

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

*29 No 117*



PERICORONITIS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA PRESENTA:

PARRA RODRIGUEZ FRANCISCO.



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.

INDICE.

Pags.

I.- PROYECTO DE TESIS.....	1
A) TITULO DEL PROYECTO.	
B) AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO.	
C) PERSONAS QUE PARTICIPAN.	
D) FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA. Puntos de vista de interés personal, profesional y biopsicosocial.	
E) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
a) Tema.	
b) Definición.	
1.- Justificación:	
a) factibilidad,	
b) vulnerabilidad.	
c) Consecuencias.	
2.- Delimitación del problema:	
a) Límite Teórico,	
b) Tiempo.	
c) Espacio.	
3.- Factores que influyen.....	4
a) Biológicos.	

b) Económicos.

c) Socioculturales.

4.-Fijación del Marco Teórico:

a) Modelos.

b) Búsqueda de Información.

c) Fuentes.

5.- Diseño de Investigación:

a) Explicativa.

b) Estudio analítico.

F) OBJETIVOS.

G) HIPOTESIS DE TRABAJO.

H) MATERIAL Y METODOS.

I) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... 6

II.- CONSIDERACION PREVIA..... 7

III.- INTRODUCCION ..... 8

IV.- EL PERIODONTO Y SUS COMPONENTES..... 13

a) Apariencia Clínica de Periodonto Sano.

Encía; Ligamento Periodontal; Cemento;  
Borde Alveolar.

b) El periodonto en la Enfermedad Periodontal.

	Pags.
V.- EL PARODONTOGRAMA.....	21
a) Etiología de la Enfermedad Periodontal.	
b) Pronóstico.	
c) Tratamiento.	
VI.- PERICORONITIS.....	35
a) Definición.	
b) Etiología.	
c) Características Clínicas.	
d) Relación de la Pericoronitis con otras enfermedades orales.	
e) Complicaciones.	
VII.- ESTUDIO DE LOS COMPONENTES EXTRACELULARES DEL SACO PERICORONARIO MEDIANTE TECNICAS DE HISTOQUI- MICA CLASICA. ....	46
a) Introducción.	
b) Objetivos.	
c) Material y Método.	
d) Resultados.	
e) Discusión.	
f) Conclusiones.	

PERICORONITIS.

VIII.- DIAGNOSTICO.....	58
a) Apreciación General del Paciente.	
b) Historia Sistemática.	
c) Historia Dental, Motivo de la Consulta.	
d) Toma de Radiografías.	
IX.- PRONOSTICO.....	65
X.- TRATAMIENTO.....	67
a) Consideraciones preliminares.	
b) Tratamientos.	
c) Tratamiento con Electrocirugía.	
XI.- RESULTADOS.....	76
XII.- DISCUSION.....	77
XIII.- CONCLUSIONES.....	77

XIV.- PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES..... 81

XV.- ANEXOS..... 82

XVI.- BIBLIOGRAFIA..... 85

I.- PROYECTO DE TESIS.

- A).-TITULO DEL PROYECTO: Pericoronitis Diagnostico y Tratamiento.
- B).-AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO: Parodoncia.
- C).-PERSONAS QUE PARTICIPAN: Asesor: C.D. Ma. Elena García Arredondo.  
Alumno: Parra Rodriguez Francisco.
- D).-FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA:  
Puntos de vista de interés Personal, Profesional y BioPsicoSocial.
- a) Personal: Mi interés en el tema, se basa principalmente en conocer las características y evolución de esta afección parodontal, pues como se sabe, son diferentes en cada persona. Este tipo de inflamación, está relación con la higiene oral y el estado de salud en general.
- b) Profesional: Es importante conocer las alteraciones parodontales, ya que son la causa inminente de la pérdida dentaria, la Pericoronitis es una inflamación que está en relación directa con el parodonto y la corona de un diente semi-erupcionado. Puede producir síntomas en

un largo tiempo, pero si se agudiza la infección, ataca al estado de salud general de las personas.

c) Biológico: Esta infección puede alterar los sistemas biológicos, porque interfiere en el funcionamiento normal corporal, creando un estado de mal estar general.

d) Psicológico:

Los síntomas de esta alteración pueden desencadenar la no adaptación psicológica, producir desorden mental y emocional y pérdida del estado anímico.

e) Social: Socialmente la persona se siente inadaptada, pues las molestias que ocasiona esta alteración, pueden evitar la comunicación abierta con los demás integrantes de la sociedad.

E) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La falta de espacio en el arco dentario y el trauma de la oclusión, provocan pericoronitis en los ter

ceros molares.

a) Tema: Pericoronitis Diagnóstico y Tratamiento

b) Definición: Pericoronitis, es una infección de la encía en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado, es más frecuente la formación de este capuchón pericoronario, en la zona de los terceros molares inferiores.

#### 1.-JUSTIFICACION.

a) Factibilidad: El diagnóstico oportuno previene la infección; se debe tener en cuenta el tiempo de evolución, para aplicar el tratamiento correcto.

b) Vulnerabilidad: El tratamiento indicado por lo general es quirúrgico, otras veces antibioticoterapia, pero puede surgir la infección al terminar el efecto de los antibióticos.

c) Consecuencias: Si el tratamiento no es el indicado, puede dar lugar a la nueva formación de la pericoronitis.

#### 2.-DELIMITACION DEL PROBLEMA.

- a) Límite teórico: Libros, artículos de revistas  
casos clínicos.
- b) Tiempo: Estudio transversal o seccional de  
1960 a 1981
- c) Espacio: Pericoronitis en relación con los -  
tejidos parodontales en salud y en-  
fermedad.

### 3.-FACTORES QUE INFLUYEN.

- a) Biológicos: Condiciones de salud.
- b) Economicos: La falta de recursos, por lo ge -  
neral suprime la higiene oral.
- c) Socioculturales: La falta de concientización  
de la población deriva en escasa -  
o nula higiene bucal.

### 4.- FIJACION DEL MARCO TEORICO.

- a) Modelos: Casos clínicos.
- b) Búsqueda de información: Centros de documen -  
tación y bibliotecas.
- c) Fuentes: Secundarias, directas, libros y re -  
vistas.

### 5.-DISEÑO DE INVESTIGACION.

- a) Explicativa: Causa-Efecto.
- b) Estudio Analítico: Retrospectivo, seccional  
o transversal.

## F) OBJETIVOS.

- a) Mencionar los diversos agentes etiológicos de la pericoronitis.
  - b) Relacionar las diferentes estructuras del periodonto sano y sus alteraciones por infección.
  - c) Prevenir las manifestaciones secundarias a ésta infección.
  - d) Describir las diferentes técnicas de tratamiento.
- ## G) HIPOTESIS DE TRABAJO.

- a) El diagnóstico a tiempo y el tratamiento adecuado de los terceros molares incluidos, evita la infección pericoronal por trauma de la oclusión.

## H) MATERIAL Y METODO.

Este trabajo se realizó por medio de una recopilación de datos existentes en diferentes bibliografías fueron consultados libros y revistas, a los datos obtenidos, se les dió un enfoque de acuerdo al tema específico, se obtuvieron resultados y se llegó a conclusiones. Se anexan así mismo fotografías como complemento de la investigación y mejor

comprensión del tema expuesto.

I-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	ENE. 1982	FEB-MAR.-82	ABR.-JUN.-82
1 <sup>a</sup> Sem.	Invest.Bibliog.	Complemen <u>to</u> de in- vestig. - Elab. de:- INTRODUC.- DE TESIS.	Consideración previa. Desarrollo - del trabajo.
2 <sup>a</sup> Sem.	Invest.Bibliog.	Fundamen- tación del <u>tema</u> : Planteamien <u>to</u> del pro- blema.	Resultados. Discusión.
3 <sup>a</sup> Sem	Invest.Bibliog.	Objetivos. Hipotesis .	Conclusiones. Propuestas y/o recomendaciones.
4 <sup>a</sup> Sem.	Invest.Bibliog.	Materia <u>l</u> - y método . Desarrollo.	Anexos. Bibliografía.

## II.- CONSIDERACIÓN PREVIA.

Para comprender el proceso de la peri  
coronitis, es necesario enfocarlo a los diferentes  
tejidos periodontales y su relación con los  
diferentes órganos adyacentes de la región submandibular y faríngea, asimismo conocer los tejid  
os parodontales tanto en condiciones fisiológ  
icas normales como en enfermedad, para conocer  
así los cambios estructurales que surgen del esta  
do fisiológico normal hacia la enfermedad peri  
odontal.

Es importante saber que órganos pueden ser afectados y cuales son sus signos y síntomas, sus  
manifestaciones sistémicas como resultado  
de la pericoronitis aguda.

La pericoronitis aguda es una inflamación  
de la encía principalmente en la parte distal  
del tercer molar inferior y esta en relación  
con la corona de este diente, que puede estar  
o no parcialmente erupcionado con la formación  
de un capuchón entre diente y encía que tiene  
un fondo de saco y es ideal para la acum  
ulación de residuos alimenticios y proliferación  
bacteriana, aquí la inflamación aguda es

una posibilidad inminente y constante.

### III.- INTRODUCCION.

La erupción de los terceros molares de la dentición permanente, da un alto porcentaje de alteraciones que podemos clasificar como trastornos de tejidos duros y tejidos blandos.

En la mandíbula por su configuración anatómica, son más frecuentes éstos trastornos que en el maxilar.

#### Trastornos de tejidos blandos.

La erupción del tercer molar puede dar lugar a : Trismus, principalmente del músculo masetero, por la inflamación que produce en la zona de inserción de dicho músculo, además de trastornos funcionales en la masticación, fonación y deglución.

En los tejidos gingivales se puede ocasionar una inflamación del capuchón pericoronario que rodea a los terceros molares. Entre la encía y la pieza dentaria se forma un saco donde se depositan una gran cantidad de residuos alimenticios y proliferación microbiana, y en muchas ocasiones rompe el equilibrio de la flora bucal, pudiendo desencadenar una estomatitis.

## Trastornos de tejidos duros.

La erupción de los terceros molares inferiores pueden dar lugar a trastornos tales como:

Osteítis: Que produce inflamación y dolor agudo, si no es atendido adecuadamente, puede originar una celulítis difusa y más tarde puede degenerar en una Osteomielitis.

El problema de erupción de los terceros molares es muy frecuente, en estudios de genética se ha observado que el desarrollo de la mandíbula es cada día menor, por el tipo de dieta que se consume.

Los antropólogos afirman que el constante aumento del cerebro y la bóveda craneana surge a expensas de sus mandíbulas.

La línea prehipofisiaria que se inclinaba hacia adelante desde la frente en recesión, hasta la mandíbula en protrusión en las formas prehumanas, se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido el número de dientes. Una dieta más blanda y refinada que requiere menos masticación, favorece és-

ta tendencia, es innecesario poseer aparato masticatorio poderoso. Un gran número de personas tiene dientes incluidos por ésta u otras razones.

