

870122

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AGRANDAMIENTOS  
 INFLAMATORIOS MAS FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL DE INTERES  
 PARA EL CIRUJANO DENTISTA DE PRACTICA GENERAL

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

**OLGA GRICELDA LOPEZ MONTES**

ASESOR: C.D. JUAN ANTONIO KIYOTA LOPEZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1991



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

" DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE AGRANDAMIENTOS INFLAMATORIOS MAS  
FRECIENTES EN CAVIDAD ORAL DE INTERES PARA EL CIRUJANO  
DENTISTA DE PRACTICA GENERAL ".

I N D I C E

Introducción.

CAPITULO I Características normales del periodonto.

CAPITULO II . Diagnóstico.

. Manifestaciones clínicas.

1.- Agrandamiento inflamatorio crónico.

2.- Agrandamiento inflamatorio agudo.

3.- Agrandamiento combinado.

4.- Agrandamiento condicionado.

5.- Agrandamiento inespecifico.

CAPITULO III Tratamiento.

Conclusiones.

Bibliografía.

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

Los agrandamientos gingivales inflamatorios en la cavidad bucal son de suma importancia, ya que pueden ocasionar daños en los tejidos desde el más leve hasta el más grave tomando en cuenta su grado traumático.

El propósito de éste trabajo es hacer un resumen lo más completo posible para darnos una idea y saber diagnosticar y tratar a tiempo los diferentes tipos de agrandamientos inflamatorios que se nos pudieran presentar durante el transcurso diario de nuestra práctica general como cirujanos dentistas.

Uno de los objetivos principales de éste trabajo es que aprendamos a conocer clínicamente un periodonto sano; esto nos puede servir como guía diagnóstica importante para detectar oportunamente alguna anomalía en el periodonto cuando el clínico está familiarizado con el aspecto de los tejidos bucales sanos.

Las manifestaciones clínicas de un agrandamiento inflamatorio son: el cambio de color, consistencia y textura de la encía, así como un cambio en los tejidos de sostén de los dientes.

Actualmente la incidencia a las enfermedades periodontales es extremadamente alta, esto es debido en mayor parte a que las personas carecen de información acerca de higiene bucal y por lo consiguiente ignoran las secuelas que se pueden presentar a falta de ésta.

Yo invito a todos los profesionistas odontólogos a cooperar para dar una educación dental adecuada a todos los pacientes que se atienden en consultorio y de ser posible realizar odontología en la comunidad.

## C A P I T U L O I

### CARACTERISTICAS NORMALES DEL PERIODONTO.

En este capítulo estudiaremos las características normales de cada una de las estructuras del periodonto, ya que es esencial conocer un - periodonto sano como también lo es la capacidad de discernir los grandes y pequeños cambios que acompañan a la enfermedad periodontal.

#### PARODONTO.

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

Es un conjunto funcional de tejidos que tienen independencia fisiológica, pero que al actuar juntos le dan soporte al diente dentro de la cavidad oral y le permiten desempeñar sus funciones. Esta entidad funcional que actúa como una unidad, está formada por 4 estructuras, - que son:

- Encía
- Ligamento parodontal
- Hueso o apófisis alveolar
- Cemento dentario

La parte de la odontología que estudia esta entidad funcional, recibe el nombre de parodoncia.

La parodoncia se dedica al estudio de los tejidos parodontales en condiciones normales, para poder devolver la salud al parodonto cuando la ha perdido, y sobre todo, lograr que este se conserve saludable.

El parodonto se desarrolla embrionariamente, a partir del ectodermo y del mesodermo. Del primero procede solo el epitelio que recubre la encía, y del segundo, todos los otros tejidos: conjuntivo de la encía, cemento dental, ligamento parodontal y hueso alveolar.

Cuando estos tejidos actúan correctamente y en armonía, la boca puede desempeñar sus funciones, manteniéndose mutuamente la integridad de sus componentes, pero cuando aparecen cambios patológicos, inflamatorios, degenerativos o destructivos, aparecen una serie de condiciones que conocemos con el nombre genérico de enfermedad paradontal. Este término incluye una gran variedad de cambios y signos y síntomas clínicos, que pueden llevar hasta a la pérdida de los dientes.

La parodoncia, al conocer la anatomía y fisiología de los tejidos paradontales, puede reconocer los cambios morbosos que en ellos ocurren, los factores causales de dichas desviaciones de la normalidad y las medidas terapéuticas y mejor aún, profilácticas que se requieran para lograr una mayor permanencia de los dientes en la boca.

#### ENCÍA.

La encía o mucosa masticatoria es la parte de la membrana mucosa bucal adherida a los dientes y a los procesos alveolares de los maxilares.

Las características clínicas normales de la encía incluyen:

1) COLOR.- El color de la encía normal es rosa pálido, pero puede variar con el grado de vascularización, queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

2) CONTORNO PAPILAR.- Las papilas deben llenar los espacios interproximales. Con el aumento de la edad, las papilas y otras porciones de la encía pueden atrofiarse ligeramente, junto con la cresta alveolar subyacente. Un contorno más bien romo que puntiagudo puede en consecuencia ser también considerado como normal para las personas de más edad.

3) **CONTORNO MARGINAL.**- La encía debe desarrollarse en un plano inclinado coronariamente para terminar en un borde delgado. Mesiodistalmente, los márgenes gingivales deben de ser festoneados.

4) **TEXTURA.**- El punteado se presenta generalmente en distintos grados sobre las superficies vestibulares de la encía adherida. Este tipo de superficie ha sido descrita como de apariencia de "cáscara de naranja".

5) **CONSISTENCIA.**- La encía debe ser firme y la porción adherida fuertemente anclada a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

6) **SURCO.**- El surco es el espacio entre la encía libre y el diente. Es de profundidad mínima (menos de 1 mm. si está sano). Sin embargo un surco puede ser considerado normal con más de 3 mm. de profundidad.

Morfológicamente la encía se divide en:

- 1) Insertada
- 2) Libre ó marginal.
- 3) Papilar ó interdental.

#### 1) ENCIA INSERTADA:

También es llamada encía adherida, está demarcada de la mucosa alveolar laxamente anclada y movable por una línea reconocible, la unión mucogingival. Esta línea de demarcación entre la encía y la mucosa alveolar se halla en las superficies externas (vestibulares) de ambos maxilares. Puede haber una línea similar en la parte interna del maxilar inferior, entre la mucosa y el piso de la boca. Por lo general no hay una línea divisoria clara en el paladar, porque la mucosa del paladar duro está queratinizada y se halla firmemente unida al hueso, y, por lo tanto, está fija. La unión mucogingival, aunque manifiesta desde el punto de vista clínico y anatómico, está sujeta a considerables-



variaciones de forma y posición.

