera las fibras colágenas y edematiza el tejido conectivo. Estos cambios, agravan y modifican la respuesta de la encía a los irritantes locales.

Sus características clínicas son que la encía aparece de un color rojo-azulado, habrá un agrandamiento pronunciado de la encía marginal.

La encía tiene una consistencia blanda y friable o sea con tendencia a desmenuzarse, su superficie es lisa y brillante. Puede llegar a presentarse una superficie necrosada en forma de pseudomembrana.

Existe un aumento de la tendencia a la hemorragia, - ya sea en forma espontánea o después de la instrumentación.

Puede haber un aumento en la profundidad del surco-gingival, llegando a producirse sacos o bolsas gingivales.

El tratamiento para esta enfermedad o alteración -gingival es la completa remoción de los irritantes locales, además de la corrección total de la deficiencia de vitamina "C".

Gingivitis Asociada a la Leucemia:

La leucemia es una enfermedad de los tejidos hemo -citopoyéticos, se caracteriza por la excesiva producción de células sanguíneas inmaduras de la serie blanca.

Las manifestaciones blancas de la leucemia son idénticas a todas las formas de la enfermedad, aunque los cambios bucales, raramente están asociados a la forma crónica de la leucemia.

En todas las formas de la leucemia, los irritantes-locales tales como placa y cálculos, inician los cambios en la boca asociados a la reacción inflamatoria. Si se presenta una gingivitis en un paciente leucémico, esta es causada por los irritantes locales.

Los cambios histológicos, asociados con la enfermedad, modifican y agravan la reacción inflamatoria a los irritantes locales.

Sus características clínicas son que el color de la encía es rojo-púrpura, esto se debe al estancamiento de la-

sangre en los tejidos gingivales.

Existe un agrandamiento de la encía marginal o de la papila interdientaria, formándose una masa semejante a un tumor. Llega a haber un redondeamiento del margen gingival y de la papila interdientaria.

La consistencia del tejido gingival es moderadamente firme, con una inclinación a desmenuzarse o friable. Su superficie es brillante y pueden presentarse ulceraciones, necrosis y formaciones pseudomembranosas.

Hay un aumento en la tendencia a la hemorragia, ya sea espontáneamente o después de instrumentar al paciente.

Generalmente se forman sacos o bolsas gingivales debido al agrandamiento gingival edematoso.

El tratamiento consiste en la eliminación de los irritantes locales y sus causas.

La eliminación inicial de los irritantes locales es por medio de un raspaje y un pulido de los dientes.

Para el control de todos los irritantes locales debe de existir una rígida higiene bucal, así como un buen control de placa.

Para prevenir la recurrencia del agrandamiento gingival son necesarias las visitas frecuentes al consultorio.

Agrandamientos Gingivales Inflamatorios:

En esta clasificación vamos a hablar del "Agrandamiento Gingival Hereditario" que es una rara enfermedad hiperplásica con factores etiológicos ignorados, también es comúnmente conocida como "Hiperplasia gingival idiopática".

Sus características clínicas son que hay un agrandamiento de la encía marginal, la encía adherida y la papila interdentaria. Este aumento es en el tamaño gingival, el cual causa un incremento y profundidad del surco.

El aumento de tamaño generalmente afecta tanto a la encía vestibular como a la lingual, en ambas arcadas, pero puede estar limitado en una sola de ellas.

Los tejidos agrandados se presentan de un color rosa, son firmes, resilentes, bulbosos, fibróticos y sin presentar una tendencia a la hemorragia.

El tejido agrandado puede progresar hasta un punto en que cubra los dientes y puede interferir en la oclusión.

Los irritantes locales a veces producen un estado inflamatorio que complica la reacción y produce un cambio en el cuadro clínico, que sería: el aumento al tamaño de los tejidos ya agrandados, el color de los tejidos gingivales cambia a rojo o rojo-azulado y existe un estímulo a la tendencia hemorrágica.

Luego de la remoción quirúrgica, el pronóstico a corto tiempo es favorable; sin embargo, a largo tiempo el agrandamiento recurrirá más fácilmente. La recurrencia puede ser llevada al mínimo con la completa eliminación de los irritantes locales.

El tratamiento para el agrandamiento gingival hereditario consiste en la remoción quirúrgica del tejido agrandado excesivamente, por medio de la gingivectomía; así como la eliminación de los irritantes locales por medio del control de placa y del raspaje.

