

179
2 y

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

V. B. C.

ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS NIÑOS

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

MA. GABRIELA MORALES GOMEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

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.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
HISTORIA CLINICA Y EXAMEN DE LA BOCA	4
CAPITULO II	
DEFINICION Y CARACTERISTICAS DE LA ENCIA NORMAL EN LA INFANCIA	20
CAPITULO III	
NATURALEZA DE LAS GINGIVITIS	25
3.1 INDICE DE GINGIVITIS	26
3.2 PREVALENCIA, FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE LAS GINGIVITIS EN LOS NIÑOS	27
3.3 AFECTACION DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS	29
CAPITULO IV	
TIPOS DE GINGIVITIS	32
4.1 GINGIVITIS SIMPLE (GINGIVITIS POR ERUPCION)	
4.2 GINGIVITIS POR MALA HIGIENE BUCAL	33
4.3 ENFERMEDAD GINGIVAL AGUDA	-
(infección por virus herpes simple)	34
4.4 ULCERA AFTOSA RECIDIVANTE	38
4.5 GINGIVITIS ULCEROSA NECROTIZANTE	40
4.6 GINGIVITIS CRONICA INESPECIFICA	43
4.7 AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO (gingivitis prepuberal)	45
4.8 FIBROMATOSIS GINGIVAL	46

CAPITULO V	PAG.
CAUSAS DE GINGIVITIS	48
5.1 FACTORES LOCALES	48
5.1a Propiedades físicas de los alimentos .	48
5.1b Higiene bucal	50
5.1c Impacción de alimentos y descuido de la cavidad bucal	52
5.1d Traumatismo en los tejidos blandos ...	54
5.1e Oclusión dental eficaz	55
5.1f Respiración bucal	56
5.1g Irritación causada por actividad bacte riana	57
5.1h Cálculo	61
5.1i Fuerzas traumatizantes en las piezas .	63
5.2 FACTORES GENERALES	64
5.2a Fiebre alta	65
5.2b Alteraciones en niveles hormonales ...	65
5.2c Deficiencias vitamínicas	66
5.2d Acción de drogas	70
5.2e Manifestaciones bucales de enfermeda des específicas	71
5.2f Diabetes sacarina y otras disfunciones endocrinas	72
 CAPITULO VI	
ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS	74
6.1 PERIODONTITIS	79
6.2 PERIODONTITIS JUVENIL	79
6.3 SINDROME DE PAPILLON-LEFEVRE (Periodontosis precoz)	82
6.4 PRINCIPIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE	

	PAG.
ENFERMEDADES PERIODONTALES EN LOS NIÑOS ...	85
CAPITULO VII	
PIGMENTACIONES DE LOS DIENTES	88
7.1 PIGMENTACION VERDE	89
7.2 PIGMENTACION PARDUZCA	90
7.3 PIGMENTACION NARANJA	
7.4 PIGMENTACION NEGRA	
7.5 PIGMENTACION POR APLICACION DE FLUORURO - ESTAÑOSO	91
7.6 ELIMINACION DE PIGMENTACIONES	92
7.7 PIGMENTACION DE LOS DIENTES POR TETRACICLI- NA	
CAPITULO VIII	
ENSEÑANZA DEL CEPILLADO DENTAL, USO DEL HILO DE SEDA E HIGIENE BUCAL	95
8.1 CEPILLADO DENTAL (diseño del cepillo)	96
8.2 TECNICAS DE CEPILLADO	98
8.3 ACCESORIOS DE LIMPIEZA BUCAL	101
8.4 LIMPIEZA DENTAL EN EL INFANTE	102
8.5 METODO PARA CEPILLAR LA DENTICION PRIMARIA.	103
8.6 PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO DENTAL.	104
CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFIA	110

INTRODUCCION

La enfermedad periodontal se ha asociado con las etapas finales de la enfermedad: pérdida dental, bolsas profundas, formación de pus y graves pérdidas óseas. En esas etapas degenerativas, los métodos de tratamiento rara vez son eficaces.

Gran cantidad de datos demuestran que la enfermedad periodontal inflamatoria es un problema de salud importante. La naturaleza insidiosa de la enfermedad está dada por la aparición documentada de inflamación gingival leve en niños, mayor gravedad en jovencitos y adultos jóvenes y avance frecuente hasta la pérdida parcial o completa de la dentición a mediados de la vida o más tarde.

Las enfermedades periodontales son lentas y progresivas, se extienden durante muchos años y sus síntomas iniciales son muy comunes en los niños. Esto ha llevado a la suposición común de considerar las enfermedades periodontales como enfermedades degenerativas de las últimas etapas de la vida. Es cierto que en los niños son raras las degeneraciones periodontales, pero ocurren en ciertos casos. En estos casos, la enfermedad periodontal ha progresado rápidamente de su fase inicial a la final. Anteriormente estos eran los únicos

casos considerados de enfermedad periodontal, y se habían considerado normales a la gran mayoría de niños que presentaban gingivitis marginales de diversos grados.

Las enfermedades periodontales ocurren a cualquier edad son generalmente procesos muy lentos, y sus fases iniciales son comunes antes de la pubertad. A menos que se eliminen estas etapas tempranas será inevitable, en años posteriores el desarrollo de enfermedades periodontales generativas.

En la infancia, las enfermedades periodontales han empezado ya; por lo tanto es muy importante reconocerlas y tratarlas.

Las enfermedades periodontales son generalmente resultado de inflamaciones largas, en vez de trastornos agudos. Se asocian con formación de cálculos, casi universalmente presente en individuos de más de 30 años. Por estas razones, se considera a las enfermedades periodontales como enfermedades de la madurez, pero el inicio de estas enfermedades ocurre durante la infancia, y sólo los dramáticos resultados finales son los que se ven en períodos más avanzados de la vida. Cuando, como consecuencia de enfermedad ya antigua se pierde gran parte del tejido periodontal el tratamiento tiene pocas probabilidades de curar la enfermedad. Cuando

se comprenda que 90% de los niños sufren algún grado de gingivitis antes de los 12 años, será obvio que las enfermedades periodontales en los niños merecen la mayor atención.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA Y EXAMEN DE LA BOCA

Los odontólogos deben efectuar un examen bucal completo de su paciente y desarrollar un plan de tratamiento a partir de los hallazgos del examen. Luego, el odontólogo hace la presentación del caso del paciente a sus padres, bosquejando el tratamiento recomendado. El odontólogo pensará en estos procedimientos como el desarrollo y la presentación de un plan preventivo que denote un futuro programa de salud integral oral para el paciente. El plan debe incluir recomendaciones destinadas a la corrección de problemas orales existentes (o a impedir su progreso) y a evitar futuros problemas anticipados. Es esencial obtener toda la información pertinente del paciente y de su familia, para asegurar el consentimiento de los padres y para efectuar un examen completo antes de emprender ese programa de atención integral de la salud oral para el paciente niño.

A cada paciente pediátrico debe dársele la oportunidad de recibir tratamiento odontológico completo. El odontólogo no debe intentar decidir lo que el paciente, sus padres o terceros puedan aceptar o afrontar. Si los padres rechazan una parte o la totalidad de las recomendaciones, el odontólogo al menos habrá cumplido con la obligación de educar al niño

y a sus padres acerca de la importancia de los procedimientos recomendados. Aun los padres de ingresos más moderados hallarán por lo general los medios para completar la atención de la salud bucal de sus hijos si el odontólogo les explica que el futuro de la salud bucal del niño e inclusive de su salud general están relacionados con la corrección de los defectos orales.

EL METODO DIAGNOSTICO

Antes de hacer un diagnóstico, el odontólogo debe recabar y evaluar los hechos asociados con el problema. Algunos signos patognomónicos pueden llevar a un diagnóstico casi inmediato. Aunque la colección y evaluación de estos hechos asociados se realizan rápidamente, dan un diagnóstico sólo de un área problema y no es integral. Por otra parte, un diagnóstico integral de todos los problemas del paciente o de sus problemas potenciales a veces puede necesitar ser pospuesto hasta que sean resueltas situaciones más urgentes. Por ejemplo, un paciente con gingivitis ulceronecrotizante aguda necesita tratamiento inmediato.

La importancia de la recolección y evaluación completa de todos los hechos relacionados con las condiciones de un paciente jamás será suficientemente destacada. Moskow y Barr describieron diversos métodos de diagnóstico que ayudan al

odontólogo en este proceso.

La siguiente lista de métodos se basa en su mayor parte en sus escritos:

- . Compilación de la historia
- . Inspección
- . Palpación
- . Auscultación
- . Exploración
- . Radiografías
- . Percusión
- . Transiluminación
- . Pruebas de vitalidad
- . Modelos de estudio
- . Pruebas de laboratorio
- . Fotografía

En ciertos casos inusuales se necesitarán todos estos auxiliares diagnósticos para llegar a un diagnóstico integral. Ciertamente, ningún diagnóstico oral puede ser integral o completo a menos que el diagnosticador haya evaluado los hechos emergentes de la recopilación, la inspección, la palpación, la exploración (si hay dientes presentes) y, frecuentemente, radiografías.

HISTORIA MEDICA Y ODONTOLOGICA PRELIMINAR

Es importante para el odontólogo estar familiarizado con la historia médica y odontológica del paciente niño. La historia familiar también puede ser relevante para las condiciones orales del paciente y puede ofrecer información en ciertos trastornos hereditarios. Antes del examen del niño por el odontólogo, la asistente dental puede obtener suficiente información que brinde al dentista un conocimiento de la salud general del niño y lo alerta sobre la necesidad de obtener información adicional para los padres o del médico del niño.

La información referente al desarrollo psicológico y social del niño es importante. La información precisa que refleje los problemas de conducta, de aprendizaje o de comunicación a veces es difícil de obtener inicialmente, en especial si los padres están en conocimiento de los trastornos de desarrollo de su hijo pero son reticentes en cuanto a discutirlos. Los problemas de conducta en el consultorio odontológico con frecuencia están relacionados con la incapacidad del niño para comunicarse con el odontólogo y para seguir instrucciones y esta incapacidad puede ser atribuible a baja capacidad mental. Los padres a menudo omiten la información de que el niño tiene un CI bajo o es retardado mental. Una indicación de retardo mental generalmente puede ser determinada por la asistente dental al formular preguntas acerca del

proceso de aprendizaje del niño.