Ancho de la encía insertada.-

La encía insertada está limitada por la unión mucogingival y por la línea del surco gingival libre. Esta zona presenta un ancho variable en las diferentes personas y en diferentes zonas de la misma boca. Es más ancha en los dientes anteriores, donde puede llegar a tener hasta 4 mm. ó más. Es más angosta la región de los premolares. En la región de los segundos y terceros molares, a veces tiene 1 mm. de ancho y a veces hasta no existe. Por lo general, la zona de encía insertada es más ancha en el maxilar superior que en el inferior.

La superficie de la encía insertada se caracteriza por el aspecto de "cáscara de naranja", denominado punteado. El punteado puede ser firme ó grueso, y puede variar de una persona a otra; asimismo puede variar según la edad y el sexo. En las niñas es más fino que en los varones. Suele no haberlo en determinadas zonas (zona de molares). Además del punteado, la superficie epitelial puede tener diminutas protuberancias esparcidas que contribuyen a su textura.

## 2) ENCIA LIBRE O MARGINAL:

Es la parte coronaria no insertada que rodea al diente a modo de mango y forma el surco gingival.

- Surco gingival.-

Es el espacio entre la encía libre y el diente. La profundidad en estado de salud, es mínima, establecida arbitrariamente en 3 mm. ó menos.

- Surco marginal libre.-

Con frecuencia, el fondo del surco gingival está marcada en la superficie externa de la encía por un fino surco que corre paralelo al -

margen gingival. Este surco es también la línea de demarcación entre la encía libre y la encía insertada, firmemente anclada.

### 3) ENCIA PAPILAR:

El tejido gingival que se extiende en el sector interdentario, forma las papilas gingivales, que son de especial importancia clínica y patológica, puesto que son las primeras y más exactas indicadores de enfermedad periodontal. En la parte anterior de la boca, las papilas forman una estructura piramidal simple. Las papilas de los dientes posteriores tienen forma de cuña semejante a una tienda de campaña hundida. Las paredes de la "tienda de campaña" hacen contacto con las superficies dentarias proximales, y la cresta se adapta bien por debajo de las superficies de contacto de los dientes vecinos.

A ésta forma de tienda de campaña floja, con dos picos, se denomina COL. Así pues las papilas interdentarias de los dientes posteriores pueden tener forma triangular vistas desde la zona lateral, pero con forma cóncava vista desde la zona proximal. A medida que la encía se retrae con la edad, los picos vestibular y lingual descienden y entonces las papilas interdentarias presentan vertientes en dirección coronaria y forma una cresta en forma de arco simple. Sin embargo, en casos de diastemas, el tejido interdentario no forma una cresta, sino un reborde romo o a veces una superficie cóncava. La encía libre de los dientes adyacentes forma sólo los márgenes mesial y distal del espacio interdentario.

La mucosa alveolar difiere de la encía insertada en estructura, función y color. La encía insertada se halla firmemente adherida al hueso subyacente y está inmóvil, mientras que la mucosa alveolar tiene una unión laxa y es móvil.

La pigmentación de la encía es frecuente en negros, orientales e

hindúes, y también en blancos de ascendencia mediterránea. Está generalizada ó localizada, y se distribuye uniformemente ó sin regularidad. Varía de leve a intensa y no hay que confundirla con las alteraciones correspondientes a la enfermedad periodontal.

Esta pigmentación va del pardo al negro. El tono exacto es cuestión de variación individual, puesto que el epitelio es translúcido el color depende de la irrigación y del espesor del tejido conectivo subyacente, que puede estar alterado por el grado de queratinización del epitelio. No hay cambio de coloración entre la encía insertada y la encía libre. La mucosa de revestimiento de labios y carrillos, el fórnix vestibular y la mucosa alveolar, son de color diferente. Ello se debe a que el epitelio es delgado y no está queratinizado en éstos sectores, de modo que el tejido subyacente les confiere un color rojizo y azulado suave.

#### LIGAMENTO PARODONTAL.

El ligamento periodontal es un tejido conectivo denso que une el diente al hueso alveolar. Su función principal es mantener el diente en su alvéolo y mantener la relación fisiológica entre el cemento y el hueso.

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

El ligamento periodontal actúa como si fuera periostio, tanto del hueso alveolar, como del cemento dentario, a los que mantiene en continua reformación.

El ligamento absorbe los esfuerzos de la masticación y de los movimientos parafuncionales, manteniendo al diente "suspendido", sin permitirle tocar directamente el hueso.

Este mecanismo suspensor se logra por medio de fibras de colágeno y por el líquido proporcionado por la rica red sanguínea, lo que ayuda grandemente a amortiguar las presiones que se ejerzan sobre los dientes.

El grosor del ligamento parodontal varía en las distintas caras del diente y en las distintas porciones de la misma cara del diente. Es más delgado normalmente en la cara mesial y más grueso en la cara distal, debido a la migración mesial del diente. El ligamento parodontal se adelgaza a nivel de la unión del tercio medio con el tercio apical de la raíz, en cada una de las caras, dándonos un aspecto general de reloj de arena. Esto es debido a la movilidad normal de cada diente dentro de su alvéolo. La parte más angosta de éste reloj de arena se encuentra colocado a nivel del fulcro dentario.

El grosor del ligamento parodontal también se encuentra en directa relación con la función del diente.

Cuando la función se reduce o desaparece en algunos casos, el ligamento parodontal se adelgaza, lo que es notorio radiográficamente y sus elementos constitutivos disminuyen en número, lo que hace dañino el restablecimiento inmediato de la función al instalar una prótesis. Cuando la función aumenta ligeramente, el ligamento parodontal se ensancha, sus haces fibrosos aumentan en número y diámetro y su resistencia a las cargas oclusales aumentan más allá de ciertos límites, el ligamento parodontal se ensancha debido a estas presiones exageradas; sus elementos se desorganizan o se destruyen y la movilidad dentaria aumenta, disminuyéndose considerablemente la resistencia a las fuer-

zas oclusales.

Cuando la presión aumenta pero no en forma lenta, sino abruptamente como en el caso de una restauración alta, puede haber hemorragia en el ligamento parodontal, necrosis en las capas superficiales del hueso adyacente al ligamento, ruptura de fibras principales y posteriormente osteoclasia. En casos graves, el ligamento puede llegar a destruir cemento y aún dentina, para restablecer el grosor normal del ligamento parodontal.