El hombre perderá los terceros molares con el paso del tiempo, después inclusión y pérdida subsecuente de los incisivos laterales.

La mayoría de los procesos inflamatorios agudos que se manifiestan en la cavidad oral pueden, durante su evolución dar lugar a una infección aguda.

Durante el transcurso de alguna enfermedad pueden aparecer signos en las membranas del cuerpo y la cavidad oral ésta frecuentemente invadida. Muchas de las enfermedades exantémicas agudas de la niñez tienen sus lesiones primarias en la cavidad bucal, que puede experimentar inflamación aguda e incluso infección.

Cualquier estado general primario capaz de disminuir la resistencia de la mucosa, puede producir una lesión muy susceptible a la infección secundaria; este estado se manifiesta como infección aguda de la cavidad oral.

Las personas que son alérgicas a uno o más

agentes extraños, pueden tener también lesiones, que se manifiestan en la cavidad oral: si bien estas lesiones pueden ser el resultado primario de la alergia, algunas veces llegan a infectarse por un agente secundario.

En las enfermedades nutricionales y carenciales hay una gran tendencia a las lesiones bucales, muchas veces aparecen como una úlcera infecciosa.

Existen varios tipos de Estomatítis que aparecen como infecciones notables y agudas, generalmente confinadas a la mucosa bucal.

Muchos tumores o quistes odontogénicos se descubren por la aparición de una lesión inflamatoria aguda, que ocasiona una infección aguda en algún sitio de maxilares o mandíbula e invade con mayor frecuencia carrillo, lengua o paladar blando a través de una fístula.

Varias discrecías sanguíneas y enfermedades hematológicas tienen manifestaciones bucales en forma de una lesión infectada aguda.

Los síntomas terminales de algunas discrecías sanguíneas son lesiones ulceradas agudas de encía y mucosa bucal, que recuerdan en muchos

aspectos a otros tipos de estomatítis

Los primeros signos de cáncer son muchas veces lesiones inflamatorias agudas de tejidos bucales. Frecuentemente principian en la región retromolar donde en etapas incipientes pueden confundirse con pericoronitis ulcerada del tercer molar.

Al considerar los factores etiológicos capaces de producir infecciones agudas de la cavidad oral, hay que estar atentos para descubrir las causas que no pudiesen ser observadas clínicamente. Una historia clínica cuidadosa muchas veces reporta datos valiosos para llegar a un diagnóstico exacto.

#### Bibliografía.

- LEGARRETA, Luis. " Pericoronitis". Rev. ADM. Vol. XXIX No. 3 May-Jun 1972.
- LARGE CELL CARCINOMA METASTATIC TO THE JAW. Rep. Case. Oral Surg. 1977 Sept 44
- BALINT J. ORBAN. "Periodoncia de Orban" Edit. Interamericana, Mex. 1975, 4<sup>a</sup> Ed.

#### IV.- EL PERIODONTO Y SUS COMPONENTES.

##### a) Apariencia Clínica del Periodonto Sano.

El periodonto es el tejido de protección y soporte del diente, se compone de ligamento periodontal, encía, cemento y hueso alveolar.

El cemento junto con el hueso, sirve de sostén a las fibras del ligamento parodontal

##### "La Encía"

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

La encía se divide en marginal, insertada e interdientaria;

##### "La encía marginal"

Es la encía libre que rodea a los dientes en forma de collar y forma el surco gingival con el diente. La profundidad promedio del surco gingival es de 1,8 mm

##### "La encía insertada"

Se continúa con la encía marginal; es firme, resiliente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes,

El aspecto vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa alveolar

relativamente laxa y movable. El ancho de la encía insertada en el sector vestibular, en diferentes zonas de la boca, varia de menos de 1 mm a 9 mm en la cara lingual de la mandíbula, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa del surco sublingual en el piso de la boca. En el maxilar se une con la mucosa palatina.

#### "La encía interdientaria"

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal situado debajo del área del contacto dentario. Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual, y el col que es una depresión parecida a un valle que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal.

Color.-Por lo general es color rosado coral y es producido por el aporte sanguíneo de la encía insertada y marginal, el color se encuentra en relación con la pigmentación cutánea de los individuos.

La mucosa alveolar es lisa, roja y brillante, no rosada ni punteada.

La encía presenta una superficie fina

mente lobulada, como una cascara de na  
ranja, y se dice que es punteada la encía inser\_  
tada. El punteado es una forma de adaptación por  
especialización o refuerzo para la función y es  
la característica de la encía sana.

### "El ligamento periodontal"

Los elementos más importantes son: las\_  
fibras colágenas, dispuestas en haces y que si -  
guen un recorrido ondulado los extremos de las -  
fibras principales, que se insertan en el cemen\_  
to y hueso, se denominan fibras de Sharpey.

"Grupos de fibras principales del liga\_  
mento periodontal."

Grupo Transeptal. - Se extiende interpro\_  
ximalmente sobre la cresta alveolar y se inclu\_  
yen en el cemento del diente vecino.

Grupo de la cresta alveolar: Van del ce\_  
mento hasta la cresta alveolar.

Grupo Horizontal. - Van desde el cemento  
al hueso alveolar en ángulo recto respecto al -  
eje mayor del diente.

Grupo Oblicuo. - Se extienden desde el -  
cemento, en dirección coronaria en sentido obli\_  
cuo respecto al hueso.

Grupo Apical.- Se irradian desde el cemento hacia el hueso en el fondo del alveolo.

Las funciones del ligamento periodontal son físicas, que transmiten las fuerzas oclusales al hueso. Función formativa: participación en la formación y reabsorción que se producen durante los movimientos del diente.

Funciones nutricionales y sensoriales.

El ligamento Periodontal provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía, mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático, confiere sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes.

"El Cemento".

El cemento es el tejido mesenquimatoso que forma la capa externa de la raíz anatómica.

Hay dos tipos de cemento: acelular (primario) y celular (secundario). Los dos se componen de matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas.

Funciones.- Además de servir como componente dental del aparato de fijación, el cemento contribuye a mantener la salud y vitalidad de

ese tejido. Protege la dentina que queda por debajo de él y puede preservar la longitud del diente, depositando cemento, en la punta de la raíz proporcional al desgaste de las superficies incisiva y cuspídea.

El cemento puede estimular la formación de hueso alveolar, mantener la anchura del ligamento periodontal, sellar agujeros apicales puede reparar fracturas horizontales y puede agregarse a la raíz para compensar la erosión del hueso alveolar.

"El borde Alveolar".

Son extensiones de la masa ósea (cuerpo) de los maxilares y mandíbula.

La función principal de los bordes, es proporcionar alveolos en los que puedan fijarse las raíces de los dientes. Otras funciones incluyen protección de nervios, vasos sanguíneos y linfáticos que llevan los bordes para el ligamento periodóntico. Contribuyen a los rasgos estéticos de la cara, almacenamiento de sales de calcio y de médula ósea que es indispensable en la formación de sangre. Las últimas funciones se aplican a todos los huesos,

b).-El Periodonto en la enfermedad  
Periodontal.

El estado inicial de la mayoría de las enfermedades periodontales, es la inflamación gingival o gingivitis. Es un proceso en el cual los agentes inflamatorios penetran el corión gingival, epitelio crevicular, y en menor probabilidad a través de la adherencia epitelial propiamente dicha.

Durante el proceso inflamatorio en su iniciación, las fibras colágenas ubicadas alrededor de la base de la adherencia epitelial, se transforman perdiendo su contorno y se vuelven difíciles de observar. A medida que el proceso avanza, las fibras se van separando de la superficie radicular, las células migran ocasionando la formación de bolsas periodontales. Durante este tiempo pueden observarse en el corion gingival signos típicos de inflamación, infiltración crónica de leucocitos, proliferación de vasos sanguíneos, lisis de fibras, etc. El organismo responde con procesos de reparación, que es la formación de tejido de granulación en el área gingival adyacente a la pared lateral. Es

Este segundo estado más avanzado de la enfermedad periodontal, caracterizado por la ulceración y la formación de la bolsa periodontal se conoce con el nombre de Periodontitis

La pared interna o dental de la bolsa consiste en una lámina de cemento denudado, con restos desorganizados de fibras periodontales.

A medida que el proceso avanza, el exudado inflamatorio comienza a acumularse alrededor y dentro de los manojos de fibras, las células conectivas muestran signos de degeneración.

Junto con la degeneración de fibroblastos, las fibras colágenas se desintegran y son reemplazadas por una masa necrótica amorfa.

El exudado inflamatorio se extiende a través de pasajes preexistentes compuestos por los espacios entre manojos de fibras y el tejido conectivo laxo que rodea a los vasos sanguíneos y linfáticos.

La distribución de los vasos sanguíneos que van en su mayoría de la gingiva al hueso alveolar, es la razón de que con frecuencia la membrana periodontal esté libre de inflamación a esta altura del proceso.

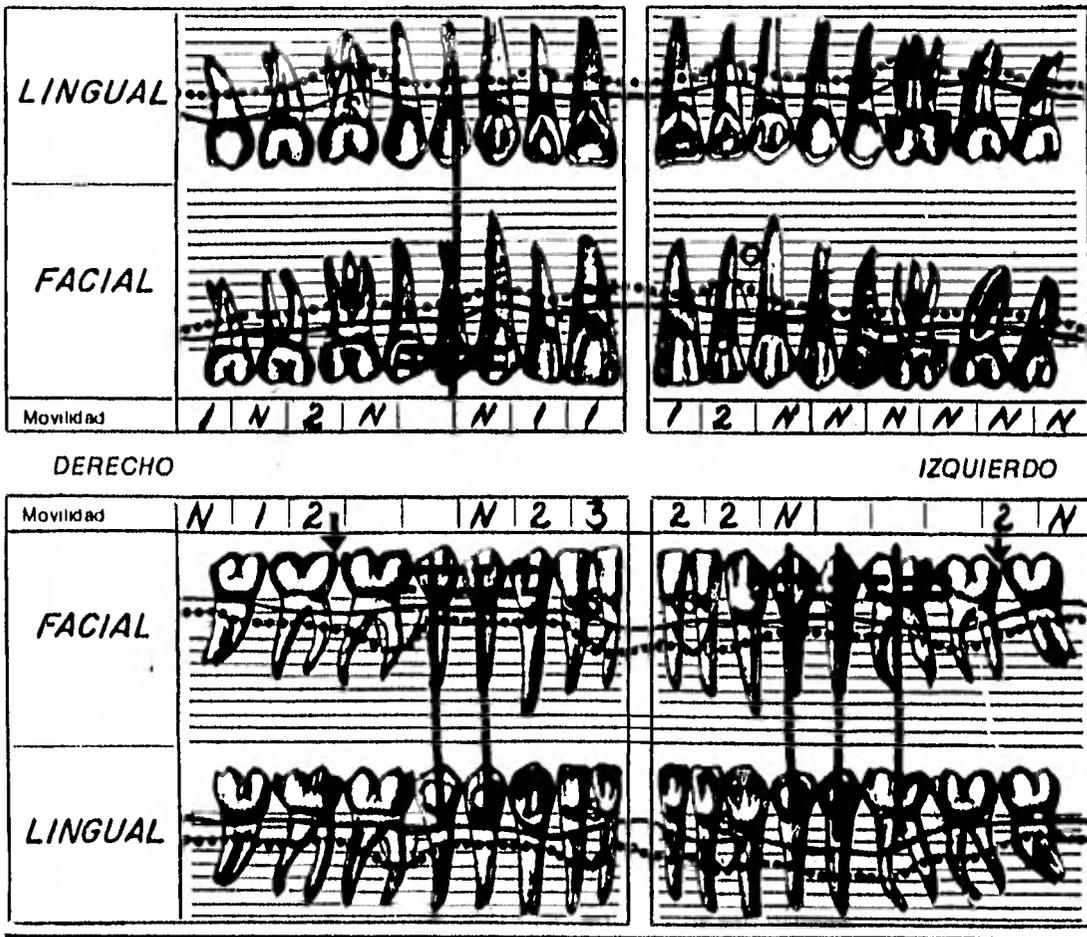
La invasión del periostio y médula ósea alveolar por el infiltrado inflamatorio, produce una alteración del equilibrio entre los procesos reabsortivos y neoformativos del hueso con la resultante final de reabsorción del hueso alveolar morfológicamente por la inflamación y los irritantes locales.