La recurrencia a la enfermedad se controla por medio del raspaje y del curetaje realizados en forma periódica y con un rígido control de placa.

Agrandamientos Gingivales Fibrosos:

El más común es el "Agrandamiento Gingival Dilantínico" que se presenta en algunos pacientes tratados con droga anticonvulsiva dilantína sódica o fenantoína sódica.

Sus características clínicas son que hay un aumento generalizado de la encía marginal y de la papila interdental en el tamaño gingival; causa un aumento en la profundidad de surco, al cual se le denomina pseudomembrana o bolsa gingival, esta es originada por el agrandamiento coronario de la encía. La bolsa gingival debe diferenciarse de la bolsa paradontal, la cual se caracteriza por la migración apical de la adherencia epitelial.

El aumento más pronunciado es en la zona de la papi la interdientaria. Este agrandamiento tisular puede progre - sar hasta un punto en que los tejidos cubran a los dientes - y producir una interferencia en la oclusión.

El tejido agrandado aparece firme, fibroso, resilen - te y con un color rosa pálido, con una tendencia mínima a - la hemorragia y con una apariencia lobulada en su superfi - cie.

El agrandamiento, por lo general se observa en toda la cavidad bucal y aparece más pronunciado en la zona de - los dientes anteriores. Afecta zonas en las cuales hay dien - tes y raramente toma espacios desdentados.

Se presenta con mayor frecuencia en los pacientes - más jóvenes que reciben la dilantina sódica. Esta altera - ción gingival, no se da en todos los pacientes que reciben - este medicamento, sólo en un 50% aproximadamente.

Si estan presentes los irritantes locales, estos - pueden complicar la reacción causada por la droga, dando co - mo resultado una inflamación; al existir la inflamación va - ría el cuadro clínico, presentando un aumento de tamaño de - los tejidos ya agrandados, estos aparecen de un color rojo - o rojo-azulado, se pierde la apariencia lobulada de la su - perficie y aumenta la tendencia a sangrar.

Si la afección no se complica con la inflamación - y el tejido es removido quirúrgicamente, la recurrencia es - común.

Si la enfermedad se combina con la inflamación, el pronóstico depende del éxito de las medidas preventivas en el control de los factores etiológicos locales. El tratamiento local es efectivo, pero el agrandamiento puede seguir debido a la fenantoína sódica.

El tratamiento del agrandamiento gingival dilantínico estará basado en si la enfermedad se complica o no con la inflamación por los factores etiológicos.

Si la enfermedad no se complica con los factores locales, el tratamiento será la interrupción de la dilantina-sódica, este es el único método para eliminar la enfermedad y evitar la recurrencia. Si la droga es interrumpida, el agrandamiento generalmente desaparece después de uno o dos meses.

Aunque la dilantina sódica es la droga de elección en el tratamiento de la epilepsia, a veces puede recetarse otra droga. En caso de que la dilantina o fenantoína sódica no pueda interrumpirse, está indicada una gingivoplastia para la remoción del tejido agrandado.

Si la enfermedad se complica con los factores etiológicos locales, el tratamiento será realizando un rígido control de placa por parte del paciente para eliminar los factores locales, así como la exterminación de todas las fuentes de irritación local.

Cuando se presenta un agrandamiento gingival extensivo, deberá realizarse una gingivectomía o una gingivoplastia.

La recurrencia a la enfermedad se puede controlar - por medio de raspaje y curetajes periódicos y un rígido con trol de placa por parte del paciente.

Agrandamientos Gingivales del Desarrollo:

Este agrandamiento aparece como una deformación - abultada de los contornos vestibular y marginal de la encía de dientes en diferentes etapas de la erupción.

Se produce por la superposición de la encía a la - prominencia normal del esmalte en la mitad gingival de la - corona. Con frecuencia, el agrandamiento persiste hasta que la adherencia epitelial emigra desde el esmalte hasta la, - unión amelocementaria.

En sentido estricto, el agrandamiento gingival del- desarrollo es fisiológico y por lo común no presenta problemas. Sin embargo, cuando se le agrega la inflamación marginal, da la impresión de ser un agrandamiento gingival extenso; en este caso, es suficiente con aliviar la inflamación- marginal, sin proceder a la resección quirúrgica del agran - damiento.

