

2 ejemplares
(61)

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA - U. N. A. M.
Carrera de Odontología



Importancia de la Parodontia en Odontología Infantil

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

T E S I S

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

JORGE CORONA RAMIREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.	1
Capítulo I.- CARACTERISTICAS DEL PARODONTO EN NIÑOS.	3
Capítulo II.- ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.	8
a) Factores etiológicos locales.	9
b) Factores etiológicos sistémicos.	14
c) Factores en los padecimientos parodontales.	19
Capítulo III.- PADECIMIENTOS PARODONTALES EN NIÑOS Y SU TRATAMIENTO.	27
a) Respiradores bucales.	31
b) Lesiones de la mucosa oral asociados con procesos inflamatorios de la dentición.	31
c) Absceso parodontal.	33
d) Padecimientos parodontales severos.	34
e) Parodontitis precoz con lesiones epidémicas.	35
f) Gingivostomatitis herpética aguda.	36
g) Gingivitis aguda ulcerativa necrosante.	37
h) Moniliasis.	38
i) Hiperplasia gingival causada por dilantin sódico.	38

	Pág.
Capítulo IV.- MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS DURANTE LA NIÑEZ.	40
a) Varicela.	40
b) Sarampión.	41
c) Escarlatina.	42
d) Difteria.	43
e) Diabetes.	44
f) Tuberculosis.	44
g) Sífilis.	45
h) Leucemia.	45
i) Enfermedad de Christmas (pseudo-hemofilia).	45
Capítulo V.- PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PARODONTALES EN NIÑOS.	47
Capítulo VI.- METODOS DE PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.	50
a) Control de la placa bacteriana.	50
b) Métodos de cepillado.	51
c) Método de Bass.	51
Conclusiones.	54
Bibliografía.	57

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

Los padecimientos parodontales son en general, en unión con la caries dental, una de las causas más frecuentes de la pérdida de los dientes; es por ello que el estudio de la etiopatogenia de dichos padecimientos se han intensificado enormemente y grandes progresos se han realizado aunque sin aclararlos en forma definitiva.

La incidencia cada vez mayor de padecimientos parodontales en niños y la necesidad de una mayor información acerca de la forma en que éstos padecimientos se inician, han dado lugar a que el estudio en ellos siga en aumento.

Dichos trastornos parodontales aún cuando se tratan por separado no deben interpretarse como si éstos constituyesen una fase de la enfermedad parodontal que se presenta en los adultos.

El hecho de que se le estudie por separado se debe a que en los niños se presentan con diferentes características debido a las peculiaridades que presenta la cavidad bucal del niño, como por su tipo metabólico sistémico en general.

Generalmente los trastornos parodontales durante la niñez, no revisten -

la misma importancia que en la edad adulta, encontrándose en los niños rara vez pérdida de dientes, sin embargo en ocasiones pueden presentarse debiéndose principalmente a trastornos de origen sistémico.

Aunque no hay alteraciones graves de origen sistémico durante la niñez, llegan a presentarse padecimientos que pueden variar desde una gingivitis hasta infecciones gingivales agudas, las cuales revisten una mayor gravedad.

En éste trabajo nos daremos cuenta que los padecimientos parodontales si existen en los niños y que conviene ante todo eliminar los estados iniciales de dichos padecimientos con el objeto de evitar complicaciones consecuentes.

El Sustentante.

CAPITULO I

CARACTERISTICAS DEL PARODONTO EN NIÑOS.

El parodonto de la dentición primaria presenta características propias, no observadas en el parodonto de las personas adultas. La forma anatómica de los dientes primarios, el menor tiempo de exposición al medio bucal y a la estimulación por parte de los alimentos durante la masticación, el desprendimiento de los dientes primarios y la erupción de los secundarios, determinan cambios en el parodonto de los niños que es necesario conocerlos perfectamente para no caer en el error de confundirlos con procesos inflamatorios, francamente patológicos.

La encía en la dentición primaria es de color rosa pálido, la región de ésta encía insertada (conocida de esta manera), está firmemente adherida al hueso alveolar subyacente y presenta un puntilleo semejante al de la encía insertada del adulto, aunque menos marcado, parecido al de una cáscara de naranja.

Debido a la forma anatómica de los dientes primarios, cuyas coronas poseen un diámetro mesiodistal mayor que el diámetro oclusocervical, o incisocervical, ya que sus áreas de contacto están situadas más cerca oclusal o el borde incisal, que los dientes secundarios, los espacios interproximales de los dientes primarios son de

mayor tamaño que los espacios interproximales de los dientes secundarios, las papilas interdentarias son más amplias en sentido labiolingual que en sentido mesio distal, se adaptan al contorno de las caras proximales y son en todos sentidos de un tamaño mayor que las papilas interdentarias en la dentición permanente. Están formadas por dos porciones, una labial y otra lingual ó palatina, unidas por una depresión intermedia de tejido.

El color rosa pálido de la encía, es debido a una mayor cantidad de te jido conectivo en relación con los vasos sanguíneos que nutren dicha encía.

El puntilleo de la encía, descrito en un principio, puede ser observado en los niños con mayor facilidad, a partir de los tres años, está formado por pequeñas elevaciones aplanadas con depresiones en la superficie epitelial. A la edad de diez años, cuando ya algunos dientes secundarios han hecho erupción, la encía de algunos niños presenta un puntilleo mayor en forma de banda, cuyo ancho aproximado es de dos y medio milímetros, variando en diferentes áreas de una misma boca y en bocas distintas, ésta banda se extiende por debajo del borde libre de la encía y no es tá limitada a la encía insertada sino que abarca inclusive a las papilas interdentarias.

El intersticio gingival es más profundo que el del adulto, sin considerarse por ello patológico.

La pared lateral del intersticio gingival, así como también el resto de la encía y de la mucosa bucal, crecen continuamente, sufren descamaciones y cuando la encía es desgastada por fricciones excesivas, se recupera rápidamente. Los tejidos parodontales de los niños se adaptan a funciones vigorosas y la encía firmemente adhe

rida al hueso subyacente y adaptada a la cara de los dientes, es protegida por la forma de las coronas durante la masticación.

Microscopicamente el epitelio escamoso estratificado presenta proyecciones digitales bien definidas. Su superficie externa está queratinizada si no totalmente, sí en su mayor parte. El tejido conectivo es predominantemente fibrilar y presenta una capa papilar y una reticular, los grupos de fibras colágenas bien diferenciadas en el adulto, no se presenta en los niños.

El epitelio que inicialmente cubre la banda de tejido que une a las dos porciones de las papilas interdentarias es odontogénico en origen, posee un gran grosor de pocas células y no está queratinizado.

El ligamento parodontal de los dientes primarios es más ancho que el de los secundarios. Durante la erupción, las fibras principales del ligamento parodontal son paralelas al eje longitudinal del diente y la disposición en haces observada en la dentición del adulto, se presenta una vez que los dientes hacen contacto con los antagonistas y el proceso de erupción activa termina.

El hueso alveolar de los dientes primarios, muestra radiográficamente una lámina dura prominente, tanto en el estado de cripta, como durante la erupción activa. Las trabéculas del hueso alveolar son menos numerosas pero de un grosor mayor y los espacios medulares son de mayor tamaño que los del hueso alveolar de una persona adulta.

Las crestas alveolares son planas y no terminan en pico como en el adul-

to sin que esto sea considerado como patológico.

Los tejidos del parodonto en los niños, están sujetos a una serie de cambios debido a que este es un período de crecimiento y desarrollo activos, el reemplazo de los dientes primarios por los permanentes, se lleva a cabo durante este período, sin embargo, todos estos cambios son considerados como fisiológicos y conviene saber distinguirlos adecuadamente.

Durante la niñez, existen cambios en el maxilar y en la mandíbula debido al crecimiento y desarrollo. Como resultado del crecimiento aposicional del hueso alveolar aparecen espacios entre los dientes, a estos espacios se les denomina Espacios Primates, pueden presentarse en edad temprana como los tres y medio años. La encía que cubre dichos espacios se adhiere fuertemente al hueso subyacente, el epitelio experimenta una mayor queratinización adaptándose así a la función que desempeña y los alimentos tienen poca tendencia a empacarse si los dientes conservan íntegra anatomía. Este espaciamiento no está asociado con gingivitis u otro tipo de padecimiento parodontal.

Frecuentemente, son observados cambios en la encía relacionados con la erupción de los dientes, es importante reconocer estos cambios fisiológicos y diferenciarlos de los procesos patológicos que en algunos casos acompañan a la erupción dentaria.

Antes de que las coronas de los dientes hagan su aparición en la cavidad bucal y que las cúspides o bordes iniciales de estos dientes perforen la mucosa bucal, la encía presenta una ligera protuberancia firme y ligeramente blanquecina debido a

la isquemia producida por el diente que está a punto de hacer erupción. Los tejidos situados por encima de estos dientes se adelgazan y la forma de estas protuberancias es semejante a la de la corona del diente.

Una vez que los dientes se hacen visibles en la cavidad bucal y durante el tiempo que estos se encuentran en proceso de erupción, hasta llegar a su posición final la encía marginal se encuentra engrosada, su borde libre es redondeado y ligeramente enrojecido y edematoso. Una activa reorganización de las fibras del tejido conjuntivo tiene lugar y esto aparece como una ligera hiperemia que nunca alcanza el color y las características de una inflamación asociada a una infección y no debe confundirse con una gingivitis de origen bacteriano. Una característica notable en denticiones mixtas es el agrandamiento de la encía, principalmente en la cara labial de los dientes anteriores permanentes del maxilar.