En el ligamento parodontal existen elementos celulares que permiten que el ligamento desempeñe sus funciones que le son características; entre estos elementos encontramos:

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 1) Fibras parodontales | 6) Estructuras epiteliales |
| 2) Fibroblastos        | 7) Vasos sanguíneos        |
| 3) Cementoblastos      | 8) Nervios                 |
| 4) Osteoblastos        | 9) Vasos linfáticos        |
| 5) Osteoclastos        | 10) Tejido conjuntivo.     |

#### 1) FIBRAS PARODONTALES:

Este es el elemento más abundante en el ligamento parodontal. Son fibras colágenas exclusivamente, que sin ser elásticas aparentan tener ésta propiedad, ya que su trayecto es ondulado y al hacer presión se estiran un poco. Se insertan en el hueso alveolar y en el cemento dentario manteniendo firmemente unido el diente.

#### 2) FIBROBLASTOS:

Son las células del tejido conjuntivo, grandes, delgadas y en forma de estrella con grandes núcleos ovalados. Son las más numerosas en el ligamento parodontal y se encuentran en mayor número en los dientes recién erupcionados y su función es producir fibras colágenas.

### 3) CEMENTOBLASTOS:

Se derivan del tejido conjuntivo, se encuentran en la superficie del cemento y su función es formar nuevo cemento sobre la raíz del diente, tanto durante la erupción del mismo, como después de que ésta ha terminado, engrosando lentamente la raíz dentaria.

### 4) OSTEÓBLASTOS:

Son células que se derivan del tejido conjuntivo y se encuentran a lo largo de la superficie del hueso. Su función es hacer nuevo hueso.

En ligamento parodontal joven hay más actividad osteoblástica que en dientes viejos; sin embargo, en ambos encontramos áreas de formación activa de hueso debido a la migración de dientes y a que la erupción continua está presente durante toda la vida del diente.

### 5) OSTEÓCLASTOS:

Son células multi-nucleadas que se derivan de las células mesenquimatosas indiferenciadas del ligamento parodontal. Su función es reabsorber hueso. Este proceso se encuentra presente durante toda la vida del hueso y aumenta cuando las presiones sobre los dientes aumentan y lo obligan a migrar del sitio que le correspondía en la boca. Los osteoclastos al aumentar la presión antes mencionada, también destruyen cemento y dentina.

### 6) ESTRUCTURAS EPITELIALES:

Se localizan junto al cemento pero sin estar en contacto con él. Se denominan restos epiteliales de Malassez y son remanentes de la vaina epitelial de Hertwig, que forma la raíz. Se encuentran inactivos y presentes toda la vida. En condiciones patológicas puede proliferar y dar origen a masas quísticas o tumorales de origen dentario.

## 7) VASOS SANGUINEOS:

Se localizan en el tejido intersticial entre las fibras principales y dan nutrición al ligamento parodontal. El aporte sanguíneo viene de tres fuentes: 1) Vasos sanguíneos. 2) Vasos provenientes de la arteria intralveolar. 3) Vasos que provienen del hueso alveolar.

## 8) NERVIOS:

Se originan de dos fuentes principales: Ramas de los nervios alveolares, que se distribuyen en el ligamento parodontal antes de que este nervio penetre en el canal pulpar y ramas del nervio alveolar, que penetran al hueso y que dan ramas que atraviesan la lámina dura del alvéolo y se unen con las anteriores en el ligamento, continuándose - - hacia la encía.

## 9) VASOS LINFATICOS:

Estos siguen la distribución de los nervios y vasos sanguíneos. - Drenan el ligamento parodontal hacia el hueso alveolar y hacia los nódulos linfáticos.

## 10) TEJIDO CONJUNTIVO:

Los espacios restantes en el ligamento parodontal contienen tejido conjuntivo, el cual rodea las fibras, los vasos y los nervios y además de sus células propias (los fibroblastos) contienen histiocitos, células mesenquimatosas indiferenciadas y linfocitos.

## GRUPO DE FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

Las fibras del ligamento parodontal, reciben el nombre de fibras principales. De acuerdo a su dirección, pueden ser divididas en 5 grupos, que son:

## - Grupo transeptal.-

Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveo

lar y se insertan en el cemento de los dientes vecinos.

- Grupo de la cresta alveolar.-

Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento, inmediatamente debajo del epitelio de unión, hasta la cresta alveolar. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener el diente dentro del alvéolo y resistir los movimientos laterales del diente.

- Grupo horizontal.-

Estas fibras se extienden perpendicularmente al eje mayor del diente desde el cemento hasta el hueso alveolar. Su función es parecida a las del grupo de la cresta alveolar.

- Grupo oblicuo.-

Estas fibras constituyen el grupo más grande del ligamento parodontal, y se extienden desde el cemento en dirección coronaria y en sentido oblicuo respecto al hueso. Soportan el choque de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

- Grupo apical.-

El grupo apical de fibras se ramifica desde el cemento hacia el hueso en el fondo del alvéolo. No lo hay en raíces incompletas.

#### FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

Los elementos celulares antes mencionados, permiten que el ligamento parodontal desempeñe las funciones que le son características:

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1) Función formativa  | 3) Función nutritiva  |
| 2) Función de soporte | 4) Función sensorial. |

#### 1) FUNCION FORMATIVA.

Desempeñada por los osteoblastos, cementoblastos, osteoclastos y -



fibroblastos. Como ya se explicó anteriormente, los osteoblastos, osteoclastos y cementoblastos se encargan tanto de reabsorber como de depositar nuevo hueso y cemento, manteniendo una relación constante en los tejidos duros. Los fibroblastos se encargan de formar las fibras colágenas del ligamento parodontal. Estas funciones formativas tienen lugar continuamente, con lo que el hueso y el ligamento se remodelan constantemente. El cemento se engruesa más cada día.

## 2) FUNCION DE SOPORTE.

Esta función mantiene la relación del diente a los tejidos vecinos, sosteniendo al diente en su alvéolo y absorbiendo la presión ejercida sobre las piezas dentarias durante la masticación. Es desempeñada por las fibras principales las cuales transmiten los estímulos funcionales al hueso alveolar.

## 3) FUNCION NUTRITIVA.

Por su gran cantidad de anastomosis sanguíneas a todo lo largo del ligamento parodontal, ésta se encarga de asegurar el aporte nutricional al cemento dentario, al hueso alveolar y en ocasiones, a la encía.

## 4) FUNCION SENSORIAL.

Esta permite percepciones de dureza, al ser transmitida la presión ó percusión sobre los dientes, a los receptores del ligamento, dándonos noción de la fuerza ó consistencia de lo que es prensado entre los dientes. Un exceso de presión ó estímulo en el parodonto, es registrado como dolor.