TEMA VI

CIRUGIA DE LAS ALTEFACIONES GINGIVALES.

En este tema se explicarán las técnicas quirúrgicas que se utilizan para la corrección de algunas enfermedades o alteraciones gingivales. La más conocida es la "Gingivectomía", aunque se hablará de ella junto con la "Gingivoplastia", ya que con frecuencia se realizan juntas, aunque se consideren por separado por razones de didáctica. Los dos nombres no reflejan más que las dos finalidades del mismo procedimiento.

Gingivectomía y Gingivoplastia:

Se puede definir a la gingivectomía como la excisión de la pared dental de la bolsa, su finalidad es la de eliminar las bolsas. La gingivoplastia es la remodelación de la encía que ha perdido su forma externa fisiológica, su finalidad es la creación de la forma gingival fisiológica y no la eliminación de las bolsas.

Requisitos Previos:

La zona de la encía insertada debe ser lo suficientemente ancha para que la excisión deje una zona adecuada desde un punto de vista funcional. La forma de la cresta alveolar subyacente debe de ser normal. No debe de haber defectos o bolsas infraóseas o intralveolares.

Preparación Previa a la Cirugía:

Consiste en procedimientos preliminares con la finalidad de preparar a la cavidad bucal para el tratamiento total que se va a realizar. Por lo general, ocupa de tres a cuatro sesiones, según sea el estado bucal del paciente.

La preparación previa incluye un raspado y alisado de las raíces, así como un pulido de los dientes. También se eliminarán los factores ambientales locales desfavorables, como restauraciones desbordantes y zonas de impacción de alimentos. Se corrigen alteraciones oclusales severas; si fuera necesario, se confeccionan férulas temporales y protectores nocturnos, para disminuir las fuerzas oclusales excesivas y aliviar hábitos parafuncionales como el bruxismo. Se investigan estados sistémicos que puedan perturbar la cicatrización. Se enseña al paciente el régimen de control de placa para que ayude a mejorar el estado parodontal y proporcione la oportunidad de establecer la eficacia de la cooperación del paciente en el tratamiento a seguir.

La enfermedad gingival aguda debe de ser eliminada antes de hacer la intervención quirúrgica, el paciente debe de estar libre de síntomas un mes antes de que se realice la gingivectomía y gingivoplastia.

Pasos para Realizar la Intervención Quirúrgica:

Básicamente la gingivectomía y gingivoplastia se realizará en nueve pasos, que son:

Preparación Previa a la Cirugía:

Consiste en procedimientos preliminares con la finalidad de preparar a la cavidad bucal para el tratamiento total que se va a realizar. Por lo general, ocupa de tres a cuatro sesiones, según sea el estado bucal del paciente.

La preparación previa incluye un raspado y alisado de las raíces, así como un pulido de los dientes. También se eliminarán los factores ambientales locales desfavorables, como restauraciones desbordantes y zonas de impacción de alimentos. Se corrigen alteraciones oclusales severas; si fuera necesario, se confeccionan férulas temporales y protectores nocturnos, para disminuir las fuerzas oclusales excesivas y aliviar hábitos parafuncionales como el bruxismo. Se investigan estados sistémicos que puedan perturbar la cicatrización. Se enseña al paciente el régimen de control de placa para que ayude a mejorar el estado parodontal y proporcione la oportunidad de establecer la eficacia de la cooperación del paciente en el tratamiento a seguir.

La enfermedad gingival aguda debe de ser eliminada antes de hacer la intervención quirúrgica, el paciente debe de estar libre de síntomas un mes antes de que se realice la gingivectomía y gingivoplastia.

Pasos para Realizar la Intervención Quirúrgica:

Básicamente la gingivectomía y gingivoplastia se realizará en nueve pasos, que son:

1er. Paso.- Historia clínica.- Esta debe de ser -
checada para asegurarnos de que no hay contraindicaciones -
en el uso de anestésicos locales o para realizar un proce -
dimiento quirúrgico.

2o. Paso.- Si el paciente es demasiado aprensivo, -
se le premedicará con cualquier tipo de sedante, aproximadame
mente una semana antes de realizar la intervención.

3er. Paso.- Anestesia.- Hay que asegurar desde un -
principio al paciente que va a ser una operación indolora;-
se le anestésiará regionalmente y con inyecciones infiltra-
tivas, por lo general no se necesita la inyección directa -
en la papila interdientaria, aunque en algunos casos puede -
llegar a utilizarse.