En el curso de la erupción dentaria, la base del intersticio gingival, no alcanza la unión cemento-esmalte hasta la edad adulta, esto significa que en los niños la encía marginal de sus dientes permanentes descansa sobre la corona. El esmalte al nivel del tercio cervical de la corona de los dientes anteriores permanentes es más prominente que la raíz. Como la encía marginal descansa sobre estas prominencias, se crea la apariencia de que existe un agrandamiento de esta encía. Este no es un cambio patológico en el contorno de la encía y se aprecia más fácilmente en el maxilar que en la mandíbula, lo cual es debido en parte al mayor tamaño de los incisivos superiores.

CAPITULO II

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Los padecimientos parodontales son entidades patológicas complejas y - su etiología es consecuentemente compleja también y muy variada. Aún tratándose del más simple de los padecimientos parodontales, es arriesgado el afirmar que un só lo factor etiológico es el responsable de dicho padecimiento.

Al incluir en este trabajo un capítulo acerca de la etiología de los pade cimientos parodontales, no se trata de demostrar que éstos padecimientos en niños, di fieran enteramente en patología, etiología y terapéutica de los padecimientos presen tes en los adultos. Sin embargo, se ha observado que ciertas formas de procesos pato lógicos en los tejidos parodontales se presentan con mayor frecuencia en la niñez y que la reacción de los niños a determinados factores etiológicos, es diferente a la - reacción observada en el adulto y aunque esto se ha atribuido a diferencias metabóli cas generales, no es posible aún, precisar con exactitud, los mecanismos que deter- minan las diferencias entre las reacciones del niño y del adulto a los mismos factores etiológicos.

La clasificación de los factores etiológicos de los padecimientos parodono

tales clásicos es la que los divide en: Locales y Sistémicos, ambos están íntimamente relacionados y el efecto adverso de un factor local está frecuentemente alterado - por influencias sistémicas, éstas a su vez están modificadas por condiciones locales - de las inmediaciones de la encía y los tejidos de soporte. El punto de vista más razonables es que las condiciones sistémicas son frecuentemente la causa de los padeci--mientos parodontales, estando los tejidos del parodonto predispuestos a adquirir la enfemedad debido a la presencia de factores locales. Por otro lado, las influencias locales pueden ser de una intensidad suficiente para producir los padecimientos paro--dontales, los cuales se hacen más severos en presencia de condiciones sistémicas des--favorables.

A.- FACTORES ETIOLOGICOS LOCALES.

Los factores etiológicos locales que se consideran importantes en relación con los padecimientos parodontales son:

Del Medio Bucal:

- 1.- Placa Bacteriana.
- 2.- Sarro.
- 3.- Materia Alba.
- 4.- Empaquetamiento Alimenticio. (Vertical y Horizontal).
- 5.- Tipo de Dieta. (Consistencia).
- 6.- Higiene Bucal Defectuosa.

De los Tejidos Dentarios:

- 1.- Lesiones Cariosas.
- 2.- Anomalías de Forma y Posición.
- 3.- Maloclusión.
- 4.- Oclusión Traumática.

Existe una íntima relación entre los factores etiológicos locales de los padecimientos parodontales. El sarro y la materia alba, actúan en forma mecánica, química y biológica en contra de los tejidos del parodonto su formación depende en gran parte de la flora microbiana bucal en unión de otros factores bucales como la higiene bucal defectuosa, dientes de consistencia blanda, Ph de la saliva, etc.

El empaquetamiento alimenticio, que puede ser vertical u horizontal, depende del tipo de dieta, si la consistencia de ésta es inadecuada, el empaquetamiento alimenticio será mayor, clínicamente dicho, empaquetamiento es síntoma de una higiene bucal defectuosa la cual puede deberse a las anomalías de forma y posición de los dientes o de los frenillos que aunque no son tejidos dentarios, en ocasiones intervienen en la etiología de los padecimientos parodontales, principalmente el frenillo labial superior, normalmente la inserción de éste frenillo termina a nivel de la encía alveolar, si traspasa dicho límite terminado en la encía insertada, en los movimientos de masticación y deglución, ejercerá una tracción constante sobre la encía insertada, y en la encía marginal facilitando así la acumulación de residuos alimenticios, dificultando la limpieza correcta de éstas áreas y produciendo en ocasiones fisuras denominadas Fisuras de Stillman, que son desgarramientos de la encía mar

ginal. Estos frenillos dan origen también a separaciones de los dientes con la conse-
cuente pérdida del área de contacto desfavorable para el parodonto. La inserción -
anomal del frenillo lingual, produce anquiloglosia y dificulta la limpieza de las áreas
linguales de los dientes anteriores inferiores.

La forma anatómica de las coronas de los dientes es tal que durante los -
movimientos de masticación y deglución, si la dieta es adecuada, la encía recibe un
estímulo benéfico que es de mayor intensidad en la encía insertada presentando por
ello ésta encía un mayor grado de queratinización, dicho estímulo de los alimentos
sobre la encía la mantienen en buen estado de salud. Si el proceso carioso altera la
forma de las coronas de los dientes ocasionando una pérdida del área de contacto, --
existe retención de residuos alimenticios en lugares cercanos al parodonto el cual es
imitado en forma serva por éstos.

Restauraciones defectuosas alteran también el contorno anatómico de las
coronas de los dientes. Si exageran la curvatura de sus caras, impiden el estímulo -
que recibe la encía durante la masticación, si por el contrario, dicha curvatura está
disminuída por la restauración, el alimento traumatizará la encía marginal iniciándo
se así un proceso patológico.

Toda restauración, cualesquiera que sea su tipo, deberá amonizar con el
resto de los dientes y la oclusión del paciente, los contactos cuspídeos prematuros da
rán por resultado una oclusión traumática que excede la capacidad fisiológica del li-
gamento parodontal y lesiona por lo tanto los tejidos del parodonto.

Dientes que no hacen contacto con sus antagonistas, fenómeno que se co

noce con el nombre de anoclusión, tienden a salirse de su alvéolo. La corona clínica aumenta y la raíz clínica disminuye y en consecuencia, el equilibrio entre ambas se rompe. Se presenta también cambios en el ligamento parodontal, en el cemento y el hueso alveolar.

La presencia de lesiones cariosas con dolor provocado ó de dientes a punto de desprenderse de la encía, traen como consecuencia una masticación unilateral facilitando así, en los cuadrantes opuestos al lado activo, el empaquetamiento alimenticio horizontal producido por el impulso que los carrillos y la lengua dan a los alimentos en esta dirección. La encía de dichos cuadrantes no recibe además el estímulo que los alimentos dan a la masticación. Debido a la presencia del proceso cariioso ó de los dientes flojos, la limpieza de éstos cuadrantes es frecuentemente deficientes.

El uso de los mantenedores de espacio es una medida preventiva recomendable. Como el nombre lo indica, éstos aparatos mantienen inalterable el espacio desdentado. Los cambios de posición en los dientes, tanto en sentido mesial, como distal; traen como consecuencia una oclusión anormal. Con ésto también se evita el cierre de los espacios que posteriormente impiden la erupción normal de uno ó más de los dientes secundarios.

El cepillado bucal incorrecto, produce alteraciones en la encía y abrasiones en los dientes, principalmente a nivel de los cuellos anatómicos. El efecto de éste tipo de cepillado se acentúa con el uso de pastas dentales demasiado abrasivas.

El uso incorrecto de la seda dental, palillos y estimulantes interdentarios,

dan por resultado una inflamación de la encía y la mayoría de los niños son incapaces de usar en forma correcta estos instrumentos.

Las bandas de ortodoncia ajustadas en forma defectuosa a nivel del tercio cervical de la corona de los dientes, lesiona por sí solas los tejidos del parodonto y facilitan la acumulación de residuos alimenticios a éste nivel. Se sabe que ciertos movimientos ortodónticos mal dirigidos y mal aplicados, producen lesiones en el ligamento parodontal y si éstos continúan con duración indebida podrán incluso provocar una hipercementosis o resorción del cemento y del hueso alveolar. En general, los pacientes que usan aparatos ortodónticos deberán llevar a cabo una higiene bucal minuciosa dedicando más tiempo a la fisioterapia bucal debido a que la acumulación de residuos alimenticios entre las bandas, arcos y alambres es más factible.

Glickman comenta que las bandas de ortodoncia tienden a retener restos alimenticios irritantes, los cuales causan gingivitis.

Los pacientes deberán ser instruidos acerca del cepillado correcto cuando estos aparatos sean necesarios.

La condición del parodonto deberá ser chequeada regularmente durante el tratamiento ortodóntico y un cuidado parodontal instituido al primer signo de enfermedad gingival.

Diversos hábitos como abrir refrescos con los dientes, muy nocivo para los tejidos del parodonto por la excesiva presión ejercida sobre los dientes y sus tejidos de soporte. La succión del pulgar que ocasiona una protusión de los dientes an-

teriores, cambio en la posición de los dientes que rompe el equilibrio de la oclusión y facilita el empaquetamiento alimenticio y el traumatismo de los tejidos del parodonto, se consideran factores etiológicos de importancia en los padecimientos parodontales.

B.- FACTORES ETIOLOGICOS SISTEMICOS.

Los factores etiológicos sistémicos frecuentemente asociados con los padecimientos parodontales son: Deficiencias nutricionales, trastornos endocrinos, especialmente diabetes mellitus, discracias sanguíneas que ocasionan intoxicaciones de los tejidos y trastornos sicosomáticos.

Todos estos factores sistémicos varían en su mecanismo de acción en contra del parodonto, mediante una reacción específica en sus células, cambios en los mecanismos de coagulación de la sangre o en la permeabilidad de los vasos sanguíneos, retrasando la cicatrización de los tejidos, disminuyendo la resistencia de las células a la irritación y a la infección e impidiendo el desarrollo normal de los tejidos.