Deberá anotarse si el niño fue internado alguna vez para ser sometido a anestesia general y cirugía. Shaw informó que la hospitalización y el procedimiento de anestesia general pueden constituir una experiencia psicológica traumática para el niño preescolar, sensibilizándolo con respecto a procedimientos que más tarde encontrará en un consultorio dental. Si el odontólogo está advertido de la hospitalización previa y del temor del niño a los extraños en uniforme blanco, el tiempo necesario y los procedimientos podrán ser planeados para ayudar al niño a superar el temor y a aceptar el tratamiento odontológico.

En ocasiones, cuando los padres informan de trastornos importantes, lo mejor es que el odontólogo sea quien efectúe la historia médica y odontológica. Cuando los padres están en privado con él, es más probable que discutan abiertamente los problemas del niño y hay menos oportunidades de que ocurran falsas interpretaciones respecto de la naturaleza de los problemas. Cuando hay indicación de una enfermedad o anomalía sistémica crónica o aguda, el odontólogo debe consultar al médico del niño para conocer la evolución de su estado, el pronóstico a largo plazo y a los medicamentos que recibe en la actualidad.

Las enfermedades actuales o las historias de trastornos importantes señalan la necesidad de atención especial durante la entrevista para la compilación de la historia. Además de consultar al médico del niño, el odontólogo puede decidir registrar datos adicionales con referencia al estado físico actual del niño, que habitualmente no se registran en las historias de los niños sanos. Esta información puede incluir la presión sanguínea, la temperatura corporal, los ruidos cardíacos, la altura y el peso, el pulso y la respiración. Antes de comenzar el tratamiento pueden indicarse ciertos análisis o pruebas de laboratorio y pueden ser necesarias ciertas precauciones especiales. La decisión de efectuar el tratamiento en un hospital y posiblemente bajo anestesia general puede ser apropiada.

El odontólogo y su equipo también deben estar alertas encunanto a la identificación de eventuales enfermedades infectocontagiosas que amenacen la salud del paciente o de otras personas. Es conveniente posponer los tratamientos que no sean de emergencia en los pacientes que muestren signos o síntomas de enfermedad infecciosa aguda, hasta su recuperación.

Los hechos pertinentes de la historia médica pueden ser transferidos al registro del examen bucal para la fácil referencia del odontólogo y su equipo, dado que se remiten

a esa ficha ante cada visita de tratamiento.

La historia odontológica del paciente debe ser resumida también en la ficha de examen. Esta debe incluir un registro de la atención odontológica previa y todos los hechos relacionados con el paciente y sus padres con respecto a la atención previa en otros consultorios. La información acerca de los hábitos actuales de higiene bucal y de las exposiciones previas y actuales a fluoruros ayudaran al odontólogo a desarrollar un programa efectivo de prevención de enfermedades dentales para el paciente.

EXAMEN CLINICO

La mayor parte de los datos necesarios para un diagnóstico oral integral en el paciente joven se obtiene mediante un examen clínico y radiográfico completos. Además de examinar las estructuras de la cavidad bucal, el odontólogo puede necesitar o desear en algunos casos registrar el tamaño, altura, marcha o movimientos involuntarios del paciente. Los primeros indicios de mal nutrición pueden provenir de la observación del tamaño o estatura, anormales del paciente. De igual forma, la gravedad de la enfermedad de un niño -ya sea oral o sistémica- puede apreciarse por la información de la débil o insegura marcha de letargo y enfermedad cuando el paciente ingresa al consultorio. Toda información importan-

te debe anotarse en el registro del examen bucal, que se constituye en parte permanente de la ficha del paciente.

El examen del niño, ya sea por primera vez o en una visita de seguimiento, debe ser completo. Se prestará atención al cabello, cabeza, rostro, cuello y manos del paciente desde que se sienta en el sillón. El odontólogo puede reunir información útil mientras va conociendo al nuevo paciente.

Las manos del paciente pueden revelar información pertinente para el diagnóstico integral. El odontólogo puede detectar una temperatura elevada al darle la mano. Las manos frías, húmedas o las uñas comidas pueden ser una primera indicación de ansiedad anormal en el niño. Un dedo calloso o anormalmente limpio sugiere un persistente hábito de succión. Dedos en forma de clava o un color azulado en las uñas sugieren una enfermedad cardíaca congénita que puede requerir precauciones especiales durante el tratamiento dental.

La inspección y la palpación de la cabeza y el cuello también están indicadas. Las características inusuales del pelo o de la piel deben anotarse. Después de que el médico haya supervisado el tratamiento para controlar el estado del niño, podrá concertarse una nueva cita para su atención odontológica. Si se identifica una enfermedad contagiosa pero

el niño tiene a la vez una emergencia odontológica, el dentista y su equipo deben tomar las precauciones adecuadas para evitar la propagación de la enfermedad a otros mientras se alivia la emergencia. El tratamiento posterior será pospuesto hasta que la enfermedad contagiosa esté controlada.

Las variaciones en el tamaño, forma, simetría o funcionalidad en cabeza y cuello deben ser registradas. Las anomalías de estas estructuras pueden indicar varios síndromes o estados que están asociados con anomalías orales.

Se debe evaluar la función de la articulación temporomandibular (ATM) palpando la cabeza de cada cóndilo mandibular y observando al paciente mientras la boca está cerrada (con los dientes apretados), cuando está en reposo y en diversas posiciones de apertura. Los movimientos de los cóndilos o de la mandíbula que no sean parejos o se desvíen de las pautas esperadas deben ser anotados; de igual manera, todo chasquido oído o identificado por la palpación así como todo otro sonido anormal. Los músculos masticadores doloridos señalan también disfunción de la ATM. Estas desviaciones de la función anormal de la ATM pueden requerir evaluación adicional y tratamiento. Ciertamente el seguimiento estará indicado cuando estas desviaciones puedan ser relacionadas con síntomas identificados por el paciente. La discusión acerca

del diagnóstico y el tratamiento de disfunciones complejas de la ATM deben ser tratadas adecuadamente.

El examen extraoral continúa con la palpación del cuello y el área submandibular del paciente.

Si el niño tiene edad suficiente para expresarse se evaluara la fonación. Las posiciones de la lengua, labios y musculatura perioral durante el habla, la deglución y el reposo pueden brindar información diagnóstica útil.

El examen intraoral de un paciente niño debe ser completo. Existe la tentación de mirar primero las lesiones cariosas evidentes. Por cierto, el control de las caries es importante, pero el odontólogo debe evaluar primero el estado de los tejidos blandos. Si los tejidos blandos y la oclusión no son observados tempranamente en el examen, el odontólogo puede verse tan enfrascado en el registro de las caries y en la planificación de su restauración que podrían ser omitidas otras anomalías importantes de la boca. También deben registrarse toda halitosis y la cantidad o consistencia anormal de la saliva.

Los tejidos bucales, labios, piso de la boca, paladar y encía tienen que ser inspeccionados y palpados cuidadosamente. Una evaluación periodontal detallada en ocasiones está

indicada aun en niños pequeños. La lengua y la orofaringe deben ser inspeccionadas. Las amígdalas grandes acompañadas de exudado purulento pueden ser el signo inicial de una infección estreptocócica que lleva a la fiebre reumática. Cuando se sospecha una infección estreptocócica de la garganta, está indicada la inmediata derivación al médico del niño. En algunos casos puede ser de ayuda para el médico y conveniente para el odontólogo la obtención de un cultivo del istmo de las fauces mientras el niño está en el consultorio odontológico, contribuyendo así a un diagnóstico temprano definitivo de la infección.

Después del examen completo de los tejidos blandos bucales, el odontólogo debe inspeccionar la oclusión y registrar toda irregularidad dental o esquelética. La dentición y la oclusión resultante pueden sufrir cambios considerables durante la infancia y la preadolescencia. Este proceso de desarrollo dinámico ocurre en los tres planos del espacio y con la evaluación periódica el odontólogo puede interceptar e influir favorablemente sobre los cambios indeseables. El monitoreo del perfil facial y de la simetría del paciente, las líneas medias dentarias y la longitud del arco comparada con el volumen dentario deben ser incluidas rutinariamente en la examinación clínica. Están indicados análisis y evaluaciones más detallados cuando se hallan discrepancias signifi-

cativas durante los estados críticos del crecimiento y desarrollo. A veces están indicados modelos diagnósticos y cefalometrías relativamente tempranos durante la dentición mixta.

Finalmente, deben inspeccionarse con cuidado los dientes en busca de caries de anomalías hereditarias o adquiridas. Los dientes deben ser contados e identificados en forma individual, para asegurar el reconocimiento de los dientes supernumerarios o faltantes. La identificación de las caries es importante en los pacientes de todas las edades, pero es crítica en los niños a causa de que pueden progresar rápidamente sino se controlan. La eliminación de la actividad cariosa y la restauración de los dientes evitan el dolor y la expansión de la infección y contribuyen a la estabilidad de la oclusión en desarrollo.

Si el odontólogo prefiere efectuar el examen clínico de un nuevo paciente niño antes de las radiografías y de los procedimientos profilácticos, podrá ser necesario la correlación de los hallazgos radiográficos u otros hallazgos inicialmente cuestionables con un segundo y breve examen bucal. Esto vale especialmente cuando el nuevo paciente tiene mala higiene bucal. La inspección detallada y la exploración de los dientes y tejidos blandos no pueden ser efectuadas en forma adecuadas hasta que la boca esté libre de restos.