Tan importante como la transmisión del dolor, o tal vez más, es la propiocepción. El ligamento parodontal es rico en propioceptores, que pueden confundirse con el tacto, pero que son más exquisitos. La masticación, la fonación, la deglución y todos los movimientos parafuncionales se ven grandemente influenciados y modificados por la propiocep --

ción. La propiocepción es la base de todos los servomecanismos que - - constituyen los arcos reflejos.

#### CEMENTO.

Es un tejido de origen mesodérmico y proviene de la capa interna - del saco dentario.

Es un tejido conjuntivo mineralizado que recubre la parte externa - las raíces de los dientes. Tiene como principal función soportar - las fibras de colágeno del ligamento parodontal, con lo que se asegura la inserción del diente al hueso alveolar.

El grosor del cemento, varía considerablemente, dependiendo del lu gar de la raíz donde se haga la medición, siendo su porción más gruesa en un diente adulto, al nivel de ápice, adelgazándose conforme se avan za hacia la porción cervical, en donde termina en forma muy delgada en la unión cemento-esmalte. Esta unión se puede efectuar de 4 formas muy distintas:

- Cuando el cemento cubre el esmalte.
- El cemento y el esmalte se unen en un punto.
- El cemento y el esmalte se encuentran separados y queda la denti na desprotegida.
- El esmalte cubre al cemento.

Desde el punto de vista morfológico existen dos cementos:

- a) Cemento acelular o primario
- b) Cemento celular o secundario

Desde el punto de vista funcional estos dos tipos de cemento son - exactamente iguales. El cemento acelular existe en el tercio medio y coronario de la raíz dentaria y el celular está en el tercio apical de

la misma. La función principal del cemento, tanto acelar como celular, es formar cementoide.

- Funciones del cemento.

a) Compensar el movimiento de erupción activa y mesialización fisiológica por medio de las aposiciones del cemento que se efectúan durante toda la vida activa de la pieza dentaria.

b) Poder formar cemento joven para dar apoyo e inserción a las fibras principales del ligamento parodontal.

El cemento se deposita continuamente durante toda la vida, reabsorbiéndose sólo en raras ocasiones. Si las capas del cemento se envejecen o pierden su vitalidad, los cementoblastos producen nuevo cemento en la superficie para asegurar la unión entre éste y el ligamento parodontal. El cemento también ayuda a la migración mesial y oclusal de los dientes por su formación continua, evitando que el ligamento parodontal aumente en su grosor en las partes donde ha migrado el diente.

Comparado con el hueso, el cemento es más difícil de ser reabsorbido cosa que hace posible los movimientos dentarios en la ortodoncia. Cuando el diente está sujeto a presiones excesivas, los osteoclastos también reabsorben el cemento destruyendo así el anclaje de las fibras del ligamento, no importando si la destrucción haya llegado a la dentina.

El cemento al realizar sus funciones favorece a:

- 1) La unión de las fibras del ligamento parodontal al diente.
- 2) La compensación de la pérdida de substancia dentaria debido al desgaste oclusal, al hacer que crezca el ápice del diente, en la erupción continua.
- 3) De ésta forma permite, por deposición continua, la erupción ver

tical y la migración mesial del diente.

- 4) En algunos casos de fracturas horizontales de la raíz, puede repararlas, creando una banda de cemento que une los dos fragmentos.
- 5) Por su aposición puede aislar y sellar los conductos radiculares en dientes tratados endodónticamente y en algunos casos de dientes con pulpas no vitales: y,
- 6) Regula junto con el hueso alveolar, el grosor del ligamento parodontal.

#### HUESO ALVEOLAR.

También llamado proceso alveolar y apófisis alveolar. Es la porción del maxilar superior o inferior que soporta a los dientes. Como resultado de la adaptación funcional pueden distinguirse en el proceso alveolar dos porciones. El hueso alveolar propiamente dicho y el hueso de soporte. El primero consiste en una delgada laminilla ósea que rodea la raíz. Las fibras del ligamento parodontal se unen a él. El segundo rodea al hueso alveolar propiamente dicho y actúa como un soporte en su función: el hueso de soporte está formado por: 1) Las corticales compactas de las superficies vestibulares y linguales de los procesos alveolares, y 2) el hueso esponjoso encontrado entre dichas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

En los roentgenogramas, el hueso alveolar propiamente dicho (pared interna del alvéolo) aparece como una línea opaca llamada lámina dura.

El hueso alveolar propiamente dicho, está perforado por muchas aberturas a través de las cuales pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento periodontal. También es denominado "placa cribiforme" debido a estas perforaciones.

La célula responsable de la producción del hueso, recibe el nombre de osteoblasto. El hueso es un tejido muy plástico y sensible a los cambios de presión y tracción, quienes lo remodelan constantemente.

El hueso en su porción externa, sigue la forma que le marca la colocación de las raíces dentarias, con protuberancias sobre ellas y depresiones en las áreas interradiculares.

El hueso representa la principal reserva de calcio en el organismo, por lo que se encuentra afectado en todos los cambios metabólicos del calcio, ya que ayuda a mantener los niveles de él en sangre.

La cantidad de hueso de soporte es mucho mayor en la porción lingual que en la porción bucal de los alvéolos.

En la región vestibular de las piezas anterosuperiores, el hueso de soporte es muy delgado. A veces es tan escaso, que la lámina cortical se fusiona con la lámina dura. Por ésta razón es relativamente frecuente encontrar dehiscencias y fenestraciones en éste lugar.

#### - Fenestraciones.

Son destrucciones localizadas de hueso, es un agujero circunscrito en la cortical sobre la raíz y que no comunica con la cresta marginal; varía en tamaño y puede ser localizado en cualquier lugar de la superficie radicular.

#### - Dehiscencia.

Cuando las zonas denudadas llegan a efectuar la cresta marginal ósea, exponiendo una cantidad anormal de la superficie radicular. El defecto puede ser amplio e irregular y se extiende hasta la mitad de la raíz y aún más.

## C A P I T U L O   I I

- . DIAGNOSTICO
- . MANIFESTACIONES CLINICAS
  - 1.- AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRONICO
  - 2.- AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO AGUDO
  - 3.- AGRANDAMIENTO COMBINADO
  - 4.- AGRANDAMIENTO CONDICIONADO
  - 5.- AGRANDAMIENTO INESPECIFICO

## . DIAGNOSTICO.

El diagnóstico y reconocimiento de los procesos inflamatorios y de su etiología involucra una familiaridad íntima y completa con lo normal.

Es sólo por la desviación de la normalidad que podemos determinar la extensión y gravedad de una enfermedad.