La infección de las membranas mucosas está asociada con varios estados carenciales especialmente con deficiencias de vitaminas A, C. y algunas del grupo B.

La deficiencia de vitamina A afecta el desarrollo y funcionamiento normales de los tejidos epiteliales en el caso del parodonto, los predispone a la inflamación y formación de bolsas, principalmente en presencia de irritantes locales como la placa bacteriana, sarro y materia alba.

Impide también la producción de Lisozima que es una enzima que aumenta

la resistencia de los tejidos a la infección. (Jawetz).

La deficiencia de vitamina C, interfiere en el metabolismo normal del tejido conectivo del parodonto, en casos severos produce escorbuto en el cuál se presentan destrucciones amplias del parodonto y pérdida de los dientes.

Deficiencias de vitamina C, menos acentuadas no han sido demostradas como causantes directas de padecimientos prodontales. sin embargo en animales de experimentación se han observado una mayor destrucción de tejidos parodontales inflamados en presencia de irritantes locales.

Procedimientos terapéuticos a base de riboflavina (vitamina B2) y ácido nítrico, son efectivos en la gingivitis de Vincent. En deficiencias de ácido fólico se han demostrado gingivitis severas en animales de experimentación. En general, las deficiencias vitamínicas leves facilitan la infección del parodonto sin que esto signifi que que los mecanismos nutricionales sean específicos.

Las deficiencias nutricionales deben ser consideradas por lo tanto, como factores etiológicos que empeoran el estado de los tejidos del parodonto, dañando a sus células y facilitando así la infección de dichos tejidos por la flora microbiana bucal y los factores etiológicos locales.

Los trastornos endocrinos están frecuentemente acompañados por trastornos parodontales. Un ejemplo notable de cambios endocrinos que afectan a los tejidos parodontales son aquellos que se presentan durante la pubertad aunque no se han encontrado una relación específica entre las hormonas y dichos tejidos, se sabe que los cam

bios en el balance endocrino se presentan durante este periodo, aumentan la susceptibilidad de los tejidos del parodonto a los irritantes locales, dichos cambios están -- acompañados en algunas ocasiones por una inflamación crónica del ligamento parodontal. Se desconoce si esta inflamación está causada por una o varias hormonas y si es o no el resultado de una actividad hormonal directa o indirecta.

A pesar de la numerosa literatura existente y la evidencia clínica que la diabetes predispone al padecimiento parodontal, las opiniones difieren grandemente respecto a la exacta relación entre la diabetes y los trastornos parodontales a ésta -- asociados. Ningún cambio en la encía de animales diabéticos ha sido notado. Una mayor cantidad de sarro y materia alba, ha sido reportada en niños diabéticos, lo -- cual es un importante factor predisponente en el padecimiento parodontal. Una mayor incidencia de abscesos parodontales, ha sido observada en individuos diabéticos. La gran destrucción de los tejidos del parodonto en niños diabéticos indica sin embargo, que la diabetes no controlada tiene alguna acción directa o indirecta sobre el parodonto. Los cambios que sufre el parodonto son probablemente una manifestación -- de la menor resistencia a la infección generalizada en el diabético.

El hipertiroidismo, puede también producir proli feraciones localizadas de la encía que son crecimientos de tipo épulis. El hipotiroidismo es considerado como -- posible causa de una erupción retardada que consecuentemente ocasiona anomalías en la oclusión. Un funcionamiento defectuoso de la corteza suprarrenal da por resultado una pigmentación de la encía, aunque éstos cambios no son frecuentemente relacionados con los padecimientos parodontales. El hipotiroidismo congénito (Cretinismo)-

es el resultado de una ausencia o falta de desarrollo de la glándula tiroides, la erupción dentaria se retarda y aunque los dientes son de tamaño normal, se presentan apiñamientos tanto en el maxilar, como en la mandíbula ya que ambos son de un tamaño menor que el normal, los disturbios en la oclusión y las anomalías del estado de posición de los dientes presentes en estos pacientes, son factores etiológicos de importancia en los padecimientos parodontales.

Niños con Síndrome de Dawn, y retardo mental, presentan un porcentaje mayor de lesiones parodontales en comparación con los niños normales. Ya que en ellos se encuentran problemas como: la configuración de piezas dentales inadecuadas, no tienen hábitos de higiene, o su lavado es defectuoso, existe falta de calcio en el desarrollo, ausencia de un estímulo como serían los movimientos de masticación de los alimentos, ya que no coordinan adecuadamente todos sus movimientos. Existen además, padecimientos sistémicos propios de la infancia cuyas manifestaciones bucales ocasionan algunos trastornos en el tejido del parodonto en algunos casos.

Discracias sanguíneas y enfermedades de los órganos formadores de la sangre, frecuentemente producen trastornos en el parodonto, tales como leucemia y anemia, producen cambios externos y característicos en el parodonto que son disminuidos si las discracias sanguíneas pueden ser controladas. En la mayoría de los casos, los cambios observados en las discracias sanguíneas y en las enfermedades de los órganos formadores de la sangre, están relacionados con una baja en la resistencia a la infección de los tejidos del parodonto, aunque las discracias sanguíneas pueden ser severas aún antes de que los síntomas parodontales se presenten. A pesar de éstos padecimientos de la sangre son con poca frecuencia agentes causales directos de trastor

nos parodontales, no ha sido demostrado que pequeños cambios en la sangre no estén relacionados con trastornos, ni contribuyan en alguna forma en su presentación.

Trastornos en diferentes áreas del parodonto, están asociados con varios tipos de terapia general en compuestos que contienen mercurio o bismuto que predisponen a la membrana mucosa bucal a la infección mediante una intoxicación local de las células. Envenenamiento de plomo en los cuales el metal se deposita en los tejidos, afectan al parodonto en forma similar. El plomo y el bismuto se depositan alrededor de los vasos sanguíneos subyacentes al epitelio y disminuyen la resistencia de los tejidos a la infección. El mercurio impregna a los tejidos especialmente alrededor de las paredes de los capilares, actuando directamente sobre las mucosas. Infecciones parodontales se presentan frecuentemente cuando se ha empleado una quimioterapia a base de sulfonamidas. El hecho de que los síntomas disminuyen con un tratamiento a base de penicilina, indica que la resistencia de los tejidos del parodonto puede ser influenciada por tratamientos generales como medicamentos que tienden a localizarse en estos tejidos intoxicándolos. Excepto cuando estos medicamentos han sido empleados en una terapia específica no se conoce la frecuencia con que este tipo de intoxicaciones toma parte en la etiología de los padecimientos parodontales.

Inflamaciones de la encía están frecuentemente asociadas con la respiración bucal.

Muy poco se conoce en relación con el papel que desempeñan los factores sicosomáticos en los padecimientos parodontales. El morderse las uñas y los labios, son manifestaciones nerviosas de origen sicosomático que afectan a los tejidos del parodon

to. Hábitos nerviosos de origen sicosomático como la bricomanía, producen fuerzas intensas que traumatizan las estructuras de soporte del diente y lesiona los músculos - masticadores.

Ingle y Natkin han reportado un síndrome poco común de osteoporosis del hueso alveolar y muerte pulpar en los incisivos mandibulares en niñas en la edad de la pubertad, que en forma traumática rechinan los dientes en excursión protusiva. Este hábito traumático es de origen sicosomático.

Movimientos exagerados de la lengua, asociados en ocasiones con hábitos anormales de deglución adquiridos por el niño mediante el uso de biberones o chupones cuyo diseño es defectuoso y con enfermedades nasofaríngeas son en ocasiones de origen sicosomático y dan por resultado protusiones de los dientes anteriores (mordidas - abiertas) debido a la presión de la lengua en contra de dichos dientes, se pierde el equilibrio normal de la oclusión del paciente y el resultado final es el de una maloclusión de éstos dientes.

C.- FACTORES INFECCIOSOS EN LOS PADECIMIENTOS PARODONTALES.

Las bacterias son de dos tipos generales, un grupo de ellas tiende a localizarse en las membranas mucosas o en el sitio de entrada al organismo, el otro tiende a diseminarse en todo el organismo. Estas propiedades resultan en parte de las propiedades de la bacteria y por el tipo de respuestas de los tejidos.

Las bacterias asociadas con los padecimientos parodontales incluso en sus formas agudas, tienden a permanecer localizadas, ésta cualidad no es debido entera-

mente a su naturaleza ya que muchas de ellas como el estreptococo y el estafilococo pueden en ocasiones penetrar al organismo produciendo infecciones en otros sitios. La disposición de los tejidos del parodonto, contribuye en gran parte en la localización de la infección en los padecimientos parodontales. Si ésta es capaz de vencer la barrera de tejido, se hace más extensa y más severa, produciendo así abscesos, osteomielitis y celulitis.

La patogenicidad de las bacterias no es debida exclusivamente a su presencia pero su multiplicación es indispensable para que se presente la infección. Para producir el padecimiento, una de las partes constitutivas de la bacteria o algunos de los productos, deberá reaccionar con las células de los tejidos, destruyéndolas e impidiendo así su normal funcionamiento. Uno de los principales grupos de productos bacterianos que causan lesiones en las células de los tejidos son las toxinas, de las cuales las de mayor importancia en relación con los padecimientos parodontales son las endotoxinas glucolípidas, presentes en las paredes celulares de las bacterias gram-negativas, actúan principalmente en las redes vasculares, destruyen los tejidos parodontales y tienen un efecto insidioso y en ocasiones de larga duración. Destrucciones de los tejidos vasculares se presentan en tejidos infectados con especies patógenas de tales bacterias.