Durante el examen clínico de las caries, cada diente debe ser secado individualmente e inspeccionado bajo una buena luz. Debe establecerse una rutina definitiva para el examen. Por ejemplo, el odontólogo puede empezar siempre por el cuadrante superior derecho, recorrer la arcada superior, pasar al cuadrante inferior izquierdo y terminar el examen por el cuadrante inferior derecho. Si la punta más aguda del explorador cae en un defecto, debe considerárselo como una caries o lesión precariosa. Los defectos morfológicos o la coalescencia incompleta del esmalte en la base de surcos y fisuras de los molares a menudo puede ser detectada con facilidad mediante el examen visual después de haber limpiado y secado los dientes. La decisión de aplicar un sellador o de restaurar un defecto depende de la historia del paciente en cuanto a caries dentales, la aceptación por los padres o del paciente del programa de odontología preventiva integral (incluyendo el control de la dieta) y de la confiabilidad en cuanto al retorno del paciente para visitas del seguimiento.

En los pacientes con caries dentales severas, las pruebas de actividad cariogénica y el análisis de la dieta pueden contribuir al proceso diagnóstico ayudando a definir factores etiológicos específicos. Estos procedimientos probablemente tienen un valor aun mayor al ayudar al paciente o a sus padres a comprender el proceso de la enfermedad cariosa y en motivarlos para adoptar los cambios de conducta necesarios

para controlar la enfermedad.

REGISTRO DENTAL UNIFORME

En la actualidad se utilizan diversos sistemas de fichado dental, incluyendo el sistema universal. Este sistema de marcación de los dientes permanentes usa los números 1 a 32, comenzando por el tercer molar superior derecho (No. 1) y progresando a lo largo de la arcada hasta llegar al tercer molar superior izquierdo (No. 16), pasando al tercer molar inferior izquierdo (No. 17) y siguiendo por la arcada hasta el tercer molar inferior derecho (No. 32). Los dientes temporarios se identifican en el sistema universal por las primeras 20 letras del alfabeto, desde la A a la T.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cuando esté indicado, el examen radiográfico de los niños deberá completarse antes de desarrollar el plan de salud oral integral; se requieren radiografías adicionales en forma periódica para permitir la detección de caries incipientes u otras anomalías en desarrollo.

Los niños serán expuestos a las radiaciones ionizantes sólo después de determinada la necesidad radiográfica -si

la hay- para hacer un diagnóstico correcto en el momento de la consulta.

Con frecuencia están indicadas radiografías oclusales, periapicales o de aleta mordible aisladas en niños muy pequeños, a causa de traumatismos, odontalgia, trastornos de desarrollo sospechados o caries proximales.

En la radiografía, las caries aparecen siempre más pequeñas de lo que son en realidad.

EXAMEN TEMPRANO

Históricamente, la tención odontológica para niños ha estado diseñada principalmente para evitar el dolor y la infección bucal, la aparición y progreso de las caries dentales, la pérdida prematura de piezas dentarias temporarias, la pérdida de longitud de la arcada y la asociación de temor y atención odontológica. A través del tratamiento, el odontólogo es responsable de guiar al niño y a los padres, de resolver los trastornos orales antes de que puedan afectar la salud y la alineación de los dientes y de evitar las enfermedades bucales.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA

Con demasiada frecuencia, el primer acercamiento de un paciente a la atención odontológica se produce como consecuencia de una situación de emergencia. Los procedimientos diagnósticos necesarios en una consulta odontológica de emergencia es muy importante que se lleven a la práctica para evitar momentos dolorosos indeseables en los pacientes. Sin embargo, la consulta de emergencia tiende a centrarse en un problema único o un conjunto de problemas correlacionados y su solución en lugar de brindar un diagnóstico bucal integral para el tratamiento del paciente. Una vez que el problema de emergencia esté controlado, el odontólogo debe ofrecer servicios integrales al paciente o a sus padres.

CAPITULO II

DEFINICION Y CARACTERISTICAS DE LA ENCIA NORMAL EN LA INFANCIA

La encía, es la mucosa que se extiende desde la porción cervical del diente hasta el surco vestibular.

La encía se divide en las áreas marginal, insertada e interdientaria.

ENCIA MARGINAL (ENCIA LIBRE)

La encía marginal es la encía libre que rodea los dientes, a modo de collar, y se halla demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión lineal poco profunda, el surco marginal.

Surco gingival. Es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía.

ENCIA INSERTADA

Es firme, resilente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes.

ENCIA INTERDENTARIA

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario.

ENCIA NORMAL

Con el fin de comprender plenamente y evaluar los diferentes síntomas de una enfermedad gingival inflamatoria, es fundamental como requisito previo el conocimiento minucioso y detallado de la composición estructural y función del periodoncio sano.

Clínicamente la encía normal se caracteriza por su color rosado y firme consistencia y por contorno festoneado del borde gingival. Las papilas interdentes son firmes, no sangran este una presión suave y ocupan el espacio por debajo del área de contacto de los dientes vecinos.

Las piezas primarias presentan coronas cortas y bulbosas, y el punto de contacto está más cercano a la superficie oclusal que en las piezas permanentes. Las encías, en dentaduras primarias, están más cerca de las superficies oclusales de las piezas, son aplastadas voluminosas y llenan completamente el espacio interproximal.

El color rosado pálido de las encías normales no inflamadas se debe a la preponderancia de tejidos conectivos sobre los vasos sanguíneos. La superficie epitelial es blanda y aterciopelada, con muchas irregularidades superficiales, que, cuando son más pronunciadas, se las denomina "punteado".

El margen libre de las encías se extiende hacia la protuberancia coronaria, que en las piezas primarias es casi tan acentuada como en los carnívoros.

La fosa gingival en las dentaduras primarias se extiende 1 mm o menos debajo de la protuberancia de la pieza. Es una fosa limitada por la pieza, por un lado, y un gran volumen de tejido gingival duro y elástico, por el otro. La superficie epitelial de la fosa, y también la de la encía intersticial y la mucosa bucal, crece continuamente y se escama libremente y sana rápidamente.

Las piezas permanentes no son tan bulbosas como las piezas primarias, las papilas son estrechas y menos voluminosas, y la papila y el margen están situados más lejos de las superficies oclusales de las piezas. La fosa gingival que rodea a las piezas permanentes es más profunda y no está sostenida por masas tan grandes de tejidos.

Durante la infancia, ocurren cambios en la mandíbula

debido al crecimiento y desarrollo. Aparecen espacios entre las piezas como resultado de crecimiento aposicional de hueso alveolar, y pueden verse a edades de 3 1/2 años.

Entre la caída de las piezas primarias y la erupción de las permanentes transcurre un periodo de hasta dos años. Antes de perforarse la encía, los tejidos se adelgazan sobre las cúspides en elevación de las piezas; después, aparecen las piezas en la boca, y mientras las piezas hacen erupción hacia la posición final, las encías intersticiales marginales se espesan y muestran un borde cilíndrico protuberante. Dentro de ellos está produciéndose una activa reorganización de las fibras de tejido conectivo, aparece como una ligera hiperemia, pero nunca se acerca al color de una inflamación asociada con infección bacteriana. Esto no debe confundirse con gingivitis de origen bacteriano.

Entre los 5 y los 12 años, se pierden 20 piezas primarias, y 24 piezas permanentes hacen erupción. El proceso de erupción de las piezas a través de encías antes no inflamadas produce muy poca reacción local. La herida producida por la exfoliación de una pieza primaria sana en unas horas, y rara vez se infecta. Es raro el caso en que la encía se infecta en el lugar de la erupción del diente. Cuando esto ocurre, las encías se presentan edematosas y extremadamente dolorosas,

y, pueden ir acompañadas de fiebre, raramente se producirá infección al hacer erupción una pieza, y si el niño presenta fiebre, no debiera atribuirse con ligereza a la erupción dental.

CAPITULO III

NATURALEZA DE LAS GINGIVITIS

Cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es hipeemia. El color rosa pálido pasa a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares, por lo que el contenido sanguíneo de estos tejidos aumenta enormemente. En áreas de ulceración, donde se pierde el epitelio, el color es aún más vivo. Esta hiperemia se asocia con edema; la encía intersticial se agranda, y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa.

Como las papilas y los márgenes gingivales libres no están tan estrechamente unidos al hueso alveolar como la mucosa adyacente, en estos tejidos se puede dar un grado desproporcionado de ulceración. La papila está limitada a cada lado por las piezas adyacentes, por la cresta subyacente del hueso alveolar y por el punto de contacto de las piezas superiores, de manera que solo se podrán dar inflamaciones en bucal y lingual. La papila también contiene mayor masa de tejido que el margen gingival, y al sufrir edema e inflamaciones, aparece como un nódulo escarlata en protusión por entre las piezas. La inflamación del margen gingival sobre la porción bulbosa de la corona de la pieza no solo transforma la fosa natural en bolsa más profunda, sino que también produce

un borde que invariablemente recoge desechos.

En algunas áreas de inflamación, los tejidos degeneran y exponen la raíz de la pieza. Si esto ocurre en un área pequeña, como la superficie bucal de una pieza incisiva, el área de degeneración es estrecha, las papilas edematosas se aproximan entre sí por el frente de la pieza, y dejan una hendidura estrecha entre ellas, y pasa hasta la superficie radicular. El área de degeneración puede ser más ancha y la raíz puede estar expuesta en la casi totalidad de su dimensión horizontal; este proceso puede extenderse casi hasta el ápice de la pieza.

Cuando irritación e inflamación de la mucosa anexa existen desde hace tiempo, se puede formar una cantidad excesiva de tejido conectivo, y la encía intersticial se vuelve aspera, fibrosa y agrandada.

31 INDICE DE GINGIVITIS

Se define la prevalencia de una enfermedad como el número de individuos de un grupo que sufren esa enfermedad, considerando al individuo como la unidad. La frecuencia de una enfermedad es el número de ataques o lugares de ataque, de la enfermedad que sufre un individuo. Para expresar la gravedad, se considera la intensidad de inflamación o la

extensión de tejidos afectadas, y se utilizan definiciones arbitrarias para describir su grado: muy leve, moderado y grave.