La inflamación se produce por un mecanismo que consiste en el aumento de la permeabilidad del epitelio crevicular o la adherencia epitelial; las enzimas hidrolíticas son capaces de realizar tal acción ya que atacan a los componentes de los tejidos, asimismo, la flora microbiana bucal contiene una variedad de organismos capaces de formar tales enzimas.

#### Bibliografía.

- GLICKMAN, Irving. "PERIODONTOLOGIA CLINICA" Edit. Interamericana. Méx. 1980, 4<sup>a</sup> Ed.
- SHAFER G. William, "Tratado de patología bucal" Ed. Interamericana, Méx 1977 4<sup>a</sup> Edición.
- BALINT J. ORBAN "Periodoncia de Orban" Edit. Interamericana, Méx. 1975 4<sup>a</sup> Ed.

## EL PARODONTOGRAMA.



- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li> Posición aparente de la encía</li> <li> Línea ósea</li> <li> Caries</li> <li> Desplazamiento y migración patológica</li> <li> Extrusión</li> <li> Puente fijo</li> <li> Impacción de alimentos</li> <li> Festones de McCall</li> <li> Diente ausente</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>N-1-2-3</b>    Movilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Margen desbordante</li> <li> Bolsas periodontales</li> <li> Puente removible</li> <li> Restauraciones</li> <li> Fístula</li> <li> Grietas de Stillman</li> <li> Supuración</li> <li> Ulceración de la encía</li> </ul> |
|---|---|

El Parodontograma representa los tejidos del parodonto y registra hallazgos periodontales y sirve para comparar en las visitas de control del paciente.

## V.- PARODONTOGRAMA.

El Parodontograma es una representación de los tejidos del periodonto y se usa para registrar el estado de salud o las patologías existentes en las dos arcadas dentarias, observando dientes y encías por las zonas lingual y bucal, auxiliado también por la toma de radiografías para observar así el nivel de hueso alveolar y su estado en el parodonto.

Es importante buscar los primeros signos de enfermedad gingival y periodontal. El examen debe ser sistemático empezando en una zona molar del maxilar superior o inferior y seguir por todo el arco, para evitar atribuir demasiada importancia a hallazgos espectaculares y dejar de observar así otras lesiones aunque menos llamativas, pueden tener igual importancia.

Los diagramas para el registro de hallazgos periodontales y asociados, ofrecen una guía para el examen minucioso y el registro del estado del paciente. Así mismo se utilizan para valorar la respuesta al tratamiento y hacer comparaciones en las visitas de control.

Los diagramas o parodontogramas, no de

ben ser complicados ,ya que pueden conducir a una acumulación frustrante de minuciasen lugar de aclarar el problema del paciente.

Los datos indicados y que son suficientes para aclarar el problema del paciente pueden ser.

-MOVILIDAD

N.- Normal o fisiológica.

- 1.- Un poco mayor que la fisiológica.
- 2.- Moderadamente mayor que la fisiológica.
- 3.- Intensa movilidad vestibulo lingual o mesiodistal o ambas, combinadas con desplazamiento vertical.

-PROFUNDIDAD DE LA BOLSA.

Con color azul(haciendo medición de la misma con una sonda parodontal)

-MARGEN GINGIVAL.

Línea roja .Posición aparente de la encía.

-NIVEL OSEO.

Verde.Línea punteada,observar radiográficamente.

-INTRUSION(↓) EXTRUSION (↑)

-PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO.

Morado(caras oclusales y bordes inci \_  
sales)

-FACETAS DE DESGASTE.

Naranja.

-DIENTE AUSENTE.

Sombreado.

-DIENTE POR EXTRAER.

Con una X

-CARIES.

Color café.

-RESTAURACIONES EN CORONA.

Amarillo.

-FISTULA

(O)

-SUPURACION.

(S)

-FORMA DE FRENILLOS.

En rojo.

-DESPLAZAMIENTOS O GIROVERSIONES

(↪)

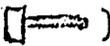
-DIASTEMAS.

( II ) Rayas paralelas.

-PULPECTOMIA.

Dibujar el conducto.

-DOLOR A LA PERCUSION VERTICAL.

Un martillo dibujado(  ) sobre la \_  
cara oclusal o borde incisal.

-PROTESIS FIJA.

Marcando líneas paralelas horizontales  
contínuas y sombreando los dientes pilares.

-PROTESIS REMOVIBLE.

Marcar líneas paralelas horizontales  
discontínuas y sombreando los dientes pilares.

## MOVILIDAD DENTARIA:

Todos los dientes tienen un pequeño grado de movilidad fisiológica. Esto varía en todos los dientes (es mayor en los incisivos centrales y laterales) y en diferentes horas del día.

Es mayor al levantarse por la mañana y va decreciendo progresivamente. El aumento de movilidad por la mañana es atribuido a la extrusión leve de los dientes a causa del poco contacto oclusal durante el sueño. Al estar despierto, la movilidad disminuye por acción de las fuerzas de masticación y deglución que intruyen los dientes en los alveolos.

La movilidad patológica es moderada o excesivamente mayor que la fisiológica y es el resultado de la pérdida de tejidos de soporte en la inflamación, el trauma de la oclusión y otras lesiones.

## BOLSAS PERIODONTALES:

El exámen de las bolsas debe considerar lo siguiente:

a). Presencia y distribución en cada superficie del diente.

- b). Tipo de bolsa; supraósea o infraósea, simple compuesta o compleja.
- c). Profundidad de la bolsa.
- d). Nivel de la inserción de la raíz.

El único método apropiado para detectar y valorar las bolsas periodontales es la exploración cuidadosa con una sonda o explorador ya que las bolsas no se detectan o se miden por exámen radiográfico.

#### MARGEN GINGIVAL:

La encía en posición aparente:

Antes de hacer observaciones exactas, es preciso secar la encía, púes el reflejo de la luz sobre la encía húmeda, puede enmascarar detalles.

Además del exámen visual y la exploración con instrumentos hay que hacer la palpación delicada para descubrir alteraciones en la textura normal y para localizar zonas de formación de pus.

Hay que considerar cada una de las siguientes características.

Color, tamaño, contorno, consistencia, textura superficial, posición, facilidad de sangrado y dolor.

## NIVEL OSEO:

Los niveles de hueso alveolar se aprecian mediante el exámen clínico y radiográfico.

El sondaje es de utilidad en la determinación de la altura y el contorno del hueso vestibular o facial y lingual, ya que están enmascarados en la radiografía por la raíz compacta y para determinar el hueso interdentario.

## INTRUSION.

Puede ser debido a traumatismos o a traumas de la oclusión

## EXTRUSION.

Es generalmente debido a la falta del diente antagonista pues no hay contacto oclusal

## PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO.

La mayoría de las personas tiene contactos prematuros en céntrica, y también en la oclusión habitual son muy comunes.

No todos los pacientes con contactos prematuros pueden llegar a tener traumas de la oclusión, ya que su origen principal está en fuerzas para funcionales repetidas (bruxismo, apretamiento y rechinar de los dientes)

#### FACETAS DE DESCASTE:

Son ocasionadas por la funcionalidad \_  
de la oclusión y es mayor en dientes con mala \_  
posición en el arco.

#### DIENTE AUSENTE:

Por caries, por extracciones o trauma \_  
tismos.

#### DIENTE POR EXTRAER:

Por mala posición, por caries y no pue \_  
de ser restaurado.

#### CARIES:

Se debe observar clínica y radiográfi \_  
mente.

#### RESTAURACIONES EN CORONA:

Dibujar la extensión de la restaura \_  
ción.

#### FISTULA:

En los niños, el orificio de la fístula  
en la zona lateral de la raíz suele ser el re \_  
sultado de la infección periapical de un diente  
temporal. En la dentadura permanente puede for \_  
marse un absceso periodontal, así como una lesión  
apical. El orificio puede estar drenando y estar

bien definido o puede encontrarse cerrado.

#### SUPURACION;

Para determinar si hay pus en una bolsa periodontal, se aplica la yema del dedo índice sobre el sector lateral de la encía marginal y se ejerce presión con un movimiento circular hacia la corona. Se debe hacer presión digital poque el exudado se forma en la pared interna de la bolsa. No en todas las bolsas periodontales hay pus, pero con frecuencia se le descubre en donde no se sospechaba.

#### FORMA DE FRENILLOS;

Pueden ser cortos e impedir el movimiento de los labios, o interferir en la colocación de Prótesis.

#### DESPLAZAMIENTOS O GIROVERSIONES;

Son ocasionados por lo general por la falta de dientes adyacentes y por fuerzas durante la erupción dentaria.

#### DIASTEMAS;

Son ocasionados por pérdidas dentarias fisiológicos o por frenillos fibrosos que actúan entre dos dientes.

## PULPECTOMIA:

Observar y dibujar la obturación de los conductos.

## DOLOR A LA PERCUSION:

La sensibilidad a la percusión es una característica de la inflamación aguda del ligamento periodontal. La percusión suave del diente a diferentes ángulos ayuda a localizar el sitio de la lesión inflamatoria.

La percusión sirve también como método "Sonoro" para detectar dientes con soporte periodontal disminuido.

### a). "Etiología de la Enfermedad Parodontal."

La mala higiene bucal con acumulación de placa Dento Bacteriana, impacción de alimentos y formación de cálculos supra e infragingival, los cuales producen inflamación y junto con el trauma de la oclusión, producen destrucción ósea, la atrofia por desuso se produce al ingerir dieta blanda.

La existencia de prótesis mal adaptadas, bruxismo, apretamiento y rechinar de los dientes, producen desgaste en las superficies de

contacto y es severa al existir mal oclusión.