Edotoxinas de este tipo, han sido aisladas mediante métodos convencionales a base de fenol y agua de clases respectivas de las principales bacterias implicadas en los padecimientos parodontales como son: *Borrelia Vincent*, *Borrelia Bucalis*, pequeños treponemas orales, *Fusobacterium Nucleatum*, *Bacteroides Melaninogenicus*, *Selenomonas Sputigena* y alguna especie de *Veillonella*.

Además de las toxinas bacterianas que destruyen el tejido, existen otras denominadas exotoxinas que actúan a través de diferentes mecanismos, interfiriendo con algunos de los procesos metabólicos esenciales para la vida de las células. Sus efectos son generalmente tardíos e indirectos, aunque algunas de ellas, como la exotoxina diftérica, actúan también directamente destruyendo los tejidos. La gran mayoría de éstas exotoxinas son extremadamente potentes y no existe evidencia alguna de que sean producidas por ninguno de los microorganismos orales.

Toxinas bacterianas de varias clases, se piensa están relacionadas con el desarrollo de los padecimientos parodontales, aquellas que afectan los tejidos vasculares pueden tener un efecto distinto y quizás específico sobre los tejidos parodontales. Las toxinas que originan respuestas inflamatorias, toman parte indudablemente en los padecimientos parodontales caracterizados por fenómenos inflamatorios. Aquellas toxinas que interfieren con el metabolismo normal de las células pueden también influir sobre el parodonto.

Muchas enzimas bacterianas influyen el curso de las infecciones mediante su acción sobre los tejidos y sus células. El estreptococo aerobio, posee algunas enzimas como la estreptoquinasa, hemolisinas, proteasas, estreptodornasa y la hialuronidasa, las cuales tienen efectos definidos sobre los tejidos. El estreptococo anaerobio, posee la peculiar habilidad de invadir y actuar sobre los tejidos vivos, posiblemente mediante la acción de las proteasas, siendo nulo o mucho menor su efecto sobre los tejidos muertos o coagulados. Microorganismos como el estafilococo y bacterias fusiformes, producen enzimas que podrían atacar al parodonto.

En general, tales enzimas se dividen de acuerdo con los tejidos que atacan, las que afectan a las proteínas, como la colagenasa, las proteasas y las peptidasas, las que afectan a la porción fluida de la sangre, como la coagulasa y la estreptocinasa. Las enzimas que afectan a las distintas partes que integran a las células como la estreptodornasa y la lectinasa y aquellas que afectan la sustancia granular del tejido conectivo, como la hialuronidasa, la beta-glucoronidasa, la condroitinasa y posiblemente la fenolsulfatasa. Existen pruebas de que tales enzimas son producidas en algunas ocasiones por las bacterias en la lesión parodontal.

Con cierta frecuencia, las células y los tejidos se hacen alérgicos a uno o más de los componentes de las bacterias generalmente proteínas o complejos de proteínas-carbohidratos. Los tejidos reaccionan desfavorablemente a éstas sustancias -- con edema, eritema e inflamación.

La autoinoculación por exposición de los tejidos del parodonto a las bacterias, durante un período largo de tiempo, puede sensibilizarlos a algunos antígenos bacterianos, si esto sucede la infección será facilitada por los efectos desfavorables de la reacción alérgica de los tejidos.

La respuesta de los tejidos parodontales a las bacterias es por medio de un proceso de inflamación, al hacerlo así, producen y acumulan de la sangre y la linfa varios factores específicos que tienen la potencialidad de atacar a las bacterias y lesionar a los tejidos. Estas sustancias como los anticuerpos y la lisozima, modifican el curso de la infección bacteriana y están presentes en los fluidos. Aún no se sabe con certeza el papel de éstas sustancias en el curso de los padecimientos parodontales, se presu

me es semejante al que llevan a cabo en otras infecciones bacterianas, ya que los estafilococos, estreptococos y neumococos, así como muchos otros microorganismos, son destruidos o inhibidos en su crecimiento por estas sustancias. Existe la posibilidad de que la lisozima sea un factor importante en el control de la flora microbiana oral, debido a que se acumula en cualquier sitio de inflamación y su sustrato está presente en los tejidos, se ha considerado como causa de lesiones ulcerativas, particularmente en el tracto intestinal. Cuando existe un estado inflamatorio en la encía, la excesiva acumulación de lisozima en ésta área, puede influenciar el resultado final debido a sus efectos antibacterianos y a su acción histolítica, el papel de ésta sustancia en la formación de la lesión parodontal, es difícil de establecer, se encuentra en cualquier sitio de inflamación y su acción específica en estos casos tampoco se conoce. En deficiencias de vitamina A, existe una marcada carencia de lisozima en los tejidos, la cual se ha relacionado con el aumento de la susceptibilidad de los tejidos a la infección. Hasta la fecha no existe un estudio comparativo de la concentración de ésta sustancia en los tejidos parodontales normales y la concentración presente durante la infección.

El ácido láctico es otra de las sustancias que se producen durante el proceso inflamatorio y que pueden influir en la lesión parodontal. El metabolismo de una zona inflamada cambia radicalmente debido quizás a la presencia de gran número de células fagocitarias que migran hacia ese lugar, cambiando su metabolismo, convierten a la glucosa en ácido láctico y posiblemente en otros ácidos de bajo peso molecular, los cuales se acumulan en cantidades comparativamente grandes debido al relativo aislamiento del área inflamada. Se han reportado concentraciones de ácido láctico hasta de 0.2 mg., por ciento aproximadamente. Esta alta concentración de áci-

do láctico trae como resultado que el pH del área, baje considerablemente por debajo de lo normal dañando los tejidos. El efecto de ésta caída repentina del pH en el curso de la infección parodontal, es desconocido, se cree que disminuye la densidad de la cresta del hueso alveolar.

Muchos de los microorganismos asociados con las lesiones parodontales son anaerobios y requieren por lo tanto de un potencial de oxidación-reducción bajo para su crecimiento, bacterias fusiformes y espiroquetas, relacionadas con tipos agudos de padecimientos parodontales, requieren para su crecimiento de potenciales de este tipo, especialmente cuando se encuentran en membranas mucosas expuestas, donde la anaerobiosis se alcanza difícilmente.

Es probable que éstos microorganismos anaerobios se multipliquen satisfactoriamente en áreas infectadas expuestas gracias a la presencia de bacterias aerobias que consumen el oxígeno disponible creando así un medio favorable para su crecimiento. Otro factor importante, es la desnaturalización de las proteínas durante la cual se liberan grupos reducidos como el sulfidrilo (-SH) creándose así un potencial de oxidación-reducción favorable para su crecimiento y multiplicación.

La inflamación está acompañada de proteolisis la cual puede dañar a los tejidos. Por otro lado, algunos de los polipéptidos formados, actúan en contra de las bacterias, otros estimulan los mecanismos de defensa como son el aumento de la permeabilidad de los tejidos, la formación de leucocitos y la migración de fagocitos al área infectada. La fagocitosis se presenta en algunos de los padecimientos parodontales, lo cual explica la formación de pus en la parodontitis por ejemplo. Estos meca

nismos de defensa tienen sus desventajas ya que los fagocitos tienen enzimas proteolíticas relacionadas con la patogénesis de padecimientos parodontales.

Numerosos estudios se han realizado para aclarar la actividad enzimática de la flora microbiana bucal en relación con los padecimientos parodontales. Se sabe que bacterias como el estreptococo y el estafilococo presentes en la cavidad bucal producen grandes cantidades de hialuronidasa. Por lo tanto hay unas treinta enzimas demostradas, provenientes de fuentes diversas como las glándulas salivales, la flora microbiana y los leucocitos polimorfonucleares. Todas éstas enzimas tienen por lo tanto un papel muy importante en el desarrollo de dichos padecimientos. Además las bacterias forman la matriz orgánica del sarro y forma parte también de la materia alba, dos factores etiológicos de gran importancia en los padecimientos parodontales.

El sarro que está formado por componentes inorgánicos y componentes orgánicos, se presenta en las cavidades bucales afectadas con padecimientos parodontales inflamatorios, por lo que ha hecho pensar a los investigadores que existe una relación causa-efecto entre ambos.

Clinicamente se divide en dos tipos: el sarro supragingival situado en las superficies del diente por encima del margen libre de la encía, y el sarro subgingival, situado por debajo de dicho margen y en contacto con la pared lateral del intersticio gingival. La mayoría de las investigaciones acerca de la composición del sarro han encontrado que éste contiene el 80% de material inorgánico y aproximadamente un 20% de material orgánico. La mayor proporción de la parte inorgánica consiste en calcio y fósforo; huellas de otros elementos como magnesio, fluor y sodio.

El cuerpo cristalino de la porción orgánica del sarro son fosfatos de calcio. El contenido orgánico del sarro varía con la edad de éste. El sarro viejo contiene el 28% de material orgánico que es en porcentaje: proteínas 36 a 40%, hidratos de carbono de 12 a 20%, y lípidos 0.2%. Además sabiendo que el paso inicial en el proceso de formación del sarro es la placa bacteriana, hay que eliminarla antes de que se calcifique, como una importante medida de prevención.

CAPITULO III

PADECIMIENTOS PARODONTALES EN NIÑOS Y SU TRATAMIENTO.

Los síntomas de un padecimiento parodontal avanzado son observados en niños en muy pocas ocasiones, los de la gingivitis en diversos períodos de evolución, si se presentan frecuentemente pudiendo en algunos casos, avanzar hasta llegar a padecimientos parodontales más severos.

El diagnóstico y tratamiento oportuno de éstas gingivitis, evitarán en muchos casos mayores consecuencias.

La prevalencia de éstas gingivitis es de 5% a la edad de 3 años, 50% en niños de 6 años, 90% a la edad de 11 años. Entre los 11 y 17 años el porcentaje disminuye ligeramente situándose entre 80 y 90%.