Schour y Massler introdujeron un método para determinar la gingivitis por observación del estado de cada unidad gingival alrededor de una pieza; dividían cada unidad gingival en tres secciones anatómicas: la papila, P; la encía intersticial marginal, M; y la encía intersticial anexa, A. Se conoce este índice como "índice PMA" y representa un resumen de las áreas inflamadas de la boca. Schour y Massler trataron de formar una puntuación de gravedad basándose en el grado de extensión de inflamación desde las papilas a través del margen, hasta la mucosa anexa. Se añadió un cuarto grado extremadamente grave, basándose en la intensidad de la inflamación, en los casos en que se presentaran inflamación extensa, ulceración, etc. En los primeros tres grados solo se requiere inflamación para formular un diagnóstico. Se considera que cada tejido puede ser afectado en grados diferentes y deberá ser considerado por separado.

3.2 PREVALENCIA, FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE LAS GINGIVITIS EN LOS NIÑOS

Si se toma como criterio de gingivitis una hiperemia

detectable, se encuentra que la prevalencia de gingivitis es menor de 5 por 100 a los tres años, 50 por 100 a los seis años, con un máximo de 90 por 100 a los once años. Entre 11 y 17 años, el nivel desciende ligeramente entre 80 y 90 por 100.

La descripción de cinco grados de la gravedad de gingivitis es nula, cuando no se presenta prueba clínica de inflamación; muy leve, cuando se presenta hiperemia detectable en la papila, margen o mucosa anexa leve, cuando también existe pérdida de punteado, enrojecimiento, inflamación o sangrado al presionar; moderada, cuando la gravedad es tal que aparece sangre en el cepillo dental y con presencia de sensibilidad y debilidad (a este nivel, los padres del niño generalmente ya saben que la afección existe), grave, cuando se presenta hiperemia grave y marcada inflamación, cuando ocurre hemorragia espontáneamente o con el más ligero toque de comida o cepillo.

La gravedad de la gingivitis también aumenta con la edad, pero de manera algo deferente en los dos sexos. En las mujeres la gravedad llega a su máximo a los 10 1/2 años, decrece en los siguientes tres o cuatro años, y se nivela a los 16 años. En los hombres, la gravedad máxima ocurre entre las edades de 13 y 13 1/2 años. Después de esta edad, la gravedad decrece similarmente a las mujeres, tomando en consi-

deración la diferencia de tres años. Por encima de la edad de 12 años, el número de niños que sufre gingivitis permanece aproximadamente igual, pero disminuye considerablemente la gravedad de la gingivitis hasta los 17 años, en que vuelve a aumentar. Es de gran importancia tratar las enfermedades periodontales antes de que se produzcan graves lesiones, por lo que deberán considerarse seriamente las enfermedades periodontales en la infancia.

3.3 AFECTACION DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS

Cuando se presenta hiperplasia de la encía, o cuando la pieza no ha hecho erupción completa, una hendidura de más de 3 mm de profundidad no indica forzosamente que la inserción de la pieza haya retrocedido apicalmente, pero donde se observa formación de bolsa debido a retroceso, puede asegurarse que ha ocurrido destrucción de tejidos periodontales.

A medida que la pieza emigra a través del hueso, y brota en oclusión, el hueso alveolar vuelve a formar el alveolo y el hueso crece en armonía con la posición cambiante de la pieza. El nivel de hueso alveolar alrededor de una pieza recién brotada en oclusión es 1 mm bajo la unión de esmalte y cemento. Cuando el margen alveolar del nivel óseo retrocede apicalmente, pero permanece paralelo al plano oclusal, se describe el proceso como absorción ósea horizontal. La absor-

ción ósea vertical representa la destrucción y pérdida de la pared ósea del alveolo y la consiguiente ampliación del alveolo que va acompañada de aumento de movilidad de la pieza. En esta afección, la pérdida ósea es paralela a la raíz de la pieza y forma ángulo con el plano oclusal de las piezas. Sin embargo, el margen alveolar entre las dos piezas, en ciertas condiciones fisiológicas, asume un ángulo, particularmente en piezas en erupción o cuando las piezas están inclinadas. Si las piezas se presentan inclinadas hacia adelante, la superficie mesial se sume y la superficie distal se eleva sobre el nivel general del borde alveolar. En consecuencia el hueso entre la unión de cemento y esmalte de una pieza y la siguiente forma un ángulo con el plano oclusal, pero esto no significa que exista enfermedad.

El hueso alveolar crece rápidamente en la infancia, y áreas localizadas de absorción ósea y formación extremadamente rápida acompañan a la exfoliación y erupción de las piezas. En el maxilar inferior infantil se presenta muy poca formación haversiana, pero va apareciendo en cantidades mayores en jóvenes adultos. El hueso del maxilar inferior infantil, por lo tanto, es altamente vascular y de crecimiento activo, lo que explica la rápida curación y rara absorción ósea debido a infecciones periodontales. En esta edad se puede observar recuperación completa de afecciones con inflamación grave, mientras que en individuos de más edad se presentan cambios

irreversibles en fases iniciales de la enfermedad. Sin embargo, en algunos casos raros se presenta en los niños absorción ósea localizada, con pérdida del soporte de la piezas, especialmente alrededor de los primeros molares permanentes. .

CAPITULO IV

TIPOS DE GINGIVITIS

4.1 GINGIVITIS SIMPLE

Gingivitis por erupción. Con frecuencia es observado un tipo temporal de gingivitis en los niños pequeños cuando están erupcionando los dientes primarios. Esta gingivitis, pasa después que los dientes emergen en la cavidad bucal.

El mayor incremento en la incidencia de gingivitis en los niños suele ser vista en el grupo de 6 a 7 años, cuando los dientes permanentes comienzan a erupcionar. Se relaciona este aumento de gingivitis con el hecho que encía marginal no recibe protección del contorno coronario del diente durante el estadio inicial de erupción activa y la continua agresión de los alimentos contra la encía causa el proceso inflamatorio.

Los residuos alimentarios, la materia alba y la placa bacteriana se acumulan a menudo en torno del tejido libre y debajo de él, cubren parcialmente la corona del diente en erupción y causan el desarrollo de un proceso inflamatorio. Esta inflamación a menudo se asocia con la erupción del primero y segundo molares permanentes y la condición puede ser muy dolorosa y producir una pericoronitis o un absceso pericorona-

rio. Una gingivitis leve por erupción no requiere otro tratamiento que una mejor higiene bucal. Una pericoronitis dolorosa puede ser ayudada irrigando la zona con un revulsivo con la solución 4 puntos (Fenol (5%), 5 ml; tintura de acónito, 10 ml; tintura de yodo, 15 ml; glicerina, 20 ml.). Una pericoronitis acompañada por tumefacción y complicación de los ganglios linfáticos debera ser tratada con terapéutica antibiótica.

4.2 GINGIVITIS POR MALA HIGIENE BUCAL

El grado de limpieza de los dientes y el estado de salud de los tejidos gingivales en niños están decididamente relacionados. Una adecuada higiene y limpieza dentaria están relacionados con la frecuencia del cepillado y la minuciosidad con que sea eliminada la placa bacteriana de los dientes. La oclusión favorable y la masticación de alimentos detergentes tienen efecto beneficioso sobre la limpieza de la boca.

La gingivitis asociada con una mala higiene bucal suele ser clasificada como un tipo leve, en el cual están inflamados los tejidos papilares y marginales. Esta gingivitis leve es reversible y puede ser tratada mediante una buena profilaxis bucal, eliminación de los depósitos calcáreos y residuos alimentarios acumulados, y por la enseñanza de buenas técnicas de cepillado dental para mantener a los dientes libres de placa bacteriana.

4.3 ENFERMEDAD GINGIVAL AGUDA

Infección por virus herpes simple. El virus herpes simple causa una de las infecciones virósicas más difundidas. La infección primaria suele producirse en un niño de menos de 5 años que no ha tenido contacto con el tipo 1 de virus herpético y, por lo tanto, no posee anticuerpos neutralizantes.

En algunos preescolares la infección primaria puede estar caracterizada por sólo una o dos llagas leves de la mucosa bucal, que puede preocupar poco al niño y pasar inadvertida por los padres. En otros niños, la infección primaria puede manifestarse por síntomas agudos (gingivostomatitis herpética aguda). Los síntomas activos de la enfermedad aguda suelen producirse entre los 2 y 6 años, aun en niños con bocas limpias y tejidos bucales sanos. Los síntomas se desarrollan súbitamente y podemos observar a los tejidos gingivales al rojo, irritabilidad, cefalagia y dolor. Un síntoma bucal característico en la enfermedad primaria aguda es la presencia de vesículas de líquido amarillo o blanco. Las vesículas se rompen y forman úlceras dolorosas, de 1 a 3 mm de diámetro rodeadas por una membrana gris blanquizca y una zona circunscrita de inflamación. Las úlceras pueden presentarse en cualquier zona de la mucosa, incluida, zona vestibular, lengua, labios, paladar blando y amígdalas. Las grandes lesiones pueden ser observadas ocasionalmente en paladar o en los tejidos gingiva-

les o en el surco vestibular. Esta distribución nos dará mayores detalles para el diagnóstico diferencial. El tratamiento de la gingivostomatitis herpética aguda en niños debe estar dirigido al alivio de los síntomas agudos. La aplicación de un anestésico tópico leve antes de las comidas, aliviara temporalmente el dolor y permitirá al niño comer una dieta blanda. Como los jugos de fruta pueden ser demasiado irritantes para la zona está indicado un suplemento vitamínico durante el curso de la enfermedad.

La aplicación tópica de tetraciclinas a las zonas ulceradas ayudará en el control de una infección secundaria, habiendo sido observado que este tratamiento modifica el curso de la infección favorablemente. El polvo antibiótico de las cápsulas puede ser aplicado a las lesiones con un hisopo de algodón humedecido, después de cada comida. Hay poco o ningún riesgo de producir pigmentación intrínseca de los dientes en desarrollo cuando la droga es usada de esta manera por pocos días. La dosis eficaz mínima de un antihistamínico, con frecuencia permitirá que el niño se sienta más cómodo, pudiendo producir cansancio, lo que estimulará el descanso. El tratamiento de las infecciones primarias menos graves puede consistir solamente en mantener la boca limpia y una ingestión dietética adecuada, además del tratamiento sintomático.