El método único más eficaz que poseemos en el diagnóstico es la observación. Es en esta forma que se descubrirán los problemas y que se llegará a las soluciones que no eran aparentes en la fase inicial de la familiarización.

Entre los factores que pueden causar una inflamación se encuentran los siguientes:

- 1) Por abrasión
- 2) Por factores etiológicos locales
  - Materia alba
  - Tártaro
  - Restauraciones irritantes
  - Retenciones de comida
  - Infecciones
  - Otras causas
- 3) Por acción medicamentosa - alergia -
- 4) Hormonal
- 5) De origen general
- 6) Idiopática

La severidad de la inflamación gingival depende de la intensidad, frecuencia y duración del irritante local y del factor de resistencia-

general del paciente. Por otra parte, si el factor causante es general la severidad de la lesión y, en algunos casos su comienzo, pueden depender de un agente etiológico local.

#### . MANIFESTACIONES CLINICAS.

Para el reconocimiento de las manifestaciones gingivales, tienen importancia los signos y síntomas de las perturbaciones de los tejidos gingivales. Algunos son notorios, en tanto que otros sólo son reconocidos después de un cuidadoso examen clínico.

Las manifestaciones clínicas que podemos observar cuando hay inflamación son las siguientes:

- 1) Modificación del color gingival
  - Zona marginal
  - Zona papilar
  - Encía adherida
  - Encía alveolar
- 2) Modificaciones de la forma, posición y aspecto superficial de la encía.
  - Hiperplasia
  - Retracción
  - Desaparición del punteado
  - Aspecto brillante
  - Grietas
  - Festoneamiento acentuado
- 3) Retracción de los tejidos gingivales
- 4) Formación de bolsas
- 5) Hemorragia
- 6) Presencia de exudado
- 7) Modificación de la apófisis alveolar



- 8) Movilidad
- 9) Migración
- 10) Alteraciones de la oclusión

#### COLOR GINGIVAL.

Las alteraciones de color gingival suelen ser de las primeras manifestaciones clínicas. El aspecto normal de la encía es de color rosa coral. Cualquier desviación en el valor del color puede ser una evidencia de un estado patológico, tomando en cuenta la pigmentación normal de cada individuo así como el grado de vascularización, queratinización epitelial y el espesor del epitelio. A menudo el margen gingival en sí puede ser rojo oscuro y transformarse gradualmente en el tono normal. Este signo corresponde a una lesión gingival temprana. Las alteraciones francas del color gingival son signos de una perturbación gingival activa.

#### TEXTURA GINGIVAL.

La textura superficial de la encía adherida exhibe un aspecto punteado que va desde el terciopelo hasta un decidido efecto de piel de naranja, de modo que las alteraciones del punteado deben ser contempladas como una expresión de grados variables de lesión de la encía adherida en una gingivitis progresiva donde los factores de historia clínica y tiempo tienen su importancia.

#### FORMA Y POSICION.

La posición del borde gingival sobre el esmalte varía, en los adultos el margen gingival está ligeramente hacia apical del límite cemento adamantino. Las desviaciones de esta posición pueden variar desde una hiperplasia que cubra más de la superficie coronaria a una retrac-

ción que descubra parte de la superficie radicular.

La forma del tejido gingival suele ser la de un festoneamiento con un borde ligeramente levantado, pero filoso, que redondea hacia la encía adherida. En una lesión gingival temprana ese margen se torna claramente redondeado. En este caso la lesión gingival suele estar más localizada en la zona marginal y es la evidencia incipiente de una hiperplasia gingival progresiva, un estado concomitante con la inflamación-gingival.

#### GRIETAS

Las grietas gingivales pueden ser causadas por muchos factores - etiológicos que van desde un cepillado incorrecto hasta la apertura en la superficie de una bolsa formada allí. Cuando las grietas gingivales se producen por un cepillado defectuoso, se originan en la superficie y suelen constituir más bien muescas en forma de V que son verdaderas-grietas.

#### MODIFICACION DE LA PAPILA INTERPROXIMAL.

La papila interproximal normal es de forma cónica, plana o cóncava en sus caras vestibular y lingual, con el extremo justo hacia apical - del punto de contacto.

La hiperplasia y la inflamación son observaciones comunes en las regiones papilares. Son signos inflamatorios no específicos de una amplia variedad de enfermedades periodontales. Algunas lesiones papilares se caracterizan por la destrucción y erosión. Aquí el resultado - habitual suelen ser los cráteres gingivales.

## BOLSA

Los signos y síntomas de la formación de bolsas son los de la inflamación gingival: decoloración, retracción, pérdida del punteado, hemorragia, presencia del exudado y pérdida de la forma además de la profundidad de la separación.

## RETRACCION DE TEJIDOS GINGIVALES.

La retracción del margen gingival con respecto de la superficie del diente es indicio de una inflamación gingival subyacente, con destrucción de las fibras gingivales que por lo normal determinan que la encía abrace al diente.

## HEMORRAGIA Y EXUDADO.

La hemorragia y la presencia de exudado suelen ser contemplados como signos de una enfermedad periodontal. Ambos son posibles cuando el epitelio de la hendedura está afectado, puesto que un recubrimiento in tacto no permitiría el pasaje de sangre y exudado al surco y de ahí a la cavidad bucal.

## MODIFICACION DE LA APOFISIS ALVEOLAR.

Se puede observar sólo radiográficamente como una retracción de la apófisis alveolar cuando hay presencia de un agrandamiento inflamatorio severo y que ya se ha hecho crónico, comienza a observarse clínicamente cuando la encía comienza a retraerse y las raíces dentarias van quedando descubiertas.

#### MOVILIDAD Y MIGRACION.

Se puede observar movilidad y migración de piezas dentarias cuando el agrandamiento gingival es severo, puede haber movilidad de primero, segundo y tercer grado siendo ésta última la más desfavorable debido a que hay una mayor pérdida de hueso alveolar; la movilidad de primer grado es de pronóstico favorable ya que quitando el agente causal y un buen control de higiene puede solucionarse el problema al igual que la movilidad de segundo grado, sólo que ésta necesitará más tiempo.

#### ALTERACIONES DE LA OCLUSION.

El periodonto está especialmente hecho para soportar las demandas funcionales del diente, esto es que dependen de la actividad funcional del diente para conservar su salud. Cuando hay una armonía entre todos los dientes y el periodonto se considera una armonía oclusal, pero cuando existen problemas en el periodonto ya sea por un agrandamiento gingival que involucre hueso y exista movilidad dental es entonces cuando comienzan las alteraciones de la oclusión.

El tejido gingival se encuentra expuesto continuamente a irritantes locales de diversos tipos, que pueden ser agrupados de la siguiente manera: microbianos, físicos y químicos.