Las causas sistémicas: incluyen enfermedades tales como Diabetes, que retarda la cicatrización. La falta de vitamina C, la deficiencia de proteínas, la falta de vitamina A, una dieta rica en grasas retardan la cicatrización de los tejidos parodontales.

La sobre dosis de vitamina D, retarda la cicatrización, puede originar necrosis y calcificación de las arteriolas del tejido de granulación.

La cicatrización es también afectada por la administración de glucocorticoides por vía general como la cortisona, que inhibe la formación de fibroblastos, la producción de colágeno y la formación de células endoteliales.

El Stress orgánico, tiroidectomía, testosterona y grandes dosis de estrógeno suprimen la formación de tejido de granulación y retardan la cicatrización.

La progesterona aumenta la susceptibilidad de la encía a las agresiones al producir la dilatación de vasos marginales.

La administración de antibióticos por

vía general después de la gingivectomía (sombri\_lla antibiótica), no previene la inflamación gin\_gival intensa.

b) "Pronóstico."

Es de acuerdo al estado de salud gene\_ral del paciente, un paciente sano tendrá mejor\_pronóstico, ya que las causas pueden ser solo lo\_cales; en cambio un paciente con complicaciones sistémicas, tiene mal pronóstico, porque las cau\_sas de la enfermedad parodontal posiblemente \_sean por medicamentos y no se puedan suprimir, \_en éste caso solo se tratarán los factores loca\_les.

c) "Tratamiento!"

El tratamiento periodontal, consiste fundamentalmente en procedimientos locales como eliminación de placa dentobacteriana, cálculo, bolsas periodontales, generalmente éste tratamien\_to es suficiente para lograr resultados; cuando se sospecha que hay una causa sistémica, se em\_plea una terapéutica y por lo general es un com\_plemento de los procedimientos locales y con \_una finalidad específica, como el control de \_complicaciones sistémicas, que se originan por

infecciones agudas. La quimioterapéutica es para prevenir los efectos lesivos de la bacteriemia pos-operatoria.

El tratamiento nutricional es para apoyar y controlar las enfermedades orgánicas que agraven el estado periodontal del paciente o que demanden precauciones especiales durante el tratamiento.

#### Bibliografía

- GLICKMAN, Irving. "Periodontología Clínica" Edit. Interamericana, Méx 1980  
4<sup>a</sup> Edición.

## VI.- PERICORONITIS.

La denominación Pericoronitis se refiere a una inflamación de la encía, que está en relación con la corona de un diente incompletamente erupcionado ( Fig. 1)

Los sitios más comunes de Pericoronitis son los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados o retenidos.

El espacio entre la corona del diente y el colgajo de encía que la cubre, es una zona ideal para la acumulación de residuos de alimentos y proliferación bacteriana, incluso en pacientes que no presentan signos o síntomas.

El colgajo gingival suele estar infectado e inflamado y tiene ulceraciones de diversos grados en su superficie interna.

La inflamación aguda es una posibilidad inminente y constante.

La Pericoronitis aguda se identifica por los diferentes grados de inflamación del colgajo pericoronario y las estructuras adyacentes, así como por complicaciones generales. La suma del líquido inflamatorio y el exudado celular producen un aumento del volumen del colgajo

Pericoronario, que impide el cierre completo de los maxilares. La encía es traumatizada por el contacto con el maxilar antagonista y la inflamación se agrava.

La infección Pericoronal puede presentarse en cualquier época de la vida. Es más común en niños y adultos jóvenes. La infección Pericoronal en la infancia acompaña en la erupción de los dientes, durante la cual el tejido supradental que comprende porción superior del folículo y mucoperiostio suprayacente puede inflamarse crónicamente y causar formación de absceso fluctuante. A veces estos abscesos producen celulitis y causan no solamente reacción local si no también general, con fiebre alta.

a). "Definición de Pericoronitis!"

La Pericoronitis se define como inflamación de los tejidos gingivales y tejidos blandos contiguos que se hayan sobre un diente que no ha brotado completamente.

Los afectados con mayor frecuencia son los terceros molares. Sin embargo, cuando los segundos molares inferiores son los dientes más distales del arco, también pueden presentar el

mismo cuadro clínico. Es menos común que suceda con los dientes más distales superiores.

La superficie oclusal de un diente puede quedar parcialmente cubierta por un capuchón de tejido, el opérculo que existe durante la erupción y a veces persiste después de ella. (Fig 2)

Los diversos grados de erupción o retención pueden complicar aún más la organización de los tejidos blandos. Además no son raras las bolsas y las anomalías orgánicas.

El opérculo o capuchón Pericoronario es particularmente vulnerable a la irritación y muchas veces es traumatizado directamente cuando queda preso entre la corona que cubre y el diente antagonista al ocluir. La forma de cripta de los tejidos Pericoronarios favorece la retención y estancamiento de los alimentos y la proliferación de microorganismos; En esa zona la higiene bucal adecuada es difícil.

Estos factores predisponen a la infección estafilocócica y hay veces que los capuchones son asiento de gingivitis ulceronecrotizantes.

PERICORONITIS.

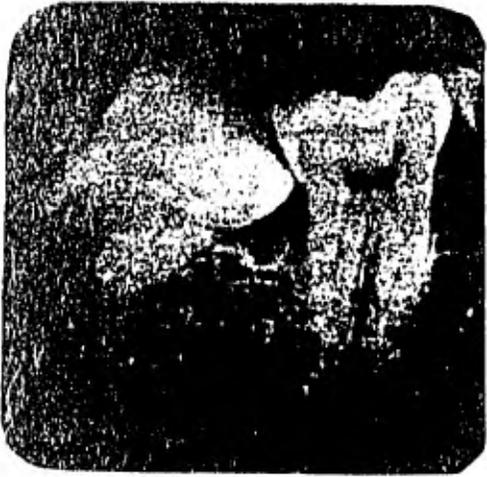


Fig. 1

Pericoronitis alrededor de un tercer molar inferior retenido.

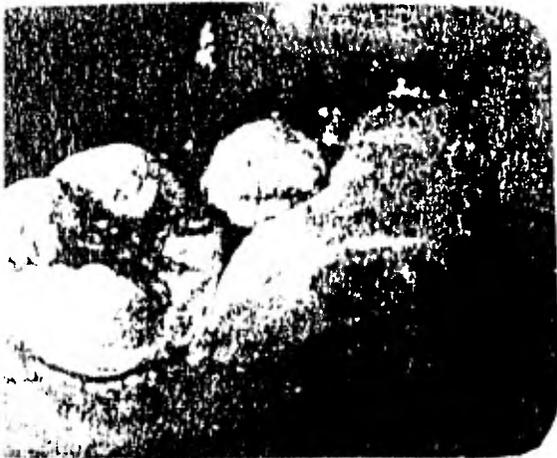


Fig. 2

Tercer molar parcialmente cubierto por el colgajo infectado y abertura en el absceso pericoronario.

b). "Etiología de la Pericoronitis!"

La causa principal es la erupción del tercer molar inferior y la falta de espacio di-  
ficulta la erupción. El diente retenido general-  
mente está en mala posición y como consecuencia produce mala oclusión.

El folículo que acompaña al diente has-  
ta la erupción, permanece al no poder erupcionar el diente; cubre una parte de la corona y gene-  
ralmente es en la parte distal del diente.

La mala posición del segundo o tercer molar, propicia la formación del capuchón Perico-  
ronario a partir de la encía y el folículo su-  
prayacente. El capuchón Pericoronario forma un fondo de saco, de tal modo que las causas princi-  
pales de infección e inflamación, son la acumula-  
ción de restos alimenticios y la proliferación bacteriana ya que la limpieza de ésta zona re-  
sulta insuficiente.

El trauma de la oclusión puede produ-  
cir o agravar una pericoronitis al chocar los dientes superiores con los inferiores en mala po-  
sición.

La infección Pericoronal menos frecuente es la que se presenta en regiones desdentadas. Por algún motivo, un diente no ha hecho erupción, se ignora la existencia de éste diente y se coloca una prótesis; la infección aguda de éstos dientes resulta de la presión ejercida por la prótesis durante años.

c). "Características Clínicas de la Pericoronitis"

Signos y Síntomas.-El opérculo es particularmente vulnerable a la irritación y muchas veces es traumatizado directamente cuando queda preso entre la corona que cubre y el diente antagonista al ocluir.

La forma de cripta de los tejidos pericoronarios favorece la "Retención" y el estancamiento de los alimentos y la proliferación de microorganismos; en esta zona la higiene bucal adecuada es difícil. Estos factores predisponen a la infección estafilocócica, y hay veces que los capuchones son asiento de gingivitis ulcero necrotizante.

El tipo más común de infección pericoronal es el que se encuentra alrededor del tor

cer molar inferior, es mas frecuente durante la adolescencia.

Varían mucho los síntomas, este tipo de infección pericoronar y no es raro que el paciente presente síntomas únicamente en la región periamigdalina. Por esta razón muchas veces acude al médico creyendo tener amigdalitis o infección de garganta. Lo interesante de éstas infecciones pericoronales, es que suelen dar manifestaciones perimigdalinas y por los signos se diagnostica absceso periamigdalino o infección estreptocócica de la garganta y el paciente a menudo se hospitaliza.

Estos síntomas pueden presentarse durante años, antes de diagnosticar un tercer molar incluido.

Los síntomas más comunes de infección pericoronar del tercer molar son linfadenitis submaxilar, trismo, dolor en la región del tercer molar y malestar general muchas veces con fiebre moderada.

Los síntomas varían desde ligeros a graves; el paciente puede presentar dolor intenso y celulítis que dificulta la deglución, con dolor a la palpación extra e intrabucalmente y un edema visible en las regiones submandibular y faríngea. Cuando ocurren los síntomas; el diente o una de sus caras suele estar cerca de la superficie. Quizá se véa una parte del diente que ha hecho erupción, pero el edema y el proceso inflamatorio general pueden ser muy intensos y la comunicación solo puede comprobarse valiéndose de una sonda de plata.

La comunicación en una celulítis suele permitir introducir la sonda a lo largo de la cara bucal. La palpación cuidadosa con la punta, permite llegar al espacio folicular agrandado.

d).- Relación de la Pericoronítis con otras enfermedades orales.

La Celulítis, es una inflamación difusa de los tejidos blandos, que no se circunscribe o confina a una zona, pero que al contrario del absceso, tiende a extenderse por los espacios entre los tejidos y a lo largo de los planos faciales. Este tipo de reacción ocurre como resultado de la infección por microorganismos.

Lo mas común es que la celulítis de cara y cuello sea el resultado de una infección dental, o después de una infección parodontal.

La infección pericoronaria o pericoronitis alrededor de los terceros molares en brote o parcialmente retenidos y la consiguiente Celulítis y trismo, son cuadros clínicos especialmente comunes.

Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda: es una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía, se caracteriza por la aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad sistémica debilitante. Las lesiones son sensibles al tacto y el paciente se queja de un dolor constante, irradiado y corrosivo que se in-

tensifica al contacto con los alimentos condimentados o calientes y con la masticación.