4o. Paso.- Marcación de puntos sangrantes.- Las bols
as se marcan con una sonda periodontal o con unas pinzas -
marcadoras. Cuando se utiliza la sonda periodontal, se mide
y se marca sobre la superficie externa con un explorador; -
cuando se emplean las pinzas marcadoras de bolsas, se introdu
ce el extremo recto de estas hasta el fondo de la bolsa -
y con el extremo angulado para punzar se marca en la super-
ficie externa.

Los puntos sangrantes se marcan en forma sistémica,
comenzando por el último diente en su cara distal, siguien-
do con la cara mesial del mismo, avanzando hacia la línea -
media en toda la superficie vestibular. Este procedimiento-
se repetirá en la superficie lingual. Cada bolsa se marca -
rá en varias partes para dibujar el curso que se llevará en

cada superficie, incluso se marca en la papila interdental.

5o. Paso.- Incisión.- Para realizar la incisión inicial sobre la superficie vestibular y lingual, se usa la superficie convexa de un bisturí de kirkland No. 15 ó 16 o un bisturí para gingivectomía parecido. La incisión se comienza ligeramente hacia apical del primer punto sangrante que marca el curso de la bolsa, entre la base de la bolsa y la cresta del hueso. Puede hacerse una incisión continua o discontinua, pero debe estar lo más cerca posible del hueso, sin exponerlo.

La eliminación del tejido blando que está entre el fondo de la bolsa y el hueso es importante, porque nos da la mayor posibilidad de eliminar la totalidad de la adherencia epitelial, nos asegura la exposición de todos los depósitos radiculares del fondo de la bolsa y nos ayuda a eliminar el tejido fibroso excesivo que interfiere la coacción del contorno fisiológico cuando la encía cicatriza. Esto, evita la necesidad de una segunda intervención quirúrgica para remodelar la encía una vez hecha la gingivectomía y gingivoplastia.

Luego que son completadas las insisiones vestibular y lingual, se hacen las incisiones interproximales con un bisturí angosto y en forma de lanza como el bisturí de orban No. 1 y 2 ó el bisturí de beck, la incisión deberá extenderse horizontalmente por debajo de la papila interdental, separándola de los tejidos conectivos subyacentes y eliminando completamente la bolsa.

6o. Paso.- Bicelado y festoneado.- Cuando los tejidos han sido ya eliminados por medio de las incisiones, estas se bicelan aproximadamente en un ángulo de 45° con respecto a la superficie dentaria. O sea con una terminación de filo de cuchillo y el tejido restante quedará festoneado alrededor de cada diente. A veces, es preciso acentuar el festoneado para asegurarse de que la forma fisiológica y el surco persistirán después de la cicatrización; esta corrección, se hace con el bisturí de orban, con tijeras quirúrgicas, alicates para tejido o con un electrocauterio. Se hace un movimiento de raspado, esto es haciendo un leve raspaje, pero con presión firme y pareja sobre el tejido fibroso resistente; de manera similar, se usan piedras de diamante en el bicelado y festoneado cuando el tejido es firme.

7o. Paso.- Higiene, previa a la colocación del apósito.- Antes de colocar el apósito periodontal se observa cada superficie de cada diente, para detectar restos de cálculo o de tejido blando, después de lo cual la zona se lava varias veces con agua bidestilada, suero fisiológico o agua tibia y se cubre con un rollo de gasa en forma de "U"; se le indicará al paciente que cierre sobre la gasa, la cual se deja puesta hasta que cese la hemorragia.

Antes de que se vaya a colocar el apósito periodontal, la superficie cortada debe de estar cubierta por el coágulo sanguíneo, este protege la herida y proporciona un andamio para los nuevos vasos sanguíneos y células de tejido conectivo que se forman durante la cicatrización. El coágulo sanguíneo no debe de ser muy voluminoso ya que entorpece la retención del apósito periodontal, además de que es un medio favorable para la proliferación bacteriana.

8o. Paso.- Preparación del apósito.- Pueden utilizarse dos tipos básicos de apósito periodontal, que son: - apósito de óxido de zinc y eugenol, como el kirkland periodontal pack; y el apósito periodontal sin eugenol, como el-coe-pack.