En el tejido gingival la inflamación progresa rápidamente debido a la gran cantidad de capilares presentes en el área y que en condiciones normales se encuentran inactivos, pero que al producirse la inflamación son capaces de aumentar hasta 50 veces su capacidad, lo que clínicamente se observa como un aumento de la coloración, hasta llegar a un rojo fuerte o rojo azulado.

## 1.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CRONICO.

Puede ser localizado, generalizado o circunscrito. Es causado por irritación local prolongada, comienza como un abultamiento leve de la papila interdental, de la encía marginal o ambas. En los primeros esta días se produce un abultamiento en forma de salvavidas alrededor del diente afectado, esta protuberancia aumenta de tamaño hasta que cubre parte de la corona.

Ocurre como una masa discreta, firme o pedunculada con aspecto de tumor, puede ser interproximal o encontrarse sobre el margen o la encía insertada. Son de crecimiento lento y suelen ser indoloras, en oca siones se presenta ulceración dolorosa en el fondo de saco entre la ma sa y la encía adyacente.

La forma crónica es ampliamente la más común y se le puede observar por modificaciones del margen gingival y de las papilas interdenta rias. La primera modificación visible es la del color, que adquiere un tono más oscuro que el tejido gingival circundante. Se ha observado - que ésta modificación se produce primero en las cimas de las papilas - interdetales y que luego se extiende a las zonas marginales. A medida que el proceso nosológico se agrava, la modificación del color se torna más pronunciada. Asociada a ésta desviación se encuentra la tumefac ción, otro signo de la inflamación. Esta reacción es sumamente variable y difiere de un individuo a otro y también en épocas distintas de la vida. En la niñez o en la edad adulta temprana es pronunciada la - hiperplasia sumada a la inflamación, en tanto que en la edad adulta - avanzada está menos exagerada al parecer.

Asociada a la inflamación gingival habrá siempre una hendidura - gingival anormal. Su epitelio está ulcerado, con marcada inflamación - del corión gingival. Asociadas a éstas modificaciones histológicas en-

toda inflamación se halla una vascularización incrementada de los tejidos. Estas alteraciones patológicas explican el síntoma gingivorrágico de la afección. A la menor alteración del tejido gingival, exudará san gre del epitelio ulcerado de la hendidura hacia la bolsa y a la superficie. La inflamación con su destrucción de las fibras gingivales explican también la desaparición del punteado de la superficie gingival.

## 2.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO AGUDO.

(Absceso gingival)

El absceso gingival es una lesión dolorosa localizada de crecimiento rápido que por lo general se instala de repente. Generalmente está limitada al margen gingival o a la papila interdental. En los primeros estadios se presenta como una hinchazón roja, cuya superficie es lisa y brillante. Entre 24 y 48 hrs. Esta lesión es común que fluctúa y se haga puntiaguda con un orificio en la superficie, del que puede expulsarse un exudado purulento. El diente adyacente es sensible a menudo a la percusión. Si se deja que avance la lesión se abre espontáneamente.

El agrandamiento gingival inflamatorio agudo es una respuesta a la irritación de sustancias extrañas, como cerdas de cepillo dentario, cáscara de manzana, caparazón de langosta etc. introducidos en la encía por la fuerza. La lesión se localiza en la encía únicamente.

Este absceso es relativamente raro. Se presenta más frecuentemente en casos donde la resistencia natural de los tejidos se encuentra alte rada.

Un ejemplo importante es la elevada incidencia de éstos abscesos en la diabetes no controlada.

Aunque el surco gingival no está involucrado en la instalación, el absceso puede extenderse en profundidad en el tejido conectivo, involucrando al hueso alveolar y comunicándolo con el surco. La resistencia del paciente es un factor importante.

### 3.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO COMBINADO.

Esta alteración se presenta cuando la hiperplasia gingival está complicada por una inflamación secundaria. El desarrollo de la hiperplasia gingival combinada crea alteraciones favorables a la acumulación de la placa y la materia alba, acentuando la profundidad del surco gingival e interfiriéndose con las medidas de higiene eficaces y al desviar las trayectorias normales de los alimentos. Las alteraciones inflamatorias secundarias aumentan el tamaño de la hiperplasia gingival preexistente y producen hiperplasia gingival combinada. En muchos casos la inflamación secundaria enmascara las características de la hiperplasia no inflamatoria preexistente, hasta el punto de que toda la lesión parece ser inflamatoria.

Es esencial que se comprenda la naturaleza de la hiperplasia gingival combinada. Consta de dos componentes: una hiperplasia primaria o básica de tejido conectivo y epitelio, cuyo origen no guarda relación con la inflamación, y un componente secundario inflamatorio sobreañadido. La supresión de la irritación local elimina el componente secundario inflamatorio, reduciendo proporcionalmente el volumen de la lesión, pero la hiperplasia no inflamatoria queda. La eliminación de la hiperplasia no inflamatoria exige que se corrijan cuanto antes los factores etiológicos.

### 4.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CONDICIONADO.

Este tipo de hiperplasia se presenta cuando el estado sistémico ~

del paciente es tal que exagera o deforma la respuesta común de la encía a los irritantes locales, produciendo una modificación de las características clínicas corrientes de la gingivitis crónica. La forma específica del cuadro clínico de la hiperplasia gingival condicionada difiere de la gingivitis crónica; depende de la naturaleza de la influencia sistémica modificadora. Es preciso que la irritación local esté presente para que comience este tipo de hiperplasia.

Hay tres clases de hiperplasia gingival condicionada:

- a) Pubertad
    - Hormonal
    - b) Embarazo
    - Leucémica
    - Deficiencia de vitamina C.
  - Agrandamiento gingival en la pubertad.
- Es común observar la hiperplasia en la encía durante la pubertad. Se presenta tanto en varones como en mujeres en áreas de irritación local.

El tamaño de la hiperplasia es mucho mayor del que se observa generalmente en presencia de los factores generales comparables. Es marginal e interdental y se caracteriza por tener las papilas interproximales abultadas. Generalmente solo se inflama la encía vestibular y las superficies linguales quedan relativamente sanas. Esto se presenta cuando la acción mecánica de la lengua y las disgresiones de los alimentos impide la acumulación de irritantes locales abundantes en la superficie lingual.



Además del aumento de tamaño, la hiperplasia gingival de la pubertad presenta todas las características propias de la enfermedad gingival inflamatoria crónica. El grado de hiperplasia y la tendencia a la repetición masiva en presencia de una irritación local relativamente pequeña, es lo que establece la diferencia entre la hiperplasia gingival de la pubertad y la inflamatoria crónica no complicada. Después de la pubertad la hiperplasia tiene una reducción espontánea, pero no desaparece hasta que no se eliminan los irritantes locales.