Los capuchones pericoronarios inflamados crónicamente, pueden convertirse en sitios de localización de Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda.

La enfermedad se trata de la misma manera que en cualquier otro lugar de la boca y una vez que remiten los síntomas agudos, se elimina el capuchón pericoronario, que con frecuencia se denomina "zona primaria de incubación" de la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda. Su eliminación es una de las medidas necesarias para eliminar la posibilidad de enfermedad recidivante.

e).- Complicaciones de la pericoronitis.

En la pericoronitis, si no se detiene la infección inicial o si se le profundiza al realizar procedimientos quirúrgicos, puede propagarse por los planos de las fascias hacia los espacios fisiológicos de la cabeza y el cuello.

Los abscesos retrofaríngeos, preamigdalinos, del espacio maseterino y del espacio temporal, la angina de Ludwig, el edema faríngeo,

la trombosis del seno cavernoso y la meningitis aguda, son consecuencias relativamente raras, pero graves de la pericoronítis.

El capuchón pericoronario puede ser asintomático, pero es un foco potencial de agrandamiento gingival con profundización concomitante de la bolsa peridontal; de ésta manera proporciona retención adicional de bacterias y exudado, y puede haber exacerbaciones agudas.

En las exacerbaciones, el mayor agrandamiento del tejido, actúa como inhibidor del drenaje a partir del surco e induce la profundización del proceso más allá de los tejidos gingivales.

Muchas veces los tejidos agrandados, son traumatizados durante la masticación, lo cual fomenta mas las molestias del paciente.

Debajo del opérculo puede formarse pus; cuando el cuadro empeora, la inflamación aumenta, el movimiento mandibular se limita (trismo) y la temperatura aumenta, hay dolor irradiado hacia el oído, y el exudado purulento se acumula en los tejidos subyacentes al fórnix vestibular.

## BIBLIOGRAFIA:

- A PREDICTION MODEL FOR ACUTE PERICORONITIS.  
J of Dental Research, March, 1981, Vol 60 Special Issue A.
- COHEN MM. "Stomatologic Alterations in child Hood"  
J Dent, Child, 1977, May-Jun 44 (3).
- KURT, Thoma. "Patologia Oral". Edit Salvat, Barcelona, 1973.
- BALINT J. ORBAN "Periodoncia de orban" Edit. Interamericana, México 1975, 4a. Edic.
- KRUGER O. Gustav. "Cirugia Bucal" Edit. Interamericana, México 1975.
- Shafer.G. William. "Tratado de Patología Bucal" Edit. Interamericana. México 1977, 4a. Edición.
- GLICKMAN, Irving. "Periodontología Clínica". Edit. Interamericana, México 1980, 4a. Edición.
- White. "Cirugía Bucal" Edit. Interamericana, México 1977.
- COHEN MM. "Stomatologic Alterations in child Hood"  
J Dent, Child, 1977, May-Jun 44(3).
- LEGARRETA, Luis. "Pericoronitis". Rev. ADM. Vol. XXIX No. 3, May-Jun 1972.

## VII.- ESTUDIO DE LOS COMPONENTES EXTRACELULARES DEL SACO PERICORONARIO MEDIANTE TECNICAS DE HISTOQUIMICA CLASICA.

Con el objetivo de determinar la existencia de glucoproteinas, mucopolisacáridos, fibras reticulares colágenas y elasticas del saco pericoronario de los dientes retenidos, se estudiaron, utilizando métodos hísticos de coloración de componentes estructurales de 50 fragmentos de sacos pericoronarios de premolares y terceros molares, cuyas raíces habian completado 2/3 o más de su desarrollo anatómico y pertenecian totalmente inmersas en el tejido óseo circundante.

Las muestras fueron fijadas en formalina neutra al 10 % e incluidas en parafina según la técnica convencional; se realizaron en cada caso 7 cortes que fueron sometidos a las coloraciones de Hematoxilina y Eosina, PAS (la técnica de PAS-Schiff es un procedimiento en dos tiempos basados en la aplicación a la histología de dos reacciones, usando ácido peryódico, fucsina básica que es aclarada con ácido sulfuroso), PAS digerido con diastasa salina

val, azul de alciano con un Ph de 2,4 y las coloraciones de identificación fibrilar de Verhoeff, Gomori y de Van Gieson.

Se encontro que el saco pericoronario es una estructura que está fundamentalmente constituida por tejido fibroso denso de diversos grados de colagenización. En todos los casos estudiados se detectaron mucopolisacáridos ácidos. No se observaron reacciones de positividad a las fibras elásticas y en el caso de las fibras reticulares la observación fué considerada escasa.

En la luz de los islotes epiteliales en ocasiones apareció un material PAS positivo resistente a la acción de la diastasa salival.

#### a).- Introducción.

El gérmen dental ha sido en los últimos años profundamente estudiado por métodos histoquímicos, debido a ello existe una abundante cantidad de artículos en relación con sus componentes estructurales.

En 1973 los estudios se realizaron en gérmenes dentales de ratones.

Aunque se han hecho estudios sobre el proceso de maduración dental, sigue sin establecerse el patrón histoquímico de la parte pericoronaria y del saco folicular. Considerando que el saco pericoronario es la última estructura que podemos estudiar del desarrollo dental, como evento embriológico vinculado al proceso de brote, tiene importancia singular por su formación embriológica aparentemente quiescente en su última fase del proceso de formación del diente. Su conocimiento establece el estudio fundamental en la comprensión de fenómenos patogénicos como los quistes y las neoplasias odontogénicas necesariamente vinculadas tanto a los elementos celulares como extracelulares del saco pericoronario. De esta manera, considerando que sobre la base de mejores conocimientos tengamos la estructura del saco pericoronario, podrá establecerse un criterio más exacto sobre el mecanismo de la retención dental y habrá más información odontogénica para abordar problemas de orden clínico quirúrgico, como los accidentes mucosos inflamatorios de los dientes

en brote o la patogénia de los quistes y tumores odontogénicos.

b).- OBJETIVOS.

1) Determinar la existencia de glucoproteínas y mucopolisacáridos en el saco pericoronario de premolares y molares.

2) Determinar la presencia de fibras reticulares, elásticas y colágenas.

c).- Material y Método.

Se analizaron 50 fragmentos de sacos pericoronarios de premolares y terceros molares cuyas raíces habían completado  $2/3$  o más de su desarrollo anatómico y permanecían totalmente inmersas en el tejido óseo circundante.

El material biopsico se obtuvo de sacos pericoronarios de dientes retenidos; las muestras fueron fijadas en formalina neutra al 10 %, seleccionándose un fragmento en la cara vestibular adyacente al cuello del diente, el cual fué incluido en parafina según la técnica convencional. Fuéron practicados siete cortes de 5 micras a cada fragmento, con el objeto de disponer de ellas para las coloraciones de Hematoxilina y Eosina, PAS, PAS digerido con

diastasa salival, azul de alciano, con un Ph de 2.4 coloración de Verhoeff para la identificación de fibras elásticas; coloración de fibras reticulares de Gomori y coloración de Van Gieson para fibras colágenas. Métodos descritos por Ma. Macnus.

d).- Resultados.

Con la reacción de reconocimiento para fibras elásticas, no se evidenció ningún elemento reactivo a esta técnica.

Las fibras reticulares aparecieron escasamente y cuando lo hicieron se orientaron con una marcada tendencia a la organización longitudinal del corte en forma de finos tirabuzones.

En algunos cortes aparecieron compacta e irregularmente agrupadas en las 2/3 partes de la superficie externa del saco Fig. 1.

Las fibras colágenas fueron más abundantes, constituyendo el elemento fundamental del corte Pericoronario.

Llamó la atención con la coloración de Van Gieson para fibras colágenas, que en varios cortes aparece engrosamiento de la adventicia -

vascular Figs.(2y3)

la identificación de mucopolisacáridos con la coloración de azul de alciano mostró que ésta substancia, puede presentarse en algunos casos(cuatro en el estudio)constituyendo prácticamente la totalidad del saco Pericoronario, en todos los casos estudiados se observó en mayor o menor cantidad. Fig(4)

Con la reacción de PAS se detectó que en el saco Pericoronario se encuentran substancias que reaccionan positivamente y que éstas permanecen aún bajo la acción de la diastasa salival.

La reactividad es más intensa en la parte central de algunas agrupaciones epiteliales de los sacos; con ésta coloración se observó que cuando dichos islotes epiteliales aparecen lo hacen generalmente rodeados de una estructura fina y limitada, que reaccionan positivamente con el PAS, de forma similar a como lo hacen las membranas basales epiteliales Fig. ( 5)

e), - Discusión.

A pesar de las limitaciones histoquímicas de las técnicas clásicas de reconocimiento

-to de substancias extracelulares, se puede se\_ñalar que el saco Pericoronario de los dientes que han completado más de 2/3 de su desarrollo-anatómico y aún no han brotado, están constituidos en su mayoría fundamentalmente por fibras colágenas densamente apretadas con diferentes grados de maduración y colagenización.

Se observó con la coloración de Van - Gieson para fibras colágenas que la adventicia vascular de varios sacos Pericoronarios aparece engrosada, fenómeno que se deberá estudiar - por su posible participación como causa o efecto en la retención dentaria.

Aunque las fibras colágenas constituyeron el patrón histoquímico más relevante del saco pericoronario, es conveniente señalar que los mucopolisacáridos ácidos, aparecieron en - todos los casos estudiados en diferentes concentraciones, pero que en cuatro de ellos estuvo - casi solamente constituido por esa substancia y fibroblastos muy jóvenes, tomando el corte microscópico similar y morfológicamente difícil de distinguir de los mixomas odontogénicos.

Con la coloración de PAS se evidenció

la reactividad central de las agrupaciones epiteliales, lo que evidencia la capacidad de estas células para producir un mucopolisacárido neutro y organizarse como estructuras glandulares. Es por lo tanto posible a partir de las mismas, desde éste punto de vista, la formación de tumores odontogénicos adenomatoides de tan discutido origen.

La ausencia de fibras elásticas es explicable si tenemos en cuenta que el saco Pericoronario es una estructura que permanece en una cavidad ósea rígida, la cual es solo rota cuando el diente hace erupción

f). CONCLUSIONES.

1.- El saco Pericoronario está constituido fundamentalmente por tejido fibroso denso con diferentes grados de colagenización.

2.- Los mucopolisacáridos ácidos se encontraron presentes en todos los casos estudiados.

3.- No se encontraron fibras elásticas

4.- Las fibras reticulares aparecieron escasamente.

5.- Se encontro un material PAS más re

-sistente a la acción de la diastasa salival,  
en aquellos casos donde existen islotes epite -  
liales de aspectos glanduloides.