La infección por herpes simples tendrá una evolución

de 10 a 14 días, y poco es posible hacer para cortar el período de recuperación. Los métodos de tratamiento sugeridos para la infección viral incluyen la aplicación tópica de corticosteroides, la inyección de tripsina, antihistamínicos por vía bucal y tópicos, y el uso de gamma-globulina. Como los resultados de esos tratamientos no han sido concluyentes y, han sido contradictorios a menudo, el tratamiento debe ser de sostén y sintomático.

Después del ataque primario inicial, durante el período de la niñez temprana, el virus herpes simple permanece inactivo por períodos, pero a menudo reaparece como la familiar afta en la parte externa de los labios. Por esto se le conoce por lo común como "herpes labial recidivante" (HIR). Con los ataques repetidos, las vesículas se forman esencialmente en la misma zona del labio. La forma recidivante de la enfermedad ha sido relacionada a menudo con situaciones de "stress" emocional y resistencia disminuida de los tejidos, resultante de diversos tipos de traumatismos. La exposición excesiva a la luz solar puede ser responsable de la aparición de las lesiones herpéticas recidivantes del labio. Las lesiones labiales pueden aparecer también después del tratamiento odontológico y estar relacionadas con la irritación por el dique de goma o por procedimientos odontológicos corrientes.

El tratamiento del HIR sigue en el terreno del empiris

mo y la experimentación. El uso sintomático de cremas y pomadas emolientes es útil a veces. El uso de idoxuridina (Herplex y Stoxil) sigue siendo discutido. Los fabricantes de las pomadas, que pueden ser aplicadas tópicamente al primer síntoma de la lesión, sostiene que el ingrediente activo inhibe la replicación del virus herpes inhibiendo irreversiblemente la incorporación de timidina en el DNA viral.

Terezhalmay, Bottonley y Pellen, han informado que el uso del complejo bioflanoide hidrosoluble-ácido ascórbico es eficaz en el tratamiento del herpes labial recurrente. Los autores indican que como la toxicidad del ácido ascórbico es relativamente baja, dosis diarias de hasta 5.000 mg pueden ser recetadas sin temor de efectos tóxicos. El régimen terapéutico resultó muy eficaz cuando se instituyó en los comienzos del estado prodrómico y fue observado que acorta la duración del síntoma subjetivo de dolor y reduce la incidencia de los síntomas objetivos de formación de vesículas e interrupción de la membrana vesicular.

Brooks y asociados han informado que los odontólogos están frecuentemente expuestos al virus del herpes simple-1. Evaluaron el riesgo de infección por el virus comprobando la experiencia de la enfermedad, comparando la historia individual con los resultados de la fijación de complemento o de

titulación de anticuerpos o ambas. Esto sugiere que una porción significativa de odontólogos en ejercicio corren el riesgo de una infección herpética primaria. En consecuencia, los odontólogos y el personal auxiliar sin una historia de lesiones herpéticas podrían beneficiarse por una prueba serológica. Considerando la incapacidad ocupacional que acompaña frecuentemente la infección VHS-1 del dedo o el ojo, los profesionales de la salud sin anticuerpos VHS-1 deben protegerse con guantes quirúrgicos y anteojos de seguridad mientras tratan a los pacientes con lesiones herpéticas activas.

4.4. ULCERA AFTOSA RECIDIVANTE.

La úlcera aftosa recidivante (UAR) también denominada estomatitis aftosa recurrente (EAR) - es una ulceración dolorosa de la mucosa que se produce en escolares y adultos. Las úlceras prevalecen más en individuos entre los 10 y 20 años y aparecen en varones y mujeres en la proporción de 1:2. Estas úlceras se caracterizan por ulceraciones recurrentes en las mucosas húmedas de la boca en las que se forman rápidamente lesiones limitadas y confluyentes, en lugares determinados, con una base redondeada a ovalada, crateriforme, de bordes enrojecidos elevados, y dolorosas. Pueden aparecer como ataque de lesiones aisladas o múltiples, pero pueden ser distinguidas claramente de las infecciones virósicas primarias o secundaria, infecciones microbianas (gingivitis ulcerosa necrosante),

afecciones dermatológicas (liquen plano, pénfigo) y episodios traumáticos (contusiones, laceraciones, quemaduras), por el aspecto sano de los tejidos adyacentes y la falta de características generales distintivas. Pueden estar asociadas o no con lesiones ulcerosas en otras partes. Las lesiones persisten por intervalos de 4 a 12 días y curan sin inconvenientes; dejando cicatrices sólo raramente y en lesiones inusitadamente grandes. La descripción de UAR incluye con frecuencia el término aftas.

La causa de la úlcera aftosa recidivante es desconocida. La condición puede ser causada por un tipo demorado de hipersensibilidad a la forma "I" del estreptococo sanguis, que es un habitante común de la microbiota bucal normal del hombre. También es posible que las lesiones sean causadas por una reacción de autoinmunidad del epitelio bucal.

Aunque los agentes bacterianos son indudablemente importantes para el desarrollo de la UAR, la susceptibilidad de ciertas personas a las aftas, como se muestra en estudios clínicos, da razón a sospechar algunos factores precipitantes.

Daños causados por morderse el carrillo e irritaciones faciales menores son probablemente los factores precipitantes más comunes. Las deficiencias nutricionales aparecen en el 20% de los individuos con úlceras aftosas. Las deficien-

cias clínicamente detectables incluyen hierro, vitamina B₁₂ y ácido fólico.

Una variedad de tratamientos han sido recomendados para la UAR, pero no se ha encontrado uno completamente exitoso.

La aplicación tópica de tetraciclinas a las úlceras suele ser útil para reducir el dolor y acortar el curso de la enfermedad. Un enjuagatorio conteniendo una suspensión de una de las tetraciclinas ha resultado útil para algunos, pero no hay que tragarlo. La aplicación de triamcinolona acetonida (Kenalog en Ora-base) a la superficie de las lesiones, antes de las comidas y al acostarse, puede ser útil también.

4.5. GINGIVITIS ULCEROSA NECROTIZANTE (Infección de Vincent).

La enfermedad infecciosa, pero no contagiosa, conocida corrientemente como "infección de Vincent", raramente es vista en preescolares, es observada ocasionalmente en niños de 6 a 12 años y con frecuencia en adultos jóvenes.

La infección de Vincent es fácil de diagnosticar debido a la complicación de las papilas interproximales y a la presencia de una pseudomembrana necrótica sobre el tejido

marginial. En general es creencia que los responsables de esta enfermedad son dos microorganismos, *Borrelia vincentii* y bacilos fusiformes conocidos como "simbiosis fusoespiroquetal". las manifestaciones clínicas de la enfermedad incluyen tejido gingival inflamatorio, doloroso y sangrante, poco apetito, fiebre hasta 40°C, malestar general y olor fétido.

La enfermedad responde notablemente en 24 a 48 horas al curetaje subgingival, desbridamiento y empleo de soluciones oxidantes suaves. Si los tejidos gingivales estuvieran aguda y extensamente inflamados cuando es visto el paciente por primera vez, está indicada la terapéutica antibiótica. la mejor higiene bucal y el uso de enjuagatorios bucales oxidantes suaves después de cada comida ayudarán a superar la infección.

Collins y Hood informaron que la aplicación de vancomicina es un auxiliar valioso de la terapéutica. El unguento de vancomicina debe ser aplicado con el dedo a la zona afectada tres veces por día.

No debiera haber dificultades en distinguir una infección de Vincent de una gingivostomatitis herpética aguda, aunque suelen ser confundidas. El hallazgo de úlceras redondeadas con un aureola roja, en los labios y carrillos, es característico de la gingivostomatitis herpética. Una "limpieza"

terapéutica de prueba producirá una respuesta favorable en la infección de Vincent, pero no en la infección viral. Los antibióticos como prueba terapéutica reducirán los síntomas agudos de una infección de Vincent, pero no de la infección virósica. La gingivostomatitis herpética aguda es observada con más frecuencia en preescolares y su iniciación es rápida. Rara vez aparece la infección de Vincent en preescolares y se desarrolla en un período más prolongado, habitualmente en una boca en la cual existen irritantes y mala higiene. Por otra parte, las infecciones bucales agudas diagnosticadas inicialmente como infección de Vincent con frecuencia resultaron ser una manifestación bucal de una de las stomatosis.

Candidiasis aguda (maguet). El Candida (Monilia) albicans es un huésped común de la cavidad bucal, pero puede multiplicarse rápidamente y provocar un estado patógeno cuando la resistencia de los tejidos está disminuida. Los niños pequeños en una clínica hospitalaria algunas veces desarrollan maguet después de una terapéutica local con antibióticos, lo que permite la proliferación del hongo. Las lesiones de la enfermedad bucal aparecen como placas blancas elevadas, que pueden ser extirpadas con facilidad y dejan una superficie sangrante.

Se informó sobre el tratamiento exitoso del maguet con un antibiótico antimicótico, la nistalina (Mycostatin).

Es posible dejar caer en la boca una suspensión de 1 ml (100,000 unidades), para una acción local, cuatro veces por día. El medicamento no es irritante ni tóxico y es más eficaz que el antiguo tratamiento con violeta de genciana.

Infecciones bacterianas agudas. la prevalencia de infección bacteriana aguda en la boca no es conocida. Blake y Trott informaron una gingivitis estreptocócica aguda con encías dolorosas, de un rojo vivo y fácilmente sangrantes. las papilas estaban engrosadas y se habían desarrollado abscesos gingivales. los cultivos demostraron un predominio de estreptococos hemolíticos. las infecciones agudas de este tipo pueden ser más comunes de lo que era aceptado antes.

Sin embargo, el diagnóstico es difícil de hacer sin pruebas de laboratorio extensas. los antibióticos de amplio espectro son recomendados si la infección es considerada de origen bacteriano. Es importante en el tratamiento una buena higiene bucal. la colocación de restauraciones dentarias para devolver la función adecuada después de la reducción de los síntomas agudos es igualmente importante.