- Agrandamiento gingival durante el embarazo.

En el embarazo, la hiperplasia gingival puede ser marginal o generalizada o presentarse como masas múltiples de aspecto tumoral. La hiperplasia marginal es la más frecuente y es el resultado del agravamiento de zonas inflamadas anteriormente. Sin embargo el agravamiento no se produce si no hay manifestaciones clínicas de irritación local. El embarazo no produce la lesión: el metabolismo alterado de los tejidos aumenta la respuesta a los irritantes locales.

El cuadro varía considerablemente. La hiperplasia está generalizada normalmente y tiende a ser más prominente en zonas interproximales que en las superficies vestibular y lingual. La encía hiperplásica es de color rosa brillante o magenta, blanda y friable con superficie lisa. Sangra espontáneamente o con provocación leve.

- Agrandamiento gingival leucémico.

La hiperplasia leucémica gingival puede representar una respuesta exagerada a la irritación local, manifestada por una infiltración densa de leucocitos inmaduros y proliferativos o una lesión neoplásica. El cuadro clínico es más grave que el de la inflamación crónica simple. En algunos pacientes leucémicos, la hiperplasia gingival es el resultado de la inflamación crónica sin intervención de células leucémicas, presentando las mismas características clínicas y microscópicas que en

los pacientes no leucémicos. La hiperplasia leucémica verdadera se presenta en la leucemia aguda o subaguda cuando hay irritantes locales y raras veces en la leucemia crónica. Clínicamente se divide en verdadera y difusa o marginal, localizada o generalizada. Aparece como una -- hiperplasia difusa de la mucosa gingival, una sobreextensión exagerada de la encía marginal o una masa interproximal circunscrita al aspecto-tumoral.

En la hiperplasia leucémica verdadera la encía es roja azulada y de superficie brillante. La consistencia es moderadamente firme, pero hay tendencia a la friabilidad y la hemorragia espontánea de la irritación ligera.

- Agrandamiento inflamatorio asociado a la deficiencia de vitamina C.

La hiperplasia de la encía se incluye generalmente en las descripciones clásicas del escorbuto. Es importante saber que tal hiperplasia es esencialmente una respuesta condicionada a la irritación local. La deficiencia de vitamina C no causa por sí misma inflamación gingival, pero sí produce hemorragia, degeneración colágena y edema de tejido conectivo gingival. Estos cambios modifican la respuesta de la encía a la irritación local, hasta el punto de inhibir la reacción de defensiva normal, exagerando la propagación de la inflamación. El efecto combinado de la deficiencia de vitamina C e inflamación, produce la hiperplasia gingival masiva en el escorbuto.

La hiperplasia gingival en la deficiencia de vitamina C es marginal; la encía tiene color rojo azulada, es blanda y friable con superficie lisa y brillante. Sus características clásicas son: la hemorragia espontánea a la provocación más leve y la necrosis superficial con una pseudomembrana.

SOLO LOS DE  
 SABER DE LA  
 IMPRIMIDA  
 DEBE

- Agrandamiento gingival inflamatorio inespecífico.  
(Granuloma piógeno)

El granuloma piógeno es un agrandamiento gingival de aspecto tumoral, considerado como una respuesta condicionada exagerada a traumatismos pequeños. No se ha determinado la naturaleza exacta del factor sistémico condicionante.

La lesión va desde una masa circunscrita esférica de aspecto tumoral con base pediculada, hasta una hiperplasia aplanada de aspecto queloide de base ancha. Es de color roja o púrpura brillante, friable o firme según su tiempo de evolución; la mayor parte de las veces presenta úlceras superficiales y exudado purulento. La lesión tiende a involucionar espontáneamente para convertirse en un papiloma fibroepitelial o persistir sin alteración relativamente durante años.

CAPITULO III

TRATAMIENTO.

El tratamiento del agrandamiento gingival se basa en el entendimiento de la etiología y de los cambios patológicos subyacentes. El agrandamiento producido por la inflamación sólo puede tratarse eficazmente mediante técnicas locales. Cuando lesiones sistémicas o desconocidas son parciales o enteramente responsables, el tratamiento local reducirá el agrandamiento únicamente en el grado en que la inflamación contribuye a él.

La gran mayoría de las veces éste tipo de agrandamientos inflamatorios se trata mediante el raspado y curetaje y en casos especiales con gingivectomía.

#### RASPADO

El raspado consiste en la eliminación con fuerza del sarro visible ó fácilmente descubierto. Suele implicar, aunque no siempre, la eliminación de masas considerables de sarro, especialmente de sarro gingival.

#### CURETAJE

La palabra curetaje se utiliza en periodoncia y significa la eliminación de la pared gingival de una bolsa periodontal para separar el tejido blando enfermo, mientras que el alisado significa el alisamiento de la raíz para remover la sustancia dentaria infectada y necrótica.

#### GINGIVECTOMIA.

El término gingivectomía significa excisión de la encía. Eliminando la pared de la bolsa enferma que oculta la superficie dentaria, la gingivectomía proporciona la accesibilidad y visibilidad esenciales para la eliminación completa de los depósitos superficiales irritantes y el alisamiento a fondo de las raíces.

### 1.- TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CRONICO.

Este tipo de agrandamientos blandos, descoloridos y causados fundamentalmente por edema e infiltración celular, se tratan mediante raspado y curetaje, siempre que el tamaño del agrandamiento no interfiera con la remoción completa de los depósitos de las superficies dentarias afectadas.

La gingivectomía es el tratamiento de elección en aquellos casos en que el agrandamiento incluye un componente fibrótico significativo que no sufriría merma alguna tras el raspado y curetaje o son de un tamaño tal que oscurecen los depósitos sobre las superficies dentales e interfieren con el acceso a ellos.

### 2.- TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO AGUDO.

(Absceso gingival)

El absceso gingival es una lesión de la encía marginal o interdentaria producida generalmente por un objeto extraño impactado. Se trata como sigue: bajo anestesia tópica se incide el área fluctuante de la lesión. Esta lesión es suavemente ensanchada para permitir el drenaje, se limpia el área con agua caliente y se cubre con una gasa. Una vez que se detiene la hemorragia, se despide al paciente por 24 hrs. y se le instruye para que haga enjuagatorios cada dos horas con un vaso de agua templada.

Cuando el paciente vuelve, la lesión se ha reducido generalmente de tamaño y está libre de síntomas. Se aplica un anestésico tópico y el área es raspada y cureteada. Si el tamaño residual de la lesión es demasiado grande, se elimina quirúrgicamente.