El apósito periodontal de kirkland periodontal pack se presenta en un polvo y un líquido, se colocan unas pocas gotas de líquido sobre una loceta y el polvo es mezclado - gradualmente con el líquido colocado en la loceta. El apó - sito deberá de tener una consistencia firme cuando este - listo para usarse, como si fuera masilla no pegajosa.

El apósito periodontal de coe-pack viene en forma - de dos pastas, sobre una loceta deberá de extenderse partes iguales de cada pasta y mezclarlas hasta que se obtenga un - color uniforme; el material es algo pegajoso cuando se co - mienza a mezclar, pero pronto alcanza una consistencia para poder manejarlo.

9o. Paso.- Colocación del apósito.- El apósito pe - riodontal se modela en dos cilindros de longitud aproxima - da a la zona tratada. Uno de los extremos de uno de los ci - lindros se dobla en forma de gancho y se adapta alrededor - de la superficie distal del último diente; el resto del ci - lindro se lleva hacia adelante, sobre la superficie vesti - bular hacia la línea media, presionándolo a todo lo largo - de una manera suave, ocupando todo el margen incidido hasta los espacios interproximales. El segundo cilindro se aplica desde la superficie lingual; este se une al apósito de la - superficie distal del último diente y después se lleva ha - cia adelante a lo largo del margen gingival cortado, hacia - la línea media. Los cilindros se unen mediante una suave -

presión sobre la superficie distal del último diente.

La superficie del apósito periodontal deberá de ser lisa y los bordes deberán estar correctamente adaptados a los tejidos subyacentes, se evitará la sobreextensión hacia la mucosa no afectada ya que irrita el pliegue mucogingival y el piso de la boca, así como también dificulta los movimientos de la lengua. El apósito que interfiera en la oclusión deberá de ser recortado antes de despedir al paciente, si no se hace causará molestias y se arriesga la retención de este.

Una vez colocado el apósito periodontal, el operador deberá de esperar 15 minutos antes de recortarlo; esto permite que los labios, carrillos y lengua modelen el apósito periodontal mientras esté blando.

Instrucciones Posoperatorias:

Es muy importante que el paciente tome en cuenta las indicaciones que a continuación se van a mencionar.

Se le dice al paciente que cuando la anestesia deje de hacer su efecto, puede tener un leve malestar. Es aconsejable que tome un analgésico leve antes de que desaparezca la anestesia.

Se le hará saber que el apósito periodontal que se le colocó previene el dolor, protege a la encía de la irritación, ayuda a la curación y permite llevar a cabo la mayoría de las actividades usuales en perfecto estado.

Se le dice que el apósito periodontal endurecerá - perfectamente en pocas horas, después de lo cual puede oponerse a las fuerzas moderadas de la masticación sin romperse.

Si llega a romperse una porción del apósito y al paciente le llega a doler, se le dice a este que llame al consultorio, así como si algún borde rugoso del apósito periodontal le irrita cualquier zona de la cavidad bucal. En este caso la solución más efectiva es recolocar el apósito.

El paciente debe de seguir un régimen dietético - blando, aconsejándole que no mastique con la zona en que se realizó la intervención quirúrgica.

Las medidas de higiene bucal deben de mantenerse en las zonas que no fueron operadas, recordándole al paciente - que no use el cepillo en la zona intervenida; se le dice - que al día siguiente puede enjuagarse las veces que quiera - con un enjuague bucal de sabor agradable.

Citas Posoperatorias:

Después de haber dejado bien claras todas las instrucciones anteriores, se le cita al paciente a la semana - de la intervención quirúrgica.

En la primera visita, se realiza lo siguiente:

-Remoción del apósito periodontal.

-Limpieza de la zona tratada, con una suave instrumentación y con agua caliente.

- Revisar y registrar el progreso de la curación del tejido gingival intervenido.
- Colocación de un nuevo apósito periodontal, este no se colocará sólo que el paciente haya evolucionado hasta un punto tal que pueda usarse el cepillo dental para limpiar la zona.

El paciente ya no debe de presentar ningún dolor al otro día de la realización de la primera visita posoperatoria, por lo cual se le cita a la semana de esta.