Hay grados diversos en las gingivitis pero en los niños el tipo más común de alteración gingival es la Gingivitis Marginal Crónica, en la que la encía marginal sufre los cambios característicos en color (del rosa pálido al rojo debido a la dilatación de los vasos sanguíneos) y tamaño, consistencia y textura de la superficie,-

igual que en las inflamaciones crónicas de los adultos.

Fundamentalmente, la inflamación de la encía en los niños, lo mismo - que en los adultos es producida por los mismos agentes locales, hay sin embargo algunos que se presentan con demasiada frecuencia en la que es necesario considerarlos detenidamente: Estos factores son:

1.- **Materia Alba.-** Es común en niños con mala higiene oral, la inflamación del margen gingival en relación con acumulación cremosa, blanco amarillento de materia alba depositada a nivel de los cuellos de las piezas dentarias, principalmente en las caras labiales. El margen gingival adyacente a la materia alba se torna rojo, de consistencia suave y de superficie brillante. Los restos alimenticios en descomposición, los microorganismos y sus productos, son responsables de los cambios inflamatorios.

Al inflamarse la encía marginal ocasiona un aumento en la profundidad del intersticio gingival, formándose así una bolsa gingival sin migración apical de la inserción epitelial, en donde se facilita la acumulación de residuos alimenticios.

2.- **Irritación por dientes parcialmente exfoliados y flojos.-** Es frecuente que los dientes temporales móviles y parcialmente exfoliados produzcan inflamación gingival. Durante la masticación la irritación de los bordes irregularmente erosionados de los dientes parcialmente resorbidos, causan cambios en la encía hasta la formación de abscesos y supuración. Los dientes flojos hacen que los

niños adquieran hábitos unilaterales de masticación, que favorecen la acumulación de restos alimenticios que producen la gingivitis en dicho cuadrante, el cepillado incorrecto por temor a tocar los dientes flojos empeora la situación.

3.- Sarro.- Aunque es raro que se presente en niños se ha encontrado en muchas ocasiones.

4.- Enfermedad gingival relacionada con la erupción.- La inflamación de la encía se presenta con cierta frecuencia relacionada con la erupción de las piezas.

La frecuencia con que éste fenómeno ocurre ha dado origen al término "Gingivitis de la erupción" sin embargo la erupción dentaria por sí sola, no es causa de gingivitis.

El mayor aumento en la incidencia de éste tipo de gingivitis, se observa en los niños de 6 a 7 años, cuando las piezas permanentes empiezan a hacer erupción.

Goldman atribuye esta inflamación de la encía marginal al hecho de que el margen libre de la encía, no está protegido por el contorno de las coronas de las piezas dentarias en los estadios primarios de la erupción activa y es por lo tanto lesionado con mayor facilidad por los alimentos. La inflamación es el resultado de irritantes locales que se acumulan alrededor del diente en formación.

5.- Dientes en mala posición.- Las malas posiciones de los dientes afectan la forma y posición de la encía marginal. En piezas con inclinación hacia labial, el mar

gen libre de la encía se encuentra hacia apical, en piezas inclinadas lingual ó palatino, éste margen es más grueso en las caras labiales de dichas piezas dentarias.

La inflamación de la encía en estas piezas se acentúa porque se acumula el alimento en grandes cantidades y el cepillado se dificulta en estas áreas.

- 6.- Membrana de Nasmyth.- En esta membrana se producen cambios, pues a pesar que es incolora y que está situada en los dientes jóvenes de los niños en el tercio gingival, como una delgada capa transparente e incolora, puede teñirse por la acción de bacterias cromógenas o pigmentos de los alimentos. Bacterias y hongos pueden proliferar en ella y facilitar así la iniciación de una gingivitis.
- 7.- Manchas verdes.- Estas manchas verdes o ligeramente amarillentas, son muy - frecuentes en los dientes de los niños, están presentes principalmente en las caras labiales de los incisivos superiores, dichas manchas están incorporadas a los residuos de la cutícula del esmalte y son debidas según algunos investigadores a la presencia de bacterias fluorescentes, y otros opinan que son hongos del género Penicillium.

El tratamiento de la gingivitis marginal crónica, consiste en una vez localizadas las fuentes de los factores irritantes; eliminar éstos factores.

A grandes rasgos, sería raspado, pulido y curetaje, y eliminación de otras fuentes de irritación local, dientes flojos, corrección de malas posiciones de dientes e instruir acerca de una fisioterapia adecuada.

A.- RESPIRADORES BUCALES.-

Debido a que muchos niños mantienen separado sus labios durante mucho tiempo y aparentemente nada más cierran la boca para deglutir, son considerados como respiradores bucales. En algunos niños la protusión de los dientes superiores les impide el cierre de los labios, en otros casos se mantiene así por ciertos hábitos o falta de tono muscular, pero pocos son los que respiran por la boca. Tanto en éstos como en los respiradores bucales verdaderos los labios se encuentran resecos, la saliva de las áreas expuestas se hace viscosa, restos alimenticios se acumulan y la flora microbiana bucal aumenta. En los respiradores bucales verdaderos, la lengua y el paladar se secan, y se cree que el mecanismo por el cual la encía se agranda es por una deshidratación.

El tratamiento a seguir en este tipo de padecimientos es que en los respiradores verdaderos se elimine la obstrucción nasal y la construcción de pantallas vestibulares que se deben usar durante la noche, éstas también deben ser usadas por los seudorespiradores. Eliminación de los irritantes locales e instrucción sobre una fisioterapia bucal adecuada. Si el agrandamiento de la encía persiste deberá de hacerse gingivectomía.

B.- LESIONES DE LA MUCOSA ORAL ASOCIADAS CON PROCESOS INFLAMATORIOS DE LA DENTICION.

Algunas lesiones inflamatorias que afectan la membrana mucosa oral, están relacionadas con problemas de la erupción de los dientes en el niño, éstos pro-

blemas son variados, y en algunos casos se asocian con otros, tales como diarreas y - convulsiones que son poco frecuentes aunque existe cierto grado de alteración sistémica como resultado de la inflamación local de la mucosa oral. Estos problemas son más severos del sexto mes y segundo año de vida.

En algunos casos y debido a una falta de rompimiento de la mucosa oral se forman quistes de erupción o hematomas pocas semanas de la erupción del diente primario o permanente con la acumulación de fluidos en estos espacios. Pueden ser hemorrágicos y el fluido que contiene es de color rosa. El tratamiento de éstos hematomas es innecesario, aunque en casos de lesiones grandes que afectan o impiden la correcta alimentación del niño; su incisión y drenaje están indicados.

En algunos casos y a medida que el diente se abre paso a través de la mucosa oral, los tejidos que rodean al diente se inflaman y aparecen rojos y adematosos, el área inflamada es intensamente irritada y probablemente dolorosa. El niño reacciona con un aumento de salivación, y se chupa los dedos, puede haber malestar general e irritabilidad a estados febriles, se presenta pérdida temporal de apetito, dificultad para dormirse, y llanto excesivo aunque todos estos síntomas son variables, puede disminuir la resistencia general y una mayor susceptibilidad e infecciones .

La terapia debe instituirse comprendiendo el problema, la mucosa del niño inflamada y dolorosa puede ser aliviada por medio de un masaje suave con el dedo o con un objeto metálico como una cuchara, aplicación tópica de ungüentos anestésicos (xilocaína) antes de las comidas y al acostarse y analgésicos en forma pediátrica si son necesarios.

Al hacer erupción los dientes se puede infectar el intersticio gingival - con los microorganismos bucales y la encía marginal se inflama, y los alimentos se - acumulan a este nivel si se presenta una infección severa con supuración, la terapia antibacteriana está indicada.

C.- ABSCESO PARODONTAL.-

Aunque este padecimiento es menos frecuente, en los niños con absceso periapical lo vamos a describir.

Sabemos que el absceso parodontal es una inflamación purulenta de los te ji dos pa ro don ta les o sea una exacerbación aguda de una bolsa parodontal debida a una obliteración parcial o total del orificio de la bolsa, el drenaje es en ésta forma inhibiendo o anulándolo por completo y el cuadro clínico típico es el de una inflamación aguda en lugar de la inflamación crónica observada en bolsas parodontales cuya ab er tura a nivel del intersticio gingival patológico no se encuentra obliterado.

Puede ser agudo o crónico. El absceso parodontal agudo se caracteriza - por: dolor, inflamación, movilidad y extrusión del diente, sensibilidad a la percusión en algunos casos, linfadenitis, fiebre, leucocitosis y malestar general; en tanto que en el crónico es generalmente asintomático. En el agudo la encía se presenta ade ma tosa enrojecida y con superficie lisa y brillante. En el crónico se presenta un trayecto fistular que se abre hacia la encía hasta algún sitio a lo largo de la raíz, el ori ficio es muy pequeño y difícil de localizar, está cubierto por un nódulo pequeño de color rosa o por una masa en forma de botón de tejido suave hemorrágico de gra nula ción que puede estar moteado con pequeñas acumulaciones de pus, situadas por debajo

de la superficie externa de este tejido.

La formación de los abscesos paradontales los origina principalmente las lesiones inflamatorias; hay presencia de sarro y materia alba en grandes cantidades, hay excesiva movilidad, el dolor es localizado, el diente puede salirse de su alveólo.

El tratamiento quirúrgico del absceso paradontal es el más efectivo, los medicamentos (antibióticos y antiinflamatorios), no dan un resultado satisfactorio sin un procedimiento quirúrgico correctamente efectuado, eliminación de irritantes locales que facilitan el drenaje de la lesión.