4.6. GINGIVITIS CRONICA INESPECIFICA

Un tipo de gingivitis vista comúnmente en el período

preadolescente y adolescente, suele ser denominada "gingivitis crónica inespecífica". la inflamación gingival crónica puede estar localizada en la región anterior o ser más generalizada. Aunque rara vez es dolorosa pueden persistir por largos períodos sin gran mejoría.

la edad de los pacientes afectados y la prevalencia en las niñas sugirió un desequilibrio hormonal como posible factor etiológico. El examen histológico de los cortes de tejidos y el empleo de tinciones especiales descartó una etiología bacteriana.

Una higiene bucal inadecuada, que permita la retención de los alimentos y la acumulación de material alba y placas bacterianas, es sin duda la causa primordial de este tipo crónico de gingivitis.

la etiología de la gingivitis es compleja y está considerado que existe una cantidad de factores locales y sistémicos.

Cantidades insuficientes de frutas y vegetales en la dieta, que conducen a una deficiencia vitamínica subclínica, pueden ser un factor predisponente importante. Una mejor ingestión de vitaminas con la dieta y el empleo de suplementos multivitamínicos mejorará el estado gingival en muchos niños.

4.7. AGRANDAMIENTO GINGIVAL CONDICIONADO

Gingivitis puberal. Los niños en el período prepube-
ral o puberal a veces desarrollan un tipo definido de gingivi-
tis. Cohen observó, que el agrandamiento gingival del segmen-
to anterior se producía con regularidad en el período prepube-
ral y premenarquial, así como en la pubescencia. El agranda-
miento gingival mostraba una distribución marginal y, en presen-
cia de irritantes locales, se caracterizaba por papilas inter-
proximales bulbosas prominentes, mucho más grandes que --
las hipertrofias marginales asociadas a factores locales.
Al aumentar la edad hay mayor evidencia de un epilado más
adecuado. las niñas tienden a alcanzar su máxima experiencia
de gingivitis más temprano que los varones.

El agrandamiento de los tejidos gingivales en la
gingivitis puberal está limitado al segmento anterior y puede
existir en un solo arco. El tejido gingival lingual suele
no estar afectado, El tratamiento de la gingivitis puberal
debe estar dirigido al mejoramiento de la higiene bucal, eli-
minación de todos los irritantes locales por el silamiento
minucioso de las raices, restauración de dientes cariados
y recomendaciones dietéticas necesarias para asegurar un estado
nutricional adecuado.

los casos graves de gingivitis hiperplásica que no

responden a la terapéutica sistémica o local deben ser tratados mediante gingivoplastia, la eliminación quirúrgica del tejido engrosado, fibrosos, marginal e interproximal demostró su eficacia. la recidiva de cualquier tejido hiperplásico será mínima si es mantenida una higiene bucal adecuada.

4.8. FIBROMATOSIS

la fibromatosis gingival puede ser idiopática; sin embargo, generalmente sigue un patrón familiar. Este raro tipo de gingivitis ha sido denominado "elefantiasis gingival" y también "hiperplasia hereditaria de las encías". los tejidos gingivales aparentemente está normales al nacer, pero comienzan a agrandarse con la erupción de los dientes primarios. Aunque fueron observados casos leves, los tejidos gingivales suelen seguir agrandándose con la erupción de los dientes permanentes, hasta que cubren prácticamente las coronas clínicas. El tejido fibroso denso a menudo desplaza los dientes y causa maloclusión. la afección no es dolorosa hasta que el tejido no llega a cubrir parcialmente la superficie oclusal de los molares y es traumatizado por la masticación.

la fibromatosis es una hiperplasia moderada del epitelio, con hiperqueratosis y alargamiento de las prolongaciones epiteliales. El aumento de la masa de tejido es primordialmen-

te resultado de un aumento y espesamiento de los haces colágenos del estroma conectivo. El tejido muestra un alto grado de diferenciación y son observados unos pocos fibroblastos jóvenes.

Con frecuencia, la eliminación quirúrgica del tejido hiperplásico ha sido el tratamiento elegido. No obstante, la hiperplasia puede recidivar en pocos meses después del procedimiento quirúrgico y volver a su estado original en pocos años. Aunque el tejido normalmente se ve pálido y firme, la intervención va acompañada de hemorragia excesiva. Por lo tanto, suele ser recomendada la cirugía por cuadrante en vez de la eliminación de una cantidad excesiva de tejido de una sola vez. EN adultos, no ha sido observada recidiva después de la extracción de los dientes y colocación de prótesis.

C APITULO V

CAUSAS DE GINGIVITIS

5.1. FACTORES LOCALES

Aunque los factores sistémicos y la salud general modifican profundamente la reacción de los tejidos a la irritación local, la gingivitis, en cualquier grupo de edades, es causada principalmente por factores locales. La encía y la membrana mucosa de la boca están constantemente recibiendo traumatismos físicos. Durante la masticación de alimentos se recibe irritación mecánica con el movimientos de lengua, labios y mejillas; y también por humedecimiento y secado de saliva alternativamente al aire. Los condimentos, la alcalinidad y acidez de los alimentos producen irritación química, y se produce irritación bacteriana con los productos manufacturados, por la alta concentración de bacterias en las masas infectadas que se acumulan alrededor de las piezas.

5.1.a). Propiedades físicas de los alimentos

Las encías se limpian y conservan libres de desechos por la masticación de los alimentos, que limpian más allá de la papila y el margen con cada movimiento de masticación. Por su contorno, posición y estructura, los tejidos infantiles

se adaptan perfectamente a esta pesada función. Fibras pesadas ligan la encía al hueso o la aproximan a los cuellos de la piezas, uniones profundas de redcilla aseguran la firme unión del epitelio al corión, y el epitelio es constantemente reemplazado por crecimiento y descamación. Sin embargo, en las bocas infantiles, a menudo se producen irritaciones que sobrepasan el poder de tolerancia de los tejidos. La causa más común es la adherencia de desechos alrededor de la piezas. Los factores que contribuyen a esto son numerosos e incluyen: propiedades físicas de los alimentos, eficacia de la oclusión dental, fuerza de masticación y flujo de saliva.

La naturaleza física de los alimentos es un factor importante. Cuando se examinan grupos de niños, se pueden observar bocas muy limpias poco después de las comidas, mientras que en otras permanecen voluminosas placas y desechos alrededor de las piezas. Estos hallazgos se ven asociados con la dieta, y a menudo no se deben a deficiencias en hábitos de higiene bucal. La preparación de los alimentos es más importante que su naturaleza. El tipo que deja mayor cantidad de desechos alrededor de las piezas son las masas blandas, semilíquidas y suaves, que requieren muy poca masticación. En este grupo se encuentran los alimentos feculentos semiduros e incluso los duros, que al mezclarse con saliva, se convierten en una masa extremadamente pegajosa en la boca. Es imposible masticar vigorosamente estos alimentos, pero su naturaleza

favorece el conservarlos en la boca hasta ser reblandecidos por saliva o alimentos líquidos. A continuación, se deglute la masa pastosa, y gran parte de ella queda alrededor de las piezas, el sulcus bucal o incluso en paladares elevados. Ciertos niños sobrealimentados, forzados por sus padres a comer más de lo que desean, estacionan los alimentos no deseados en el sulcus bucal o en el paladar.

Aunque en bocas no higiénicas hay numerosas áreas de estancamiento, pocas de ellas se vuelven cada año el sitio de caries dental; pero en todas las áreas donde se acumula placa adyacente a la encía intersticial, la encía general muestra cierto grado de inflamación.

El tipo de alimentos con mayor eficacia para limpiar los dientes y la boca es el de tipo fibroso, que requiere masticación, tal como carnes sin moler, pescados, hortalizas frescas y duras, y frutas. Estos alimentos no deberán verse seguidos de mezclas pegajosas.

5.1.b). Higiene bucal

Los niños rara vez juegan a lavarse, y pocas veces se limpian los dientes. Para que la higiene bucal sea eficaz, deberá ser estimulada, supervisada, y se deberán examinar los resultados finales. No es fácil limpiarse los dientes.

Es difícil eliminar todas las masas bacterianas viscosas y adherentes en áreas poco accesibles. Cepillar ruda y vigorosamente lesiona la encía intersticial y el niño se niega a continuar. Los movimientos suaves del cepillado dental pueden ser ineficaces, ya que requieren mucho tiempo y el niño pierde la paciencia.

La limpieza cuidadosa de los dientes puede no ser totalmente eficaz para eliminar todo el material dañino. La demostración de esta ineficacia puede desalentar al niño y resultar en menos cooperación e interés. Para el niño es difícil comprender para qué sirve limpiar los dientes, ya que estos le parecen estar limpios. El uso de enjuagues y tabletas reveladoras para pigmentar los desechos es útil, ya que los materiales adheridos se vuelven visibles; y se puede continuar el cepillado de la pieza hasta que desaparezcan las manchas tan poco estéticas.

Indudablemente, un régimen de higiene bucal mejora la salud gingival, pero, para que la limpieza sea eficaz, habrá que seguir un régimen supervisado de higiene bucal y, su eficacia durará el tiempo que se mantenga la supervisión. Después de seis o incluso tres meses de terminar el programa de salud dental permanece poca mejoría en la salud gingival, ya que el niño vuelve a sus hábitos anteriores.

Es necesario un programa continuo de higiene bucal, y esto requiere gran cuidado e interés por parte del odontólogo, conferencias semanales y demostraciones en la escuela, y padres comprensivos y preparados para supervisar diariamente la limpieza. El niño puede no tener la destreza manual necesaria para limpiarse los dientes, y los padres pueden no ser capaces de mostrar la paciencia y los esfuerzos necesarios para enseñar y alentar al niño.

5.1.c). Impacción de alimentos y descuido de la cavidad bucal

La impacción de alimentos y la acumulación de restos en los dientes debido al descuido de la higiene bucal provoca gingivitis por irritación de la encía por las toxinas de los microorganismos que crecen en este medio. Los productos de degradación de los restos alimenticios también son irritantes para los tejidos gingivales.