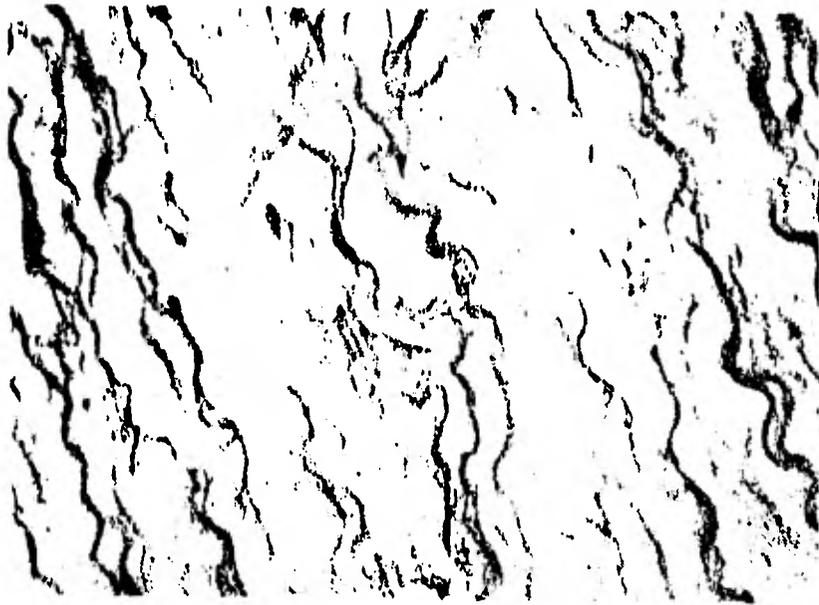


Fig.1 Aquí se ilustra el aspecto tí \_  
pico de presentación de las fibras reticulares  
en uno de los casos en que aparecieron en ma -  
yor concentración (col oración Gomori por 200)

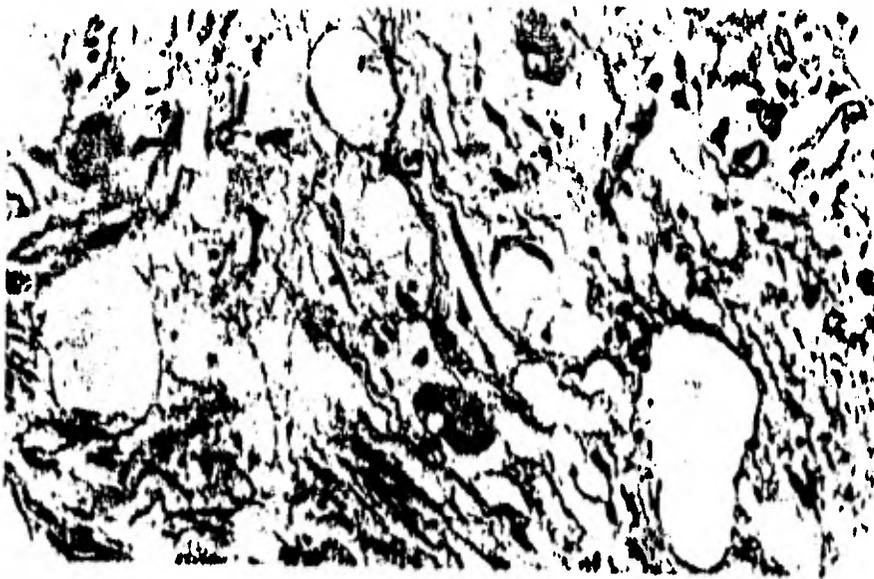


Fig.2. Fotomicrografía que muestra la  
reduplicación de la adventicia vascular mencio \_  
nada (Van Gieson X 160 ).

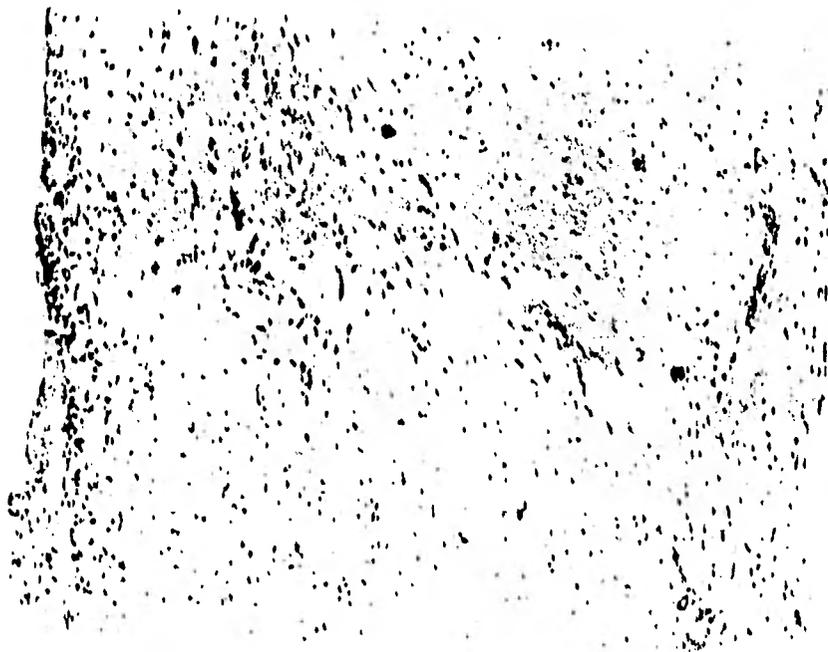


Fig 3. Saco Pericoronario constituido principalmente por fibras colágenas (Van Giesón X 32).

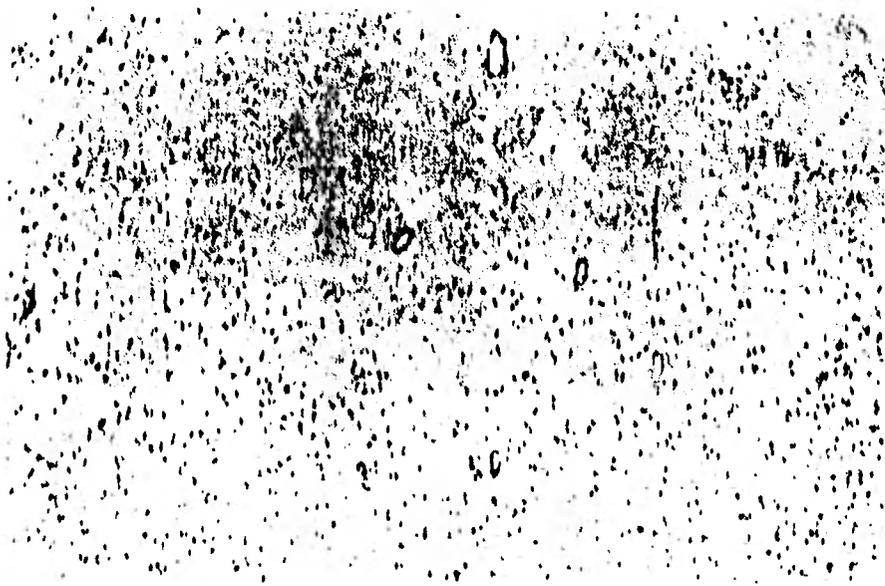


Fig 4. Uno de los casos en que se observó mucopolisacáridos ácidos, aspecto similar a los mixomas odontogénicos, en la totalidad del saco Pericoronario (azul de Alciano X 60 ).



Fig.5-Islotos epiteliales circunscritos por una membrana PAS positivo de reacción, en la parte central del más inferior se observa.

#### Bibliografía.

- Estudio de los componentes extracelulares del saco Perocoronario mediante técnicas de Histoquímica Clásica.-Revista Cubana de Estomatología, Vol.17 Sep-Dic. 1980.

## PERICORONITIS.

### VIII.-Diagnóstico.

El diagnóstico debe ser sistemático y organizado con una finalidad específica.

Nuestro interés debe ser por el paciente que tiene la enfermedad y no simplemente por la enfermedad en si. Por ello, el diagnóstico - debe incluir una valoración general del paciente, asi como una consideración de la cavidad bucal.

#### a). Apreciación general del paciente.

A partir del primer encuentro, el operador debe intentar hacer una valoración general del paciente. Esto incluye consideraciones - sobre el estado mental y emocional del paciente temperamento, actitud y edad fisiológica.

La observación del paciente cuando entra al consultorio y se sienta en el sillón, puede revelar manifestaciones vagas de enfermedad que se pueden reconocer como sigue:

Facies. - Los cambios faciales se asocian a enfermedades como hipertiroidismo, miastemia grave, acromegalia, mixedoma, enfermedad de Paget, Parkinsonismo, anemia perniciosa, parálisis

-facial. Con frecuencia la expresión facial denota ansiedad preocupación o depresión.

Hábito Orgánico.-La obesidad marcada o delgadez sugieren la posibilidad de alteraciones hormonales o nutricionales, o enfermedades debilitantes como Neoplasmas o Tuberculosis.

Marcha.-Es frecuente que la Sífilis Terciaria, la enfermedad de Paget y la Esclerosis múltiple se identifiquen con un modo de caminar anormal.

Postura.-La Artritis, Tuberculosis ósea y enfermedad de Paget, pueden modificar la postura corporal..

Respiración.- La Dísnea puede indicar insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar: la respiración silbante se presenta en el asma bronquial.

Temperatura.-Por lo general la temperatura orgánica elevada indica que hay infección.

Piel.-En diversas dermatosis, aparecen erupciones. La enfermedad de Addison, la orgiria y la pelagra presentan pigmentaciones; en la anemia o en la insuficiencia aórtica hay palidez; la coloración amarilla Ictericia, obstructiva,

toxica o infecciosa; la Cianosis puede tener su origen en enfermedad cardiaca o pulmonar; en el cretismo y el mixedema hay sequedad; Las hemorragias se producen en las diátesis hemorrágicas; es importante observar los Nevus, tumores queloides o neurofibromatosos.

Ojos.- Es preciso notar la inflamación exoftalmos o cambios pupilares.

Nariz.- Las descargas purulentas indican rinitis aguda o infección de los senos. La respiración bucal se puede originar por deformaciones u obstrucciones de los orificios nasales.

Oidos.- La descarga se observa en infecciones agudas o crónicas.

Cuello.- Las venas cervicales prominentes pueden tener relación con una falla cardiaca congestiva u otras alteraciones del sistema cardiovascular. Las pulsaciones carotídeas vigorosas pueden indicar hipertensión. La Linfadenopatía, Bocio, agrandamiento tiroideo, quistes o tumores, pueden ser la causa de masas en el cuello.

Zonas Submaxilar y Parotidéa.. La osteomielitis, la Pericoronitis, la Actinomicosis, la obstrucción del conducto de Wharton y la angina

-de Ludwig, producen la inflamación de la zona submaxilar y parotidéa.

b). Historia Sistemática.

La importancia de la historia sistemática debe ser explicada a los pacientes, porque frecuentemente omiten información que no pueden relacionar con su problema dental.

La historia sistemática ayudará al operador en:

1)- El diagnóstico de las manifestaciones bucales de enfermedades generales.