D.- PADECIMIENTOS PARODONTALES SEVEROS.-

Destrucciones leves o moderadas del hueso alveolar se observan ocasionalmente en niños en relación con dientes primarios y permanentes asociados con la extensión de la inflamación de la encía. Destrucciones severas del hueso y pérdida de los dientes (Parodontosis), no son comunes en los niños; pero algunos casos han sido reportados. Se define esta Parodontosis como una destrucción degenerativa, no inflamatoria del parodonto caracterizada por migración y movilidad excesiva de los dientes, con la presencia o ausencia de inflamación de la encía y formación de bolsas paradontales.

En la etiología de las parodontosis muchos investigadores creen que existe una deficiencia nutricional o un disturbio metabólico que origina el desequilibrio de los elementos mesenquimatosos. Otras condiciones sistémicas son: Disturbios hormonales, enfermedades debilitantes, diabetes, sífilis, hipertensión; un factor local

coadyuvante pueden ser los traumatismos oclusales.

Se han reportado casos de parodontosis en niños hasta de 8 años, puede presentarse en bocas con una higiene bucal defectuosa en las cuales no existen procesos cariosos en proporción a esta falta de limpieza. El primer indicio para el paciente de este padecimiento es la aparición repentina de movilidad en los dientes, la primera evidencia clínica es la formación de profundas bolsas, los fluidos bucales microorganismos y restos alimenticios, penetran en la bolsa y los síntomas inflamatorios hacen su aparición, a medida que avanza la parodontosis la resorción del hueso se hace evidente también, el espacio del ligamento parodontal se ensancha uniéndose a los espacios medulares del hueso. Migración o movilidad excesiva de los dientes, es acompañado frecuentemente por extrusión de su alveólo del diente afectado.

La parodontosis es un padecimiento indoloro aunque en algunos casos puede presentar síntomas semejantes a los de una parodontitis con grandes inflamaciones y formación de abscesos.

E.- PARODONTOSIS PRECOZ CON LESIONES EPIDERMICAS.

Numerosos casos de parodontosis en niños, asociados con un engrosamiento de la epidemis de manos y pies; han sido reportados, desde el caso original descrito por Papillon y Lefevre, a los cuales se debe el nombre de éste síndrome; se presenta en niños a muy temprana edad de tal manera que las denticiones primarias y permanentes son afectadas. Está caracterizada por una gran destrucción del hueso alveolar incluyendo ambas denticiones.

Algunos casos reportados muestran pérdida de hueso alveolar en pacientes hasta de 2 años de edad con exfoliaciones prematuras de los dientes. Las lesiones características prematuras de los dientes. Las lesiones características de la piel asociadas con los cambios bucales, consisten en lesiones queratinizadas en la superficie de la palma de la mano y en las plantas de los pies. En adición a esto, algunos pacientes presentan hipohidrosis generalizada y una coloración característica en la piel que les da la apariencia de estar sucia.

El tratamiento deberá ser lo más conservador posible, ferulización de los dientes afectados y fisioterapia oral adecuada.

F.- GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA AGUDA.-

Esta infección es generalmente localizada aunque en ocasiones puede diseminarse produciendo incluso Meningoencefalitis.

La infección inicial o primaria se presenta con mayor frecuencia en la boca cuando el virus entra en contacto con el epitelio no queratinizado en niños susceptibles. Se presenta con mucha frecuencia en niños menores de 1 año, siendo más común entre 1 y 3 años de edad, éste tipo de infección primaria es subclínica y solo se demuestra por la aparición de anticuerpos, la infección secundaria o recurrente son producidas por una activación de virus latente residual de la infección primaria.

La mayor parte de los niños nacen con anticuerpos en contra de los virus, transferidos por la madre, se pierden a los 4 o 6 meses de edad y no es sino hasta los 2 años que aparece el título significativo de anticuerpos. Las características clínicas

bucales consisten en una gingivitis aguda y la erupción de vesículas que al romperse forman pequeñas áreas ulceradas con base de color amarillo grisáceo y márgenes enrojecidos. Las papilas interproximales no son afectadas en forma especial, pero están inflamadas y enrojecidas en unión con el resto de la encía. Las papilas no son destruidas por necrosis.

También se presentan úlceras en la lengua, labios y en la membrana mucosa oral, es un padecimiento muy contagioso.

El tratamiento a seguir sin que haya una terapia específica es: primeramente mantener un balance en la ingestión de fluidos, uso de analgésicos y excesivo cuidado bucal. La aplicación de anestésicos como la lidocaina para que tome el paciente sus alimentos con menos molestias. Enjuagues bucales como líquidos que contienen antibiótico o el uso profiláctico de penicilina previenen infecciones secundarias de tipo bacteriano.

Suplementar el régimen alimenticio con vitaminas y minerales, es de gran ayuda principalmente en los niños.

G.- GINGIVITIS AGUDA ULCERATIVA NECROSANTE.-

Conocida también como (Estomatitis de Vincent), boca de trincheras. Es muy poco frecuente en niños y es muy semejante con la gingivostomatitis herpética aguda, se presentan como úlceras necróticas en las papilas interdientarias. Está limitada a la encía y ataca las papilas interdientarias, desapareciendo éstas al ulcerarse.

Los síntomas agudos disminuyen con el uso de antibióticos.

H.- MONILIASIS.-

Es un padecimiento causado por un hongo en forma de levadura llamado *Candida Albicans*.

Las lesiones orales aparecen en cualquier parte de la mucosa oral siendo más frecuentes en la lengua, paladar y mucosa vestibular, las lesiones características son de color blanco-cremosas muy adheridas a la mucosa por lo que cuando son desprendidas dá mucha dificultad dando origen a puntos sangrantes.

El tratamiento se lleva a cabo controlando las deficiencias nutricionales y controlar la diabetes si es que existe, eliminar cualquier otro padecimiento sistémico que disminuya la resistencia del paciente, y aplicación tópica de medicamentos antimonílicos.

I.- HIPERPLASIA GINGIVAL CAUSADA POR DILANTIN. SODICO.-

Es un padecimiento causado por la ingestión del Dilantin Sódico usado en tratamiento de epilepsia. Se caracteriza por que en la lesión primaria comienza como todo agrandamiento indoloro, periférico en el margen gingival vestibular y lingual y en las papilas interdientarias. A medida que la lesión progresa los agrandamientos marginales y papilares se unen y pueden transformarse en un repliegue macizo de tejido que cubre una parte considerable de las coronas y puede interponerse en la oclusión. Cuando no hay inflamación sobreagregada, la lesión tiende a tomar forma de -
mora, es firme, de color rosado pálido y resiliente con una superficie finamente lobu

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

lada, que no tiende a sangrar. Los agrandamientos se proyectan de manera característica desde abajo del margen gingival, del que están separados por un surco. Las alteraciones inflamatorias secundarias se añaden a la lesión dando una coloración roja o rojo azulada, borran los límites lobulados y aumentan la tendencia a la hemorragia.

El tratamiento puede ser quirúrgico pero vuelven a parecer la lesión, el padecimiento desaparece cuando se deja de ingerir el medicamento.

CAPITULO IV

MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS DURANTE LA NIÑEZ

Algunos padecimientos propios de la infancia y otros padecimientos sistémicos que aunque pueden presentarse en personas adultas son más frecuentes durante la niñez, producen alteraciones específicas en la cavidad bucal que afectan a la mucosa oral y los tejidos del parodonto en forma más o menos severa y que requieren -- además del tratamiento de las lesiones orales; de tratamientos sistémicos específicos que traen como consecuencia en algunos casos la eliminación total o parcial del padecimiento y con ella la desaparición o disminución de los síntomas bucales. Se tratarán algunos de éstos padecimientos dando una especial atención a sus manifestaciones bucales.

A.- VARICELA .-

Es una enfermedad infecciosa leve, limitada principalmente a niños. Se caracteriza por fiebre y prurito, erupción vesicular de piel y mucosas, lesiones individuales rodeadas de eritema. Es producida por un virus, su período de incubación -- es de 14 a 16 días, aunque en ocasiones puede durar hasta tres semanas.

Manifestaciones bucales.- Aparecen pequeñas lesiones, las cuales involucran la mucosa bucal, vestibular y el paladar así como la mucosa faríngea. Estas lesiones vesiculares están ligeramente elevadas y con eritema circundante, las cuales después se abren y constituyen pequeñas úlceras erosionadas con un borde rojo semejante a las herpéticas.

Tratamiento.- No hay uno específico. Se dan calmantes para evitar las molestias y antipiréticos para bajar la fiebre.

B.- SARAMPION.-

El sarampión es una enfermedad febril contagiosa-aguda, que se caracteriza por un catarro febril de las mucosas superiores y exantemas. Es transmitida por un virus filtrable de un ser humano a otro, es una enfermedad propia de la infancia y con la atención adecuada es benigna. La sintomatología se manifiesta por fiebre, malestar general, mialgias y dolor de cabeza.

En unas cuantas horas aparecen síntomas oculares como fotofobia, y, después inflamación catarral de las vías superiores.

Manifestaciones bucales.- Se presentan unas lesiones petequiales en el paladar y la faringe o pequeñas manchas blancas en la mucosa bucal, las conocidas como (manchas de Koplik), que pueden proceder al exantema cutáneo en su aparición. Estas manchas de Koplik, se observan de una manera característica a nivel de los molares y están rodeadas de una aureola roja. Estas lesiones maculares aumentan rápidamente de número y confluyen para formar pequeñas placas. También puede haber inflamación -

generalizada, congestión, tumefacción y ulceración focal de la encía, paladar y garganta.

Tratamiento.- Sólo hay un tratamiento sintomático en los casos sin complicaciones. Se mantienen los pacientes aislados para evitar contaminación y con reposo.