Las piezas en buena oclusión se limpian por sí solas, mientras que las apiñonadas o inclinadas pueden convertirse en lugar de impacción de comida y formación de placa. La gingivitis es tan común alrededor de estas piezas que el mal alineamiento de ellas y el contorno gingival defectuoso que esto supone pueden incluso considerarse más importantes que la naturaleza física de los alimentos ingeridos.

La impacción interproximal de alimentos también depende de la forma que presenta la superficie oclusal de la pieza. Cuando existe un borde marginal pronunciado y los puntos de contacto o protuberancias de las piezas son altos, los alimentos no se alojan, y si algunas fibras o porciones de hortalizas frondosas se impactan entre las piezas y permanecen al terminar la comida, pronto serán desalojadas. Sin embargo, donde el borde marginal y las superficies interproximales de las piezas han sido destruidos y no han sido substituidos por restauraciones de contorno adecuado, o cuando los bordes marginales de dos piezas adyacentes están a distintos niveles oclusales, los alimentos se impactan progresivamente entre las piezas, hasta que los tejidos blandos son forzados a retroceder y se absorbe el hueso alveolar. La substitución de la estructura dental perdida y el correcto contorneado de las restauraciones, es, por lo tanto, un tratamiento periodontal importante.

A menudo se acusa como culpable de la afección a la cúspide opuesta de una pieza, en área de impacción de alimentos. El procedimiento correcto es restaurar los bordes opuestos y los puntos de contacto, y remodelar las superficies oclusales opuestas.

5.1.d). Traumatismo en los tejidos blandos

Además de las áreas localizadas de degeneración de tejidos blandos y duros entre dos piezas adyacentes debido a traumatismo de impacción de alimentos, pueden producirse áreas localizadas de recesión en las superficies bucal y lingual de las piezas. Este tipo de degeneración es particularmente común en las superficies bucales de los incisivos inferiores, y pueden extenderse al ápice de la pieza. Se ha atribuido esta afección a oclusión traumatizante, pero en la mayoría de los casos la pieza afectada no muestra señales de traumatismo, y algunas ni siquiera entran en oclusión funcional. La mayoría de estas piezas hacen erupción fuera del arco dental, y la secuencia de eventos es: a) erupción de la pieza bucalmente (o lingualmente), en cuyo caso el hueso alveolar y las encías sobre la raíz dental en erupción son delgadas o están a nivel aún más apical que las piezas adyacentes del arco; b) traumatismo de fricción de labios, mejillas, lengua, alimentos y cepillo dental contra los tejidos blandos firmemente tensados sobre la raíz sobresaliente, causando degeneración y receso apical; c) acumulación de desechos y cálculo en el margen gingival retrocedido, que progresivamente se aleja del área coronaria limpiada, por el torbellino de masticación, y d) afectación del ligamento del frenillo, causando un aumento repentino del desprendimiento de tejidos.

Pueden encontrarse en piezas correctamente alineadas traumatismos debidos a mal uso del cepillo dental. El cepillado lateral produce contusión de las superficies expuestas de papilas interdentes y una amplia recesión de los tejidos, en forma de pesas sobre la raíz; el cepillado vertical produce hendiduras estrechas dolorosas que cortan el margen gingival hacia la raíz de la pieza.

5.1.e). Oclusión dental eficaz

Si las piezas no entran en oclusión eficaz, es imposible masticar vigorosamente los alimentos, y la corrección de piezas inclinadas y mal alineadas por medios ortodónticos da por resultado claras mejoras en el estado gingival. Por lo tanto la situación ideal es aquella en que la encía llega cerca de la superficie oclusal de las piezas, en buena oclusión, en niños que mastican vigorosamente los alimentos adecuados.

Los niños con mordidas abiertas, oclusión de borde a borde o protusión considerable de las piezas superiores, o de hecho, sufriendo de cualquier discrepancia de los arcos superiores e inferiores, presentarán desechos alrededor de sus dientes y sufrirán alguna variedad de gingivitis. Un factor que contribuye a la acumulación de materiales en las superficies bucales de los incisivos superiores en la inmovili-

dad de un labio superior corto, en particular cuando las piezas anteriores hacen protusión.

El vigor con que el niño mastica sus alimentos también afecta a la limpieza de la boca, un niño chupará sus alimentos y los tragará con el menor gasto de energía posible, mientras que otro masticará sus alimentos un tiempo excesivo, y entre las comidas hará trabajar continuamente su lengua, labios y mejillas.

5.1.f) Respiración bucal

La resequedad bucal de la mucosa debida a la respiración con la boca abierta, por un medio con calor excesivo, aunque respirar realmente por la boca y no por la nariz es raro, excepto en periodos de catarro nasal, se denomina a muchos niños respiradores por la boca porque durante largos periodos, mantienen sus labios separados, y solo cierran la boca para deglutir. A algunos niños les es imposible cerrar los labios, debido a la protusión de sus piezas superiores. En otros no existe obstrucción y no se observan razones para mantener separados los labios, pero esto puede ser resultado de costumbre, postura, tejido inadecuado o mal tono muscular. A veces, los niños mantienen la boca abierta al observar algo atentamente, pero pocos respiran realmente por la boca. Sin embargo, la encía, se seca al entrar en contacto con el aire

y el proceso constante de humedecer y secar representa irritación para los tejidos gingivales. La saliva que rodea a la encía expuesta se vuelve viscosa, se acumulan desechos en la encía, así como en las superficies de las piezas, y la población bacteriana aumenta enormemente. En las personas que realmente respiran por la boca, adicionalmente se les seca por el aire la lengua y el paladar, mientras que en los niños que sólo mantienen sus labios separados, el paladar permanece normalmente humedecido, y no se presenta gingivitis en los aspectos lingual y palatino de las piezas, sino que se localiza en el aspecto bucal de las piezas expuestas.

El tratamiento aconsejado para los que realmente respiran por la boca es eliminar la causa de obstrucción nasal, pero los que solo aparentan respirar por la boca, quienes también a menudo duermen con la boca abierta, pueden ser tratados por medio de un filtro bucal aplicado en las noches. Estos son aparatos extremadamente cómodos y eficaces, y no solo son bien tolerados, sino que substituyen a la comodidad psicológica obtenida al chupar sábanas, pulgares o juguetes.

5.1g) Irritación causada por actividad bacteriana

El dentista debe reconocer la omnipresencia de las muchas variedades de microorganismos bucales que crecen como una película o placa, en la mayor parte en las áreas de los

dientes, que no se autolimpian, en particular por debajo de la convexidad cervical de la corona y en las áreas cervicales.

En la boca abundan las bacterias que llevan una existencia precaria en la superficie de la lengua, membranas mucosas y dientes. Son extremadamente adherentes, a las superficies dentales, pero continuamente están siendo movidas y deglutidas durante la masticación de alimentos y el flujo de saliva, proceso ayudado por el movimiento de los labios, mejillas y lengua. Pero cada vez que se renuevan los alimentos alrededor de las piezas, al terminar las comidas, aparece otra fuente de alimentos para las bacterias restantes, que se multiplican. Los desechos de alimentos de carbohidratos son fermentados por las bacterias adecuadas, siempre presentes en la boca. Existen numerosos tipos y bacterias que pueden utilizar alguna etapa de la fermentación de carbohidratos en su metabolismo. Los almidones son desdoblados por las enzimas de la digestión bacteriana, a través de azúcares, hasta el producto de desecho final. De manera similar, las proteínas se descomponen y las grasas se desnaturalizan, paso a paso, por la acción de estos limpiadores bacterianos que licuan las partículas sólidas de alimentos, que se diluyen y eliminan de la boca. Estos organismos, por lo tanto, realizan una función higiénica valiosa al librar a las piezas de partículas alimenticias. Las piezas y los tejidos son marcadamente resistentes a estos productos bacterianos, pero cuando se

forma exceso de ácido en la superficie dental, la pieza sufre, y cuando se presentan acumulaciones masivas alrededor de los tejidos, con producción de materiales adhesivos como dextrán, la presencia constante de productos y subproductos bacterianos causa inflamación. Siempre están presentes en la boca bacterianas capaces de digerir cualquier tipo de alimento alojado en las piezas, y la digestión de desechos sobre la superficie de los tejidos solo están a un paso de la digestión de tejido gingival débil y lesionado. Las bacterias capaces de producir colagenasa, hialorudínasa y otras enzimas destructoras de proteínas pueden ser aisladas de encías saludables, y con mayor razón aún de las áreas ulceradas y enfermas. Su presencia en tejidos enfermos pueden indicar que estos organismos están participando en los procesos destructivos, pero no significa necesariamente que estos organismos sean la causa primaria de la enfermedad, o que la gingivitis, en el caso particular en que se registraron, sea una afección contagiosa o infecciosa. Sin embargo, los desechos provenientes de las piezas son extremadamente irritantes para los tejidos.

Cuando los tejidos han sido dañados por otros agentes que los bacterianos, tales como traumatismos a los tejidos de la encía intersticial, ulceraciones herpéticas o drogas, o cuando los tejidos están debilitados por grave enfermedad general, puede producirse una infección producida por los

organismos comunes de la boca, y puede producirse necrosis de gravedad variable en los tejidos. En estas áreas de necrosis localizada, abunda alguna forma de bacilos y espiroquetas fusiformes, y pueden demostrarse estos organismos a grandes profundidades en los tejidos, incluso entre las trabéculas óseas. Adicionalmente, se identifican fácilmente cocos y vibricos, y recientemente se han descrito otros organismos.

Entre los innumerables organismos que existen en la boca, se presentan unos oportunistas que atacan tejidos debilitados, y su ataque causa mayor destrucción e inflamación. En los niños, son muy raros los casos de estomatitis ulcerantes aguda; si ocurre, deberá sospecharse la existencia de una estomatitis herpética subyacente. Cuando no existen factores locales obvios, deberá pensarse en la presencia de discrasias sanguíneas o alguna grave enfermedad general.