En la segunda visita, se realiza lo siguiente:

- Remoción del apósito periodontal, si fué colocado en la sesión anterior.
- Limpieza de la zona operada, asegurándonos de que no existan restos alimenticios, placa o depósitos dentarios remanentes.
- Remoción de cualquier exceso de tejido de granulación.
- Pulido de los dientes.
- Revisión de las instrucciones del control de placa, poniendo mucho énfasis en la limpieza de las superficies radiculares interproximales, las que están generalmente más expuestas después de la cirugía.

El paciente deberá de regresar en una semana. Sin embargo, es importante seguir el proceso de curación sema -

nalmente, o al menos cada dos semanas, hasta que los tejidos presenten un color rosado y estén firmes y saludables; - el nuevo surco gingival debe de estar dentro de 1 mm. ó 2 mm. de profundidad.

Las fallas en la remoción de excesivo tejido sano, - o en no insistir en el control de placa adecuado, puede dar como resultado una curación pobre, un retorno de las bolsas y sensibilidad dentaria.

Gingivoplastía Sola:

La gingivoplastía se puede realizar sin la gingivectomía como un procedimiento autónomo cuando el margen gin-gival es redondeado y fibroso y cuando la profundidad de la bolsa es mínima. Aunque el raspaje, el curetaje y la higie-bucal adecuada, preliminares por lo general, eliminan o reducen parte de la deformación gingival, las deformidades - fibrosas o hiperplásicas pueden resistir este tratamiento y se eliminan mejor por una cirugía,

La relación entre la forma dentogingival y la fun-ción o topografía gingival respecto a la eficacia de la desviación de los alimentos, es un concepto importante. Por lo general, la interrelación apropiada de estos dos factores, - hace que el mantenimiento de la salud periodontal sea mucho más fácil. Cuando las superficies dentarias no protegen la encía, no se produce desviación de alimentos durante la masticación. La retención y la impacción de alimentos durante la masticación se acentúan. La encía pierde su margen del - gado y se torna redondeada. Este círculo vicioso se inte-rrumpe por restauraciones adecuadas y la gingivoplastía, - que básicamente es el modelado de la encía.

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

Con este trabajo se puede llegar a valorar la real-importancia de las "Alteraciones Gingivales", así como los-diferentes tipos de las mismas.

En lo que se refiere a la clasificación de las alte-raciones gingivales y la de los factores etiológicos de las mismas, se trataron de explicar en los dos casos las que es-tán consideradas de mayor importancia en nuestro medio, ya-que una de las finalidades del desarrollo de este tema es -que el Cirujano Dentista pueda llegar a diferenciar y ata-car devidamente las diferentes enfermedades o alteraciones-gingivales.

Con el fin de poder realmente lograr este objetivo-se tuvo primeramente que analizar al parodonto en su forma-normal tanto histológicamente como clínica y fisiológica -mente para con eso tener la mayor visión posible de las al-teraciones gingivales.

La obligación que deberá tener el Cirujano Dentista será la de saber diferenciar perfectamente una enfermedad -gingival de otra así como éstas con las enfermedades paro -dontales en general.

Carlos A. Rodríguez Figueroa
"Parodoncia"
Editor Francisco Méndez Oteo
México, D.F.
1980.

Daniel A. Grant, Irving B. Stern y Frank G. Everett
"Periodoncia de Orban"
Teoría y Práctica
Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
México, D.F.
1975.

Elizabeth A. Pawlak y Philip M. Hoag
"Conceptos Esenciales de Periodoncia"
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Buenos Aires, Argentina.
1978.

Fermín A. Carranza
"Periodoncia"
Patología y Diagnóstico de las Enfermedades Periodontales.
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Buenos Aires, Argentina.
1978.

I.A. Mjor y J.J. Pimdborg
"Histología del Diente Humano"
Editorial Labor, S.A.
Barcelona, España.
1974

Irving Glickam
"Periodontología Clínica"
Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
México, D.F.
1974.

Knud M. Kardel
"Cirugía Parodontal"
Macirel, Artes Gráficas.
Madrid, España.
1971.

Paul N. Baer y Sheldon D. Benjamín
"Enfermedad Periodontal"
Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Buenos Aires, Argentina.
1975.

Saul Schluger, Ralph A. Yuodelis y Roy C. Page
"Enfermedad Periodontal"
Compañía Editorial Continental, S.A.
México, D.F.
1981.

Stephen Stoni y Paul J. Kalis
"Periodontología"
Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
México, D.F.
1978.

Revista "Odontólogo Moderno"
Junio - Julio 1981
Págs. 23 a 29.