C.- ESCARLATINA.-

Es una infección producida por estreptococos hemolíticos del grupo A, más frecuente en los niños. Sus manifestaciones empiezan bruscamente, con escalofríos, fiebre, vómitos y cefalalgia. Una molestia en la faringe que hace que el niño se queje al momento de la deglución. La mucosa de la garganta tiene color rojo encendido por el exantema característico de esta enfermedad, ataca también ganglios cervicales linfáticos y piel, en la que se presenta el exantema escarlatinoso típico aterciopelado y de pequeñas manchas, comenzando por el cuello y pecho, propagándose rápidamente por el tronco y las extremidades y en la cara se presenta un eritema febril con un claro típico en la región nasobucal.

Manifestaciones bucales.- A estas manifestaciones se les da el nombre de Estomatitis Escarlatínicas.

Afecta la mucosa, en particular la palatina, las amígdalas y los pilares de las fauces suelen presentarse tumefactas y algunas veces cubiertos por un exudado grisáceo. La manifestación lingual es la más importante, pues desde el inicio de la enfermedad se observan las papilas linguales, fusiformes, edematosas e hiperémicas y cubierta toda la superficie lingual por una capa blanca, y se denomina lengua de frutilla porque

se forma en la superficie como pequeñas perillas rojas, pronto se pierde éste recubrimiento y la lengua se pone lisa, brillante y de un color rojo intenso, denominado lengua aframbuesada.

Tratamiento.- La terapéutica ha seguir en éste caso es un reposo absoluto en cama, y la penicilina disminuye la frecuencia de las complicaciones y ayuda a aumentar la mejoría clínica y la apirexia.

D.- DIFTERIA.

Es una enfermedad aguda infecciosa, causada por bacilo *Corynebacterium Difterium*, el germen se trasmite por contacto directo de persona a persona, por las gotas de saliva, pero también indirectamente por las manos, pañuelos, etc. Esta infección es de máxima frecuencia en los niños de 1 a 10 años. Como uno de sus efectos secundarios son secuelas en el sistema nervioso periférico y en el corazón.

Manifestaciones bucales.- Se caracteriza por la formación de unas placas de color grisáceo espeso, fibrinoso de aspecto gelatinoso que contiene células muertas, leucocitos y bacterias sobre zonas necróticas y ulceradas de la mucosa, a ésta se le conoce como "placa diftérica" y recubre las amígdalas, faringe y laringe, la cual al desprenderse deja una superficie sangrante, también se llega a formar sobre encía, paladar duro y úvula.

Tratamiento.- Es la rápida administración de antitoxinas diftéricas, reposo absoluto y tratamiento sintomático.

E.- DIABETES.-

Enfermedad hereditaria de carácter recesivo con alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, protidos y lípidos y con una suficiencia absoluta o relativa de insulina.

La odontología actual no solo se preocupa de reparar o reemplazar piezas dentarias, sino también del estado de los tejidos estructurales de soporte y del estado de la cavidad bucal.

Manifestaciones bucales.- Los signos y síntomas bucales son: sequedad en la boca, encía y mucosa tumefactas inflamadas y cambio de coloración, la encía es muy flácida (del color rojo brillante hasta tomar tonos azulosos), y hay aumento de absorción ósea debido a la acidez del medio y como consecuencia lógica aflojamiento de los dientes.

El tratamiento y control de la diabetes, seguido por una buena higiene bucal, trae generalmente una mejoría muy marcada en el medio bucal.

F.- TUBERCULOSIS.-

Enfermedad infecciosa causada por el *Microbacterium Tuberculosis*. Sus manifestaciones son seguidas de una afección pulmonar, las lesiones habituales de la cavidad bucal, es una úlcera crónica irregular, muy dolorosa, se localizan en cualquier punto de la mucosa, pero es más frecuente en la lengua seguida por labios, paladar blando, mucosa vestibular, encía y frenillos, en el maxilar produce osteomielitis.

El tratamiento es por medio de drogas específicas y sintomático.

G.- SIFILIS.-

Enfermedad Granulomatosa causada por una espiroqueta el treponema Pa
llidum. Sus primeras manifestaciones son cutáneas y se observan primeramente en la boca. En sus diversas etapas la sífilis se presenta en la lengua y faringe, en la lengua en la punta o en sus bordes, después se forman las placas opalinas formadas por un engrosamiento duro de contornos irregulares que son asintomáticos. A esta lesión se le conoce con el nombre de Chancro, y cura en forma espontánea.

H.- LEUCEMIA.-

Es enfermedad de etiología desconocida y de pronóstico mortal. Sus manifestaciones bucales muy marcadas son: la encía inflamada de color rojo azulado, es esponjosa y friable y sangra al menor estímulo, o aún en forma espontánea y persistente, es muy susceptible a la infección bacteriana y es frecuente encontrar necrosis gingival aguda con formación de pseudomembranas debido a la degeneración y anorexia.

Se eliminan factores locales como son los grados de irritación y así se disminuirán los efectos bucales graves.

I.- ENFERMEDAD DE CHRISTMAS (SEUDOHEMOFILIA)

Se caracteriza por tendencias hemorrágicas que la hacen clínicamente indistinguible de la hemofilia. Es una enfermedad hereditaria al igual que la hemofilia. Los lugares más habituales de las lesiones son: mucosa nasal, lengua, paladar, labios

y encía, pero se puede presentar en cualquier parte del cuerpo. Características, -
hay hiperplasia vascular y agrandamiento de la encía con resorción concomitante -
del hueso alveolar.

CAPITULO V

PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PARODONTALES EN NIÑOS.

La etiología de los padecimientos parodontales es muy compleja, en ella intervienen numerosos factores tanto locales como sistémicos que en conjunto actúan desfavorablemente sobre los tejidos del parodonto lesionando éstos tejidos en grados de severidad variable. Afortunadamente la gran mayoría de las inflamaciones de la encía son causadas por la colección de residuos alimenticios en las superficies de los dientes en las cercanías del margen libre de la encía y por lo tanto todos los factores que contribuyen a la colocción de éste, materia irritante a este nivel deberá ser eliminada. Los factores etiológicos locales más comunes encontrados en niños son malas posiciones de los dientes que traen como consecuencia malas oclusiones que a su vez originan malas posiciones de los labios, bocas abiertas que como ya se mencionó, originan gingivitis hiperplástica, higiene bucal defectuosa que facilita la iniciación de procesos cariosos y la acumulación de residuos alimenticios, materia alba y sarro; todos ellos factores etiológicos locales de gran importancia en los padecimientos parodontales. Cuando un frenillo está relacionado con recesión de la encía poniendo en peligro la integridad del intersticio gingival, facilitando la acumulación de irritan-

tes locales y la formación posterior de bolsas; éste frenillo debe ser eliminado. Hiperplasia e Hipertrofia de la encía, formación de bolsas profundas, destrucción de hueso alveolar y movilidad patológica de los dientes; requieren de intervenciones quirúrgicas más complicadas que un simple raspado y curetaje el cual debe omitirse empleándose en unión con éstas intervenciones como Gingivectomia, Técnicas de colgajo; cada una tiene sus indicaciones y contraindicaciones pero poseen la característica común de eliminar las bolsas patológicas, los irritantes locales presentes y devolver la normalidad a los tejidos del parodonto.

En casos severos cuando la reacción favorable al tratamiento es mínima y la inflamación y destrucción de los diferentes tejidos del parodonto no están en relación con los irritantes locales y factores del medio bucal encontrados en la boca, o en cualquier de duda; factores sistémicos deberán de ser sospechados y la salud general de paciente deberá investigarse sin descuidar por ello la terapia local llevando a cabo ésta aún más escrupulosamente, en forma efectiva y traumatizando lo menos posible los tejidos ya que en términos generales, el paciente con padecimiento sistémico es más susceptible al traumatismo y posee menos defensas.

Las bocas con dentición mixta atraviesan por un período de transición entre la dentición primaria y la permanente que es sumamente peligrosas para la salud bucal general, durante éste período es necesario enfatizar aún más la necesidad de una buena higiene bucal, los dientes parcialmente exfoliados traumatizan en muchas ocasiones los tejidos del parodonto y dificultan la limpieza correcta de la boca, y se pueden presentar cambios traumáticos en los tejidos parodontales de los dientes prima

rios. En la mayoría de los casos las lesiones son reparadas y el diente no necesariamente se pierde pero se sabe que los dientes traumatizados en esa forma pueden producir dolor o movilidad excesiva.

La higiene bucal es en todos sentidos, una medida preventiva de gran ayuda en la conservación de la salud bucal de las personas sin importar la edad o sexo de éstas. Desgraciadamente en muchas ocasiones los niños tienen dificultades en el uso del cepillo bucal, no aprecian la necesidad de esta higiene y omiten este procedimiento si los padres no los vigilan y en consecuencia los residuos alimenticios y demás irritantes locales se acumulan en grandes cantidades. Mucha paciencia se requiere para instruir a éstos pacientes sobre una fisioterapia bucal adecuada. Existe en el niño algunos espacios interproximales inaccesibles a las cerdas del cepillo dental, por lo que se recomienda el uso de la seda dental aunque se debe hacer con las debidas precauciones para no lesionar el parodonto.

En resumen el odontólogo debe estar capacitado para reconocer si un trastorno parodontal es de origen local o sistémico o es el resultado de la acción conjunta de factores locales y sistémicos y el papel que desempeñan ambos factores, eliminar los factores irritantes locales y condiciones anormales que facilitan su acumulación, instituir el tratamiento del padecimiento sistémico si éste existe o referirlo para su tratamiento, eliminando las anomalías del medio bucal y tratando las manifestaciones bucales del padecimiento sistémico.