El tipo normal de gingivitis observado es la gingivitis marginal. La afección inflamatoria inmediata puede ser aliviada con la eliminación temporal de bacterias por medio de antibióticos o sustancias bactericidas, el tratamiento local consiste en un régimen eficaz de higiene bucal y eliminación permanente de áreas de retención de desechos por ortodoncia u otros medios, para que la población bacteriana disminuya a un nivel tolerable para los tejidos. Los niños con casos de gingivitis debido a alguna debilidad general deberán ser

enviados inmediatamente a un médico para recibir el tratamiento adecuado.

5.1h) Cálculo

El cálculo comúnmente conocido como sarro, ya sea que tenga una posición supragingival o subgingival, causa irritación del tejido gingival que se contrae, esta irritación es causada probablemente por los productos de los microorganismos, aunque la fricción mecánica que resulta de la superficie áspera y dura del sarro puede jugar un papel.

La formación de cálculo en los niños es más común de lo que generalmente se cree. Se puede observar cubriendo coronas enteras de piezas donde la caries dental ha vuelto la masticación de los alimentos demasiado dolorosa para ser efectuada en un lado de la boca. Sobre las coronas de piezas no utilizadas se acumulan los desechos y se calcifican. El lugar más común de gingivitis infantil difiere del de los adultos, se presenta en el segmento labial superior, área de menor propensión a formación de cálculos. La gingivitis infantil generalmente no es causada por cálculos, y una gingivitis puede estar presente varios años en un niño antes de causar cualquier señal de cálculo supra o subgingival. El papel del cálculo como causa primaria de gingivitis deberá ponerse en tela de juicio, pero su efecto en la continuidad

de la inflamación es de todos conocido. En los niños, en áreas de recesión localizadas, se observa comúnmente cálculo. En estas áreas, la encía ha retrocedido lejos de las áreas de limpieza por masticación, se han acumulado desechos en la hendidura o bolsa formada y se han calcificado. Esto produce una fuente secundaria de irritación, ya que la masa de cálculo infectada no es solo un refugio fijo de bacterias dañinas que emanan toxinas, sino que su superficie rugosa, parecida a la piedra pómez, causa irritación física.

El cálculo se inicia como una placa microbiana, blanda y adherente que se calcifica progresivamente. Turesky, Renstrup y Glickman observaron formación de cálculo en tiras de acetato de celulosa fijada a las bocas de los niños. El material de placa que se acumulaba en ellas experimentaba en un endurecimiento progresivo. El material blando de la placa consistía en su mayor parte en bacterias que aparecían como una densa red de cocos gram negativos distribuidos difusamente con algunas formas bacilares. Los microorganismos filamentosos o espirilados eran escasos. También esparcidos por la matriz amorfa había leucocitos y células epiteliales.

Grandes depósitos de tártaro aparecen a veces en adolescentes y preadolescentes. Los factores locales son sin duda importantes en la iniciación de la formación de cálculos.

5.11) Fuerzas traumatizantes en las piezas

En los niños, no es raro observar traumatismos oclusales agudos producidos por restauraciones demasiado altas o piezas inclinadas; pero la afección tiende a corregirse rápidamente, de manera que los síntomas de traumatismos oclusales crónicos observados en adultos son raros en los niños. El hueso que sostiene la pieza está en proceso continuo de regeneración por el crecimiento del alveolo, que crece aproximadamente 1 cm de altura entre los 4 y 12 años de edad. Las fuerzas aplicadas a las piezas durante este período de formación producen movimientos de las piezas por supresión o ligera desviación del crecimiento. También el grado de movimiento instantáneo de la pieza en su alveolo con las fuerzas de masticación durante las etapas de erupción y formación es mucho mayor que en las piezas completamente formadas y en plena oclusión de los adultos. Esto se verifica en las direcciones axial y lateral. Esto puede ser una razón adicional por la que, en los niños, raramente se observan traumatismos debidos a oclusión. En algunos vasos, durante la formación, el movimiento normal es tan grande que se hace visible. Si los padres pueden observar esto, puede tranquilizárseles sobre la normalidad del fenómeno. El crecimiento retrasado puede incluso producir la depresión de una pieza bajo el plano oclusal de otras piezas en crecimiento. En los adultos, al movimiento de una pieza deberá precederle destrucción ósea,

pero en los niños, el movimiento de una pieza puede deberse simplemente a desviación del crecimiento.

5.2 FACTORES GENERALES

La reacción de los tejidos a irritantes químicos o físicos se ve profundamente alterada por afecciones sistémicas. Las células de los tejidos dependen, para su metabolismo, de un suministro constante de materiales. Estos incluyen hormonas, vitaminas y minerales, así como nutrientes y oxígeno. Alteraciones en los niveles de estas sustancias pueden causar graves trastornos locales. Irritantes locales tolerados, o que produzcan reacciones leves en circunstancias normales, pueden dar lugar a graves inflamaciones y destrucción si las células carecen de los materiales requeridos para reparar su efecto. Los tejidos normales poseen grandes reservas, de manera que función intensa local produce reacciones imperceptibles, pero cuando existen deficiencias, tensiones funcionales incluso ligeras pueden causar reacciones locales seguidas de cambios degenerativos.

5.2a) Fiebre alta

Durante periodos de fiebre alta, y a causa de trastornos generales tales como una de las fiebres exantemato-

sas, se producen frecuentemente casos de gingivitis. El niño enfermo no realiza los movimientos normales de limpieza en la boca, y no toma los alimentos normales; yace indiferente, ingiriendo alimentos semilíquidos. En esta situación, la saliva es escasa y se acumulan en la boca desechos compuestos de una mezcla de alimentos y saliva.

La flora bacteriana aumenta enormemente y se produce gingivitis.

5.2b) Alteraciones en niveles hormonales

Durante los cambios principales de niveles hormonales, se ha observado que las encías, junto con otras membranas mucosas, experimentan cambios. Se asocian con la menopausia, la gingivitis descamativa, y las hiperplasias en el embarazo. Los cambios en los niveles de las hormonas sexuales en la pubertad, pueden afectar a las encías. Es significativo que la mayor frecuencia de gingivitis se produzca dos o tres años antes en las mujeres que en los hombres, y que la mayor frecuencia ocurre aproximadamente en la pubertad; después de esta etapa, sigue un periodo de mejoría de la salud gingival. Se ha atribuido a factores locales la diferencia de frecuencia de gingivitis entre los sexos, tal como diferencia en la edad de erupción dental. Pero las piezas hacen erupción cuatro años antes de ocurrir la frecuencia máxima de gingivitis en

la región incisiva; adicionalmente, la diferencia en la edad de erupción entre hombres y mujeres es de solo seis meses. También se ha definido el mayor interés de las mujeres por los hábitos de higiene bucal como la razón por la que las adolescentes de 14 años en adelante presentan menos frecuencia de gingivitis, pero es de observar que las mujeres han pasado su máxima frecuencia de gingivitis a los 13 años y medio, mientras que los varones están experimentando en ese momento su mayor frecuencia, o acaban de pasarla. Este mismo argumento explica por qué las mujeres presentan mayor frecuencia de gingivitis antes de la edad en que los varones experimentan su periodo de mayor frecuencia.

Otra posible diferencia sexual después de la pubertad es que las hiperplasias fibrosas en regiones incisivas son más comunes en los hombres que en las mujeres, mientras que las gingivitis marginales, caracterizadas por hiperemia, adelgazamiento del epitelio y hemorragia, son más comunes en las mujeres.

5.2c) Deficiencias vitamínicas

El equilibrio nutricional con frecuencia se manifiesta por cambios en la encía o del periodonto subyacente más profundo. Es suficiente señalar que la ingestión, absorción

y utilización adecuada de las diversas vitaminas, minerales y otros nutrientes son esenciales para el mantenimiento del periodonto normal.

De entre todas las vitaminas, es la C (ácido ascórbico) la que muestra más probabilidades de afectar a los tejidos periodontales, ya que es esencial para producir fibras de tejido conectivo. En los casos de escorbuto se desprende de la encía, se produce hemorragia en los tejidos y la enfermedad a menudo va acompañada de inflamación aguda, claro que una gingivitis asociada con deficiencia de vitamina C difiere del tipo de gingivitis relacionado con una pobre higiene bucal. La complicación suele estar limitada a los tejidos marginales y papilas. El niño con gingivitis escorbútica puede quejarse de intenso dolor y presentar hemorragias espontáneas. La gingivitis escorbútica es una enfermedad primordialmente capilar en la que el endotelio se hincha y degenera. Las paredes vasculares se tornan débiles y porosas, lo que produce hemorragia. Los capilares que irrigan las encías son terminales y se anastomosan libremente. Se crean obstrucciones en las papilas interdenciales y eso causa necrosis.

La gingivitis escorbútica, clínica grave es rara en niños. Sin embargo, puede ocurrir en niños alérgicos a los jugos de frutas en quienes está decaído el complemento dietético de vitamina C. Cuando los estudios hematológicos

indican una deficiencia de vitamina C con exclusión de otras posibles afecciones sistémicas, la gingivitis responderá espectacularmente a la administración de ácido ascórbico en dosis de 250 a 500 mg.

Es probable que un tipo menos grave de gingivitis por deficiencia de vitamina C sea mucho más común de lo que la mayoría de los odontólogos piensan. Inflamación y agrandamiento del tejido gingival marginal y papilar en ausencia de factores predisponentes locales son evidencia posible de gingivitis escorbútica. El interrogatorio del niño y de los padres con respecto a los hábitos alimentarios y el empleo del estudio dietético de 7 días con frecuencia revelarán que el niño recibe cantidades insuficientes de alimentos que contienen vitamina C. Una atención odontológica completa, mejor higiene bucal y un suplemento de vitamina C con otras vitaminas hidrosolubles mejorará muchísimo el estado gingival. Sin embargo, la deficiencia de vitamina C aislada, no produce gingivitis; es también necesaria irritación local para iniciar la reacción inflamatoria. Ciertos niños, ya sea por elección propia o por costumbres alimentarias familiares