2)- La detección de estados sistémicos que puedan estar afectando a la respuesta de los tejidos Periodontales a factores a factores locales.

3)- La detección de estados sistémicos en que sean necesarias precauciones especiales y modificación en los procedimientos terapéuticos.

La historia sistemática debe incluir:

1.- Si el paciente está bajo tratamiento médico, si es así ¿cual es la naturaleza de la enfermedad, y cual es el tratamiento? hay que poner atención especial respecto a anticoagulantes, -

-corticosteroides, dosis y duración del tratamiento.

2.- Antecedentes de fiebre reumatica , enfermedad cardiaca reumatica o congénita, hipertensión, angina péctoris, infarto del miocardio, nefrítis, enfermedad hepática, diabetes, desmayos, o lipotímias.

3.- Tendencias hemorrágicas anormales como epistaxis, sangrado prolongado de heridas pequeñas, equimosis espontáneas, tendencia excesiva a hematómas.

4.- Enfermedades infecciosas, contacto reciente con enfermedades infecciosas en el hogar o en el trabajo, radiografía reciente de tórax.

5.- Posibilidad de enfermedades profesionales.

6.- Historia de alergia. Fiebre alta , asma, sensibilidad a alimentos, a drogas como aspirina, codeina, barbitúricos, sulfonamidas, antibióticos, procaina, laxantes o a materiales dentales como eugenol o resinas acrílicas.

7.- Información respecto al comienzo de la pubertad o menopáusia, trastornos menstruales, histerectomía embarazos y abortos.

### c). Historia Dental.

Motivo de la consulta:

Generalmente en la Pericoronitis el paciente se presenta con una lesión supurativa y dolor en la zona del tercer molar, irradiado a los maxilares, oído garganta y piso de boca, sensibilidad al frío y al calor e irritantes.

Además del dolor, el paciente refiere incomodidad por el gusto desagradable y la incapacidad para cerrar la boca en las etapas agudas de la Pericoronitis.

La inflamación de la mejilla en la región del ángulo mandibular y la linfadenitis son hallazgos comunes; el paciente presenta asimismo complicaciones tóxicas generales como fiebre leucocitosis y malestar.

Se debe hacer un exámen bucal general en dientes y tejidos para así localizar y observar clínicamente la infección. Se debe precisar si se necesita un tratamiento de urgencia inmediato, medicación o alguna indicación necesaria.

Se debe incluir también preguntas tales como: Visitas al dentista, frecuencia, fecha de la última visita y naturaleza del tratamiento.

El cepillado dentario, frecuencia, antes o despues de comer, método de cepillado, tipo de cepillo y dentrífico.

d). Toma de Radiografías.

Una vez que remita la infección y se hayan calmado los síntomas agudos, se procederá a la toma de radiografías perapicales y oclusales, según sea necesario para observar la posición del diente, si tiene espacio o no para erupcionar, daños que pueda estar ocasionando al diente adyacente y si está indicada o no la extracción.

Si no se precisa un tratamiento de urgencia y solo se necesita medicación y analgésicos, se despide al paciente y se le indica cuando debe volver para la segunda visita.

Bibliografía.

-GLICKMAN Irving. "Periodontología Clínica", Edit. Interamericana, Méx. 1980  
4<sup>ta</sup> Edición.

## IX.- Pronóstico.

El pronóstico, es la predicción de la duración, evolución y conclusión de una enfermedad y la posible respuesta al tratamiento.

Debe ser determinado antes de planear el tratamiento.

Un diente con Pericoronitis que ha sido tratado solo con antibióticos, puede en un momento dado desencadenar una respuesta inflamatoria más aguda o-severa que la anterior; por lo tanto un diente al que se le ha eliminado el capuchón pericoronario quirúrgicamente, es de mejor pronóstico que al que se le ha tratado paliativamente para aliviar los síntomas dolorosos.

Otro factor que influye en la determinación del pronóstico, es la posición dentaria del tercer molar y su relación con el adyacente y el antagonista.

Un diente en mala posición es de mal pronóstico porque puede en cualquier momento infectarse por la impacción de alimentos y dar una respuesta crónica o aguda.

El pronóstico es favorable cuando el

-diente con pericoronitis está en buena posición puede erupcionar libremente y el paciente se encuentra en buen estado de salud. El tratamiento en este caso es quirúrgico, y conservador al eliminar solo el capuchón que es la causa de la inflamación. Una vez eliminado el capuchón pericoronario, el diente debe volver a su funcionalidad sin causar ningún tipo de síntomas.

#### Bibliografía.

-GLICKMAN, Irving, "Periodontología Clínica" Edit. Interamericana, México 1980 4<sup>a</sup> Edición.

## X.- Tratamiento.

### a) Consideraciones Preliminares.

Presencia de infección: La infección en forma de pericoronitis,debera tratarse antes de la cirugía. Una pericoronitis aguda alrededor del tercer molar inferior,generalmente reacciona positivamente a la extracción del tercer molar superior,si este último está chocando contra los tejidos inferiores infectados.

Puede ayudar al tratamiento:

Explorar con una pequeña sonda de plata,esteril,bajo el colgajo,sobre el lado bucal para liberar pus ,se debe irrigar,lavar y una terapéutica con antibióticos. En ocasiones puede extraerse un diente impactado en el tejido o en alto nivel en cuanto se haya establecido un nivel satisfactorio de antibióticos. si surgen complicaciones quirúrgicas,puede permitirse que las raíces fracturadas permanezcan sin que se les toque durante unos cuantos días,antes de extraerlas.

La extracción de la corona permitirá que ceda la pericoronitis.Cuando no existe infección,es innecesaria la terapéutica con anti

-bióticos por vía bucal o parenteral.

La preparación del paciente se inicia con un enjuague bucal de cualquier agente anti-séptico adecuado para reducir el número de bacterias intrabucales.

b). Tratamientos.

En el tratamiento de la pericoronitis se tendrán en consideración los siguientes factores:

- 1.- Intensidad del proceso inflamatorio.
- 2.- Complicaciones Sistémicas.
- 3.- Conveniencia de conservar el diente afectado.

Antes de emprender el tratamiento el Odontólogo hará revisión de la historia clínica para determinar si el paciente presenta algún riesgo por la presencia de cardiopatías valvulares, o si porta alguna prótesis cardiovascular. En estos casos lo indicado es la inmediata protección con grandes dosis de antibióticos.

Los pasos del tratamiento de la pericoronitis son los que siguen.

- 1.- Se debe limpiar la zona mediante -

-lavado y curetaje suave para quitar los resi -  
duos de abajo del opérculo. Establezc case un dre -  
naje. Si es posible, obtengase cultivo para hacer  
un antibiograma.

2.- Coloque un solo espesor de gasa -  
de 5mm yodoformada debajo del opérculo.

3.- Si no se puede hacer el drenaje -  
adecuado y la palpación revela fluctuación, se  
incide y se drena por la incisión.

4.- Si hay fiebre y linfadenopatía se  
considera el tratamiento con antibióticos por -  
via sistémica.

5.- Indíquese al paciente que se enjua  
gue frecuentemente con soluciones salinas tibias  
(una cucharadita de sal en medio litro de agua  
tibia).

6.- En la segunda sesión (24 horas más  
tarde) quitarse el drenaje, colóquese un nuevo -  
drenaje otras 24 horas, el paciente debe presen -  
tar mejoría.

7.- Decídase si extraer el diente o -  
conservarlo, o solo eliminar el capuchón.

Si la Gingivitis Ulceronecrotizante -  
fué el factor etiológico de la Pericoronitis, -  
se hará el tratamiento correspondiente.

El piso muscular de la cavidad oral -  
termina por mesial del tercer molar inferior; -  
por ello, es factible que la infección de la -  
zona lingual del tercer molar descienda hacia -  
los espacios linfáticos del cuello y del mediast  
tino .

Otro tipo de tratamiento es dilatar -  
la abertura y evacuar la pus y otros materiales  
sépticos. Si la abertura puede dilatarse lo su -  
ficiente para permitir el drenaje, se introduce  
una tira de tela de caucho de 0.6 cm de ancho, -  
un pedazo de elástico de hule de 0.3 cm de an -  
cho o una tira de gasa yodoformada de 0.6 cm -  
de ancho embebida en algún antiséptico y analge  
sico (partes iguales de guayacol y aceite de oliv  
va) ello logra drenaje continuo y brinda un -  
analgésico para aliviar el dolor.

El paciente debe emplear colutorios -  
salinos calientes durante 5 min, cada 1/2 hr, -  
en el curso del día.

Se prescribe un antibiótico en dosis -

-suficiente para mantener un nivel sanguíneo -  
adecuado. Este tratamiento debe aliviar de inme\_  
diato los síntomas agudos; cuando se ha llegado -  
a un estado subagudo, se instituye el tratamien -  
to definitivo.

El tratamiento definitivo dependera del  
diagnóstico en lo que respecta a la disposición  
del diente incluido.

Si el tercer molar está incluido y no -  
se puede conservar la extracción quirúrgica se -  
hace tan pronto como los síntomas seán subagu -  
dos.

Si existen primeros y segundos molares  
cariados y si hay molares a tal grado y se con -  
sidera que la pulpa está en peligro y es pro -  
bable la pérdida temprana de ellos, el tercer -  
molar se deja brotar y puede ser usado necesa -  
riamente como soporte al reemplazar a los mola\_  
res perdidos o extraídos. Si es elegido este úl -  
timo recurso, deben valorarse la persistencia y -  
la recurrencia de los estados infecciosos. Puede  
pensarse en extirpar los tejidos blandos supra -  
yacentes, que se habrán tornado fibrosos, por la  
inflamación crónica persistente.

Si se decide extirpar los tejidos su -  
prayacentes se debe hacer adecuadamente. El tejido  
que cubre la corona debe eliminarse por com -  
pleto para que toda la porción oclusal del diente  
que no ha echo erupción, quede bien descubierta;  
la operación se tapona con cemento quirúrgi -  
co y debe dejarse puesto por lo menos 7 días.

El tiempo adecuado para emprender proced  
imientos quirúrgicos definitivos, ha sido mater  
ia de controversia durante muchos años; des -  
de el advenimiento de los antibióticos y otros -  
quimioterápicos, los pacientes pueden proteger -  
se de reacciones generales ,celulitis aguda e -  
infecciones óseas usando estos medicamentos.

Se acepta que retardar el empleo de :-  
los procedimientos quirúrgicos definitivos, -  
predispone a que se establezca osteomielitis.

Asi pues se debe ser prudente para elegir  
el momento adecuado de la operación.

En presencia de una infección aguda, -  
la incisión primaria y el drenado son el método -  
de elección; se hará el tratamiento definitivo  
una vez que pasen los síntomas agudos, se emple  
aran simultáneamente los antibióticos.