### 3.- TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO COMBINADO.

Este tipo de agrandamientos es más común en pacientes tratados -- con fenitoína. Se trata mediante gingivectomía o cirugía de colgajo y eliminación de todas las fuentes de irritación local, además de un control de placa riguroso por parte del paciente.

El tratamiento inicial del agrandamiento combinado no presenta dificultad; el problema es la recidiva. La recidiva puede mantenerse al mínimo mediante raspados periódicos y un diligente control de placa - por parte del paciente. Un protector de mordida de goma natural dura, - puesto durante la noche, ayuda a veces al control de la recidiva.

El tratamiento local es muy eficaz, hace que el paciente se sienta cómodo y sin desfiguración durante años, pero no le mantiene completamente libre del agrandamiento. Previene la recidiva de la parte del - agrandamiento causado por la inflamación; pero generalmente no previene la recidiva del componente hiperplásico del agrandamiento causado por la fenitoína, cuyo agrandamiento gingival es causado únicamente - por irritación local, sin hiperplasia inducida por drogas, la recidiva es totalmente prevenible mediante las medidas locales.

### 4.- TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO CONDICIONADO.

Existen tres tipos de agrandamiento gingival condicionado:

- a) Embarazo
- Hormonal
- b) Pubertad
- Leucémico
- Asociado con deficiencia de vitamina C

#### TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN EL EMBARAZO.

El tratamiento requiere la eliminación de todos los irritantes locales responsables de la precipitación de los cambios gingivales en el embarazo.

El agrandamiento y la inflamación gingival marginal e interdental de deben tratar mediante raspado y curetaje. La lesión debe tratarse tan pronto como sea detectada, no hay que dejar que permanezca hasta que termine el embarazo en la creencia de que desaparecerá espontáneamente porque los agrandamientos gingivales merman después del embarazo, pero no desaparecen.

#### TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN LA PUBERTAD.

Es tratado mediante raspado y curetaje, así como la remoción de todas las fuentes de irritación y control de placa. En casos severos puede requerirse la gingivectomía. El problema en estos pacientes es la recidiva, debida a una mala higiene oral.

#### TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL LEUCEMICO.

El agrandamiento es tratado mediante raspado y curetaje, desarrollados en distintas fases bajo anestesia tópica. El tratamiento inicial consiste en la eliminación suave de todos los acúmulos sueltos con bolitas de algodón, raspado superficial e instrucciones de técnicas de higiene bucal para el control de placa. La higiene bucal es extremadamente importante en estos casos y debe realizarla la enfermera, si fuera necesario.

En visitas posteriores se realizan raspados progresivos más profundos. Los tratamientos deben concentrarse en pequeñas áreas de la boca-



a fin de controlar la hemorragia. Deben administrarse antibióticos sistémicamente una tarde antes y durante 48 horas después de cada trata - miento para reducir el riesgo a la infección.

#### TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO ASOCIADO CON DEFICIENCIA DE VITAMINA C.

Si no se registra gingivitis en un paciente deficiente de vitamina C, la causa es la placa bacteriana, porque para que se produzca la gingivitis es necesaria la presencia de irritantes locales. La deficiencia altera la respuesta frente a la irritación por lo que la encía se encuentra inflamada, edematosa y hemorrágica, la deficiencia de vitamina C, también retarda la curación gingival.

Este agrandamiento es tratado mediante raspado y curetaje y una higiene bucal muy estricta por parte del paciente.

#### 5.- TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO INESPECIFICO.

El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica de la lesión y la supresión de los factores irritantes locales.

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

Por la información que se presentó, puede afirmarse en general que la mayoría de los agrandamientos gingivales inflamatorios se pueden - tratar exitosamente con raspado y curetaje subgingival y con una estricta higiene oral por parte del paciente.

Clinicamente observamos que el curetaje subgingival provee mayor ganancia a corto plazo de inserción periodontal que otras modalidades quirúrgicas comunes de tratamiento. Por lo cual llegamos a la conclusión de que los niveles de inserción después de un raspado y curetaje subgingival no son significativamente distintos de los resultados de otros tratamientos; la exposición radicular es menor, hay menos probabilidades de pérdida de la cresta ósea e inserciones y el contorno gingival se modifica menos cuando el tratamiento es el curetaje.

Las únicas desventajas serían: 1) La estética; que con una higiene oral adecuada no tendría importancia para la salud gingival futura; 2) La dificultad de la técnica y mayor tiempo requerido.

Es importante señalar que no todos los agrandamientos se pueden - tratar exitosamente con un raspado y curetaje. En algunas ocasiones, - el único tratamiento a seguir es el quirúrgico, obteniendo resultados muy positivos. De cualquier forma, sea cual sea el tratamiento a seguir, lo que marca el éxito o fracaso de un tratamiento es la buena o mala higiene oral que tenga el paciente después de su tratamiento.

Llegamos a la conclusión de que es muy necesario que el paciente - esté muy bien capacitado para llevar a cabo una estricta higiene oral.

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

Carranza Fermín A.  
Periodontología Clínica de Glickman.  
Sexta Edición.  
Editorial Interamericana.  
México, D. F.  
1986.

Carranza Fermín A. (h). - Carrero Juan A.  
Periodoncia.  
Patología y Diagnóstico de las Enfermedades Periodontales.  
Primera Edición.  
Editorial Mundi.  
Argentina.  
1978.

Gordon Pattison.  
Instrumentación en Periodoncia.  
Editorial Panamericana.  
Buenos Aires.  
1985.

Grant D.D.S. Daniel A. - Stern D.D.S. Irving B.  
Frank G. Everett.  
Periodoncia.  
Editorial Mundi.  
Quinta Edición.  
Paraguay-Buenos Aires-Argentina.  
1983.

Legarreta Reynoso Luis.  
Clínica de Parodencia.  
Primera Edición.  
La Prensa Médica Mexicana.  
México, D. F.  
1967.

Mansón J. D.  
Manual de Periodoncia - Manual Moderno.  
Primera Edición.  
México, D. F.  
1986.

Rodríguez Figueroa Carlos A.  
Parodencia.  
Cuarta Edición.  
México, D. F.  
1985.

Schulger Saul, D.D.S. Falph a. Youdelis D.D.S.  
Roy C. Page, D.D.S. H.S.D. Ph. d.  
Enfermedad Periodontal.  
Primera Edición en Español.  
Compañía Editorial Continental, S. A.  
México, D. F.  
1981.

Stone Stephen - Kalis Paul J.  
Periodontología.  
Primera Edición.  
Editorial Interamericana.  
México, D. F.  
1978.