C A P I T U L O VI

METODOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

La parodencia preventiva es un programa de cooperación entre el odontólogo, su personal auxiliar y el paciente, para la preservación de la dentadura natural previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la gingivitis y la enfermedad periodontal.

A.- CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA.-

Es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes. El modo más seguro de controlar la placa de que se dispone hasta ahora es la limpieza mecánica con cepillos de dientes, dentríficos y otros auxiliares de la higiene como inhibidores químicos.

CEPILLO DE DIENTES Y OTROS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL.-

El cepillo de dientes elimina placa y materia alba y al hacerlo reduce la instalación y la frecuencia de la gingivitis y retarda la formación de cálculos. La remoción de la placa conduce a la resolución de la inflamación gingival en sus primeras etapas, y la interrupción del cepillado lleva sus recurrencias. Para que se obtengan resultados satisfactorios, el cepillado dentario requiere la acción de limpieza de

un dentrífico. Para un mejor control de la placa, el cepillado ha de ser complementado con un auxiliar de la limpieza, ó más, como hilo dental, limpiadores interdentarios, aparatos de irrigación bucal y enjuagatorios. Las necesidades de determinados pacientes son mejor satisfechas mediante la culminación de características seleccionadas de diferentes métodos de cepillado.

B.- METODOS DE CEPILLADO.-

Método de Bass (limpieza del surco), método de Stillman, método de Stillman modificado, método de Charters, método de Fones, método fisiológico (Smith y Bell), método de cepillado con cepillos eléctricos.

C.- METODO DE BASS.-

SUPERFICIES VESTIBULARES SUPERIORES Y VESTIBULO-PROXIMALES.-

Comenzando por las superficies vestibulo-proximales en la zona molar de recha, se coloca la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, por detrás de la superficie distal del último molar. Colóquense las cerdas a 45° respecto del eje mayor de los dientes y fuércense los extremos de las cerdas dentro del surco gingival, y sobre el margen gingival, asegurándose de que las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal, ejérsase una presión suave en el sentido del eje mayor de las cerdas y actívese el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y atrás, sin descolocar las puntas de las cerdas. Esto limpia detrás del último molar, la encía marginal, dentro de los surcos gingivales y a lo largo de las superficies dentarias proximales hasta donde llegan las cerdas.

SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES Y PROXIMO-PALATINAS.-

Comenzando por las superficies palatinas y proximales de la zona molar superior izquierda, contínuese a lo largo del arco hasta la zona molar derecha. Colóquese el cepillo horizontalmente en las áreas molar y premolar. Para alcanzar la superficie palatina de los dientes anteriores colóquese el cepillo verticalmente. Presiónese las cerdas del extremo dentro del surco gingival e interproximal alrededor de 45 respecto al eje mayor del diente y actívese el cepillo con golpes cortos rápidos. Si la forma del arco lo permite el cepillo se coloca horizontalmente entre los caninos, con las cerdas anguladas dentro de los surcos de los dientes anteriores.

SUPERFICIES VESTIBULARES INFERIORES VESTIBULO PROXIMALES, - LINGUALES Y LINGUO-PROXIMALES.-

Una vez completado el maxilar superior y las superficies proximales, contínuese en las superficies de la mandíbula, sector por sector desde distal del segundo molar hasta distal del molar izquierdo. Después límpiese las superficies linguales y -linguoproximales sector por sector, desde la zona molar izquierda hasta la zona molar derecha. En la zona anterior inferior, el cepillo se coloca verticalmente, con las -cerdas de la punta hacia el surco gingival. Si el espacio lo permite, el cepillo puede ser colocado horizontalmente entre los caninos, con las cerdas anguladas hacia los surcos de los dientes anteriores.

SUPERFICIES OCLUSALES.-

Presiónese firmemente las cerdas sobre las superficies oclusales, introduciendo los extremos en surcos y fisuras. Actívese el cepillo con movimientos cortos -

hacia atrás y adelante, avanzando sector por sector hasta limpiar todos los dientes -
posteriores.

Con instrucción y supervisión, es posible que los pacientes reduzcan la frecuencia de la gingivitis y de la caries mucho más eficazmente que con sus hábitos de higiene bucal. La enseñanza en el consultorio de como deben cepillarse los dientes es más que una rápida demostración del uso del cepillo de dientes y elementos -
accesorios de la higiene bucal. Es un proceso laborioso que ha de ser controlado una y otra vez en repetidas visitas hasta que los pacientes demuestren que han desarrollado la habilidad necesaria.

Los padres, también deben ayudar en prevenir la enfermedad parodontal, pues en el hogar deben de ver que el niño lleve a cabo una higiene bucal adecuada, para evitar así cualquier trastorno parodontal, los maestros y trabajadoras sociales -
también van a contribuir en evitar la enfermedad parodontal, ya que las trabajadoras sociales en ayuda con los maestros estimularían al niño para que tenga una higiene -
bucal buena con ayuda de pláticas durante el período de escolaridad infantil.

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

- 1.- El padecimiento parodontal es independiente de la edad.
- 2.- El padecimiento parodontal es generalmente un proceso extremadamente lento.
- 3.- Los estados primarios de éstos padecimientos se encuentran en la mayoría de los niños antes de llegar a la pubertad. Considerando que la incidencia de los padecimientos parodontales aumentan con la edad.
- 4.- Conviene eliminar las manifestaciones tempranas de éstos padecimientos disminuyendo así las posibilidades de que se presente posteriormente un padecimiento más severo.
- 5.- A pesar de que las piezas primarias son reemplazadas por las permanentes, llevan a cabo numerosas funciones todas ellas de gran importancia. Es necesario conservarlas hasta que llegue el momento en que deben ser sustituidas, por las piezas permanentes, con ello se evita cambio de posición de éstas últimas que facilitan el empaquetamiento alimenticio factor etiológico local de importancia en los padecimientos parodontales.

- 6.- La forma adecuada y la correcta posición en el arco dentario de las piezas primarias, dan por resultado un parodonto sano. Al restaurarlas deberemos devolver su forma y posición normales, evitando así lesiones a los tejidos del parodonto.
- 7.- Caries dentales profundas en piezas primarias producen lesiones en el órgano-pulpar de éstas piezas, que pueden dar origen a abscesos dentales, éstos a su vez inflamaciones en la encía.
- 8.- Grandes destrucciones del hueso alveolar de origen aparentemente no local debido a la poca importancia de los irritantes locales en relación con el grado de destrucción de los diferentes tejidos del parodonto en niños.
- 9.- Padecimientos de origen hereditario pueden presentarse en la boca afectando a los tejidos del parodonto.
- 10.- Numerosos padecimientos sistémicos, muchos de los cuales son propios de la infancia, poseen manifestaciones orales que afectan en ocasiones a los tejidos del parodonto.
- 11.- La encía y la membrana mucosa oral, experimentan cambios relacionados con -disturbios hormonales y cambios en el nivel de las hormonas sexuales, se presentan durante la pubertad.
- 12.- Una dieta debidamente balanceada y de una consistencia adecuada, contribuyen en gran parte a mantener el estado de salud del parodonto. Existe una relación entre las deficiencias nutricionales y los padecimientos parodontales.

13.- Tumores benignos de la cavidad oral son muy frecuentes en niños, muchos de ellos se presentan en la encía y a pesar de su benignidad pueden interferir con la función y afectar el parodonto y por lo tanto deben de ser eliminados.

14.- La necesidad de una higiene bucal adecuada debe hacerse notar tanto al niño como a los padres del mismo. Estudios sobre los hábitos del cepillado e higiene bucal realizados en niños entre edades de 6 a 15 años han demostrado una baja frecuencia de cepillado y un tiempo mínimo dedicado a la fisioterapia oral.

La gran mayoría de los niños no son convenientemente instruidos acerca de una higiene bucal correcta hasta que el padecimiento parodontal con la caries dental se manifiesta en la boca.

La importancia de los padecimientos parodontales en la Odontología Infantil, estriba en que los problemas parodontales en la niñez y en la juventud, deben ser considerados con mayor interés, pues si bien es cierto que su incidencia es menor que en los adultos, no deja de ser alarmante el aumento paulatino que en éstos casos se presenta en los consultorios dentales.

Aparte de los factores locales y generales vistos en el adulto, encontramos factores que pudiéramos llamar propios de la niñez y la juventud que si bien muchas veces no se traduce en lesiones parodontales abiertas, serán sin duda un factor predisponente hacia éstos trastornos en épocas posteriores.

El trabajo del Cirujano Dentista por lo tanto, no debe convertirse a la terapia de éstos padecimientos, sino extender su labor hacia la prevención de ellos y a la educación de los pacientes.

B I B L I O G R A F I A

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1.- PERIODONTOLOGIA CLINICA | IRVING GLICKMAN |
| 2.- PERIODONCIA | H. M. GOLDMAN |
| 3.- ODONTOLOGIA PARA NIÑOS | BRAUR JOHN |
| 4.- PATOLOGIA BUCAL | SHAHER, HINE, LEVY |
| 5.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA | MICHAEL COHEN |
| 6.- PERIODONCIA | EVERETT WENTZ ORBAN |
| 7.- CLINICAL PEDODONTICS | ROBERT E. MOYERS |
| 8.- AN ATLAS OF PEDODONTICS | LAW, LEWIS AND DAVIS |
| 9.- PEDIATRIC DENTISTRY | MICHAEL COHEN |
| 10.- DENTISTRY FOR THE PRE-SCHOOL CHILD | G.N. DAVIES and RICHARD M. KING. |
| 11.- AMERICAN PEDODONTICS REPORT | C. BROWN, et.al. |
| 12.- MICROBIOLOGICA MEDICA | ERNEST JAWETZ, MELNICK, ADELBERG. |