El tercer molar superior puede ser la causa de una infección pericoronaria, al traumatizar los tejidos del tercer molar inferior, si éste está en mala posición o semierupcionado; se debe hacer la valoración de cual de los dos dientes extraer, según la importancia necesaria en el arco y su uso para fines funcionales. En ocasiones es conveniente conservar el tercer molar inferior aún cuando persistan los síntomas infecciosos recurrentes y si la causa es el traumatismo por el tercer molar superior, éste debe extraerse para aliviar así los episodios recurrentes.

c). Tratamiento con Electrocirugía.

Para casos de pericoronitis aguda se obtiene drenaje incidiendo el capuchón con un electrodo aguja doblado. Se usa un electrodo en forma de asa para quitar el capuchón una vez que han desaparecido los síntomas agudos.

La Electrocirugía es un método conveniente y eficaz para cortar tejidos o eliminarlos; brinda un campo operatorio limpio, sin hemorragia, sin embargo, la Electrocirugía crea el riesgo de dañar el tejido y hacer perder el so-

-porte p eriodontal, cuando se le usa cerca del -  
hueso,  esto limita seriamente su utilidad.

Es la Electrocirugía de valor para -  
procedimientos superficiales como remosi n de -  
agrandamientos gingivales, gingivoplastia, reco -  
locación de inserciones de frenillos, músculos e  
incisión de abscesos periodontales y capuchones  
pericoronarios. No debe ser usada para procedimi  
entos efectuados cerca de hueso, como tratamien  
to de bolsas  nfra seas, operación por colgajo o  
cirugía mucogingival y algunos casos de retrac  
ción gingival, porque cuando se usa para reseccio  
nes profundas cercanas al hueso, la Electrociru  
g a produce recesión gingival, necrosis y secues  
tros óseos, pérdida de la altura del hueso, expo  
sición de las furcaciones y movilidad dentaria,  
que no ocurre cuando se usan bisturíes periodon  
tales.

#### Bibliografía.

-COHEN MM, "Stomatologic Alterations in  
(Child Hood", J. Dent Child May-Jun 44 (3)

-GLICKMAN, Irving. "Periodontologia-

Clinica" Edit. Interamericana  
(74)

- Clínica" Edit. Interamericana -  
Méx. 1980, 4<sup>a</sup> Edición.
- LEGARRETA, Luis "Pericoronitis"  
Rev. ADM. Vol.XXIX No 3 May-Jun  
1972
- KRUGER, O. Gustav."Cirugía bucal"  
Edit. Interamericana, Méx. 1975.
- BALINT, J. Orban. "Periodoncia de  
Orban" Edit. Interamericana, Méx.  
1975 4<sup>a</sup> Edición.

## XI.- Resultados.

Esté trabajo es el resultado de una recopilación de datos acerca del tema, disperso en muchas y diferentes bibliografías.

Se encontrarán en esté trabajo características específicas de la Pericoronitis y cuales son sus tipos de tratamiento.

Como sabemos la Pericoronitis es una inflamación que afecta a los tejidos gingivales que circundan a los terceros molares, principalmente los inferiores, si está inflamación llega a agudizarse, puede afectar órganos adyacentes al tercer molar y afectar el estado de salud en general.

Está inflamación Pericoronaria ha sido poco estudiada hasta la actualidad, ya que se le da poca importancia, pues solo la sintomatología grave se manifiesta tanto local como sistemáticamente, durante los estados patológicos agudos - pudiendo desencadenar una estomatítis.

## XII.- Discusión.

Se deben examinar los terceros molares no erupcionados, pues es aquí donde frecuentemente se presenta la Pericoronitis, principalmente los molares mandibulares.

Debido a la dieta alimenticia con características blanda y semi dura, los últimos dientes permanentes por erupcionar (terceros molares), tienden a incluirse por la falta de espacio, esto no se puede evitar, pues depende de factores en el desarrollo de los maxilares y mandíbula; por lo tanto, una alternativa de evitar la infección pericoronar, es el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

## XIII.- Conclusiones.

La erupción de los terceros molares de la dentición permanente ocasiona problemas al quedar incluidos o semierupcionados, sobre todo en la mandíbula, pudiendo ocasionar trastornos de tejidos duros y tejidos blandos, que se manifiestan por infección e inflamación.

Los tumores o quistes odontogénicos -

pueden ser descubiertos por las lesiones infla\_ matorias que ocasionan y pueden llegar a fistu\_ lizarse.

Las discrácias sanguíneas se manifies\_ tan en la cavidad oral como lesiones ulceradas\_ agudas, similares a otro tipo de estomatítis.

Los primeros signos de cáncer, son in\_ flamaciones agudas de tejidos y en etapas tem\_ pranas pueden confundirse con una pericoronitis ulcerada del tercer molar.

Es importante conocer el estado fisio\_ lógico de salud del parodonto, para poder hacer comparación, del cambio o cambios estructurales de los tejidos que se observan durante la enfer\_ medad parodontal, que como toda enfermedad oral principia con signos de inflamación y posterior\_ mente de ulceración!

El Parodontograma es una representación gráfica de los tejidos del parodonto, nos sirve para anotar datos acerca del estado de salud \_ oral de un paciente, nos ayuda a establecer la \_ etiología, diagnóstico, pronóstico y el tratamien\_ to indicado, según el estado de salud del pacien\_ te.

La pericoronitis es una inflamación de las encías que rodean a los terceros molares inferiores semierupcionados o incluidos. está en relación con la corona del diente y en la parte distal de éste se forma un capuchón pericoronario y da lugar a la acumulación de restos alimenticios y por la proliferación bacteriana, puede llegar a infectarse y ocasionar síntomas agudos.

La causa principal de la pericoronitis es la erupción del tercer molar, principalmente el inferior y la falta de espacio para erupcionar, el folículo que acompaña al diente hasta la erupción queda atrapado y forma el capuchón pericoronario, aquí la higiene adecuada es difícil ocasionando así inflamación.

Las características clínicas de la pericoronitis son: Linfadenitis, trismo, dolor de la región del tercer molar, malestar general y casi siempre fiebre; muchas veces se le diagnóstica amigdalitis, el paciente se hospitaliza, estos síntomas pueden presentarse por años antes de diagnosticar un tercer molar incluido.

La pericoronitis tiene relación con la

Celulitis ya que surge cuando la infección se agrava, también puede convertirse en sitio de asiento para la gingivitis ulceronecrotizante.

Las complicaciones de la pericoronitis son: abscesos retrofaringeos, periamigdalinos del estado maseterino y temporal, angina de Ludwig, Edema faríngeo, trombosis del seno cavernoso y meningitis aguda, aunque son raras, son una posibilidad constante.

En el diagnóstico de la pericoronitis se debe tomar en cuenta al paciente engeneral y no solo la cavidad oral aislada..

La historia sistemática reporta datos de manifestaciones bucales de enfermedades generales, para modificar el tratamiento o prevenir alguna complicación después del tratamiento oral. El pronóstico se establece de acuerdo al estado de salud y cooperación por parte del paciente.

El tratamiento debe ser bien elegido de acuerdo a lo avanzado de la lesión, ver si es necesario aplicar medidas de urgencia a la infección local y prevenir o controlar al paciente de complicaciones sistemáticas.

El tratamiento con electrocirugía solo se puede aplicar a tejidos que no esten directamente relacionados con hueso, ya que se puede producir Necrosis, pérdida de la altura del proceso, recesión gingival con exposición de las furcaciones y movilidad dentaria.

#### XIV.-Propuestas y Recomendaciones.

1.- Concientizar al paciente y a la población de este tipo de infecciones.

2.- Motivar al paciente para que adquiera el hábito de consultar al Cirujano Dentista cada 6 meses, pues es la persona indicada para diagnósticar una pericoronitis o el riesgo de una inclusión dentaria.

3.- La consulta dental, la higiene mediante el cepillado dentario, el uso del hilo seda, son medidas preventivas auxiliares para evitar la complicación de la pericoronitis, mientras no se realice el tratamiento definitivo.

4.- Hacer encuestas epidemiológicas y levantamiento de índices en la población, para diagnosticar a tiempo los factores de riesgo

que pudiesen desencadenar una pericoronitis aguda.

XV.- ANEXOS.

Pericoronitis del 3<sup>er</sup> Molar Inferior



Inflamación alrededor de un tercer molar infectado.



Capuchón Pericoronario levemente inflamado,



Radiografía de un tercer molar incluído, causa potencial de la Pericoronitis.



Uso de la sonda parodontal para medir la profundidad del capuchón pericoronario.



Dibujo representativo de un capu -  
chón pericoronario como precursor  
de la Pericoronitis.

## XVI.- BIBLIOGRAFIA.

### Artículos de Revistas.

1.- A PREDICTION MODEL FOR ACUTE PERICORONITIS. J. of Dental Research, March, 1981, - Vol 60 Special Issue A.

2.- A ESTUDY OF PERIODONT HAZARDZ 3<sup>OS</sup> - MOLARS. J. Period 33:(209), 1962.

3.- COHEN MM. "Stomatologic Alterations in child hood". J Dent, child , 1977, May-Jun; 44 (3)

4.- CHOW AW. "Orofacial Odontogenic Infection Ann Intern. Med". Mar; 88 (3).

5.- ESTUDIO DE LOS COMPONENTES EXTRACELULARES DEL SACO PERICORONARIO MEDIANTE TECNICAS DE HISTOQUIMICA CLASICA. Rev. Cubana de Estomatología, Vol 17 No 3 Sept-Dic 1980.

6.- FARMAN AG. "Pathological Conditions of the Mandible". Br. j Oral Surg., 1977 Jul; 15(1)

7.- HOOD F. "The Place of Metronidazole in the Treatment of acute orofacial Infection." J Antimicrob Chemoter 1978, Sept. 4 Suppl. C 71-3

8.- KAY LW. "Invest. in to the nature of Pericoronitis" Br J Oral Surg. 3; 188, 4:52, 1966

9.- LARGE CELL CARCINOMA METASTATIC TO

THE JAW. Rep Case. Oral Surg. 1977 Sept  
44 (3).

10.-LEGARRETA , Luis."Pericoronitis".

Rev. ADM. Vol XXIX No 3 May- Jun 1972.

11.-RALEY L. "The Impacted Third Molar'

Dent. J 1977, Aug., 43 (8)

12.- TURNER CH. "Subacute Pericoronitis

Third Molar" Oral Surg. 1978, 45 (1)

#### LIBROS CONSULTADOS.

1.- BALINT J. ORBAN "Periodoncia de Orban".

Edit. Interamericana, México 1975 4<sup>a</sup> Ed.

2.- GLICKMAN, Irving. "Periodontología Clínica"

Edit. Interamericana, México 1980, 4<sup>a</sup> Ed.

3.- KRUGER O., Gustav. "Cirugía Bucal". Edit. -

Interamericana, México 1975.

4.- KURT, Thoma. "Patología Oral ". Edit. Salvat,

Barcelona 1973.

5.- SHAFER G., William. "Tratado de Patología Bu

cal" Edit. Interamericana, Méx. 1977 4<sup>a</sup> Ed.

6.- WITTE. "Cirugía Bucal" Edit. Interamericana

México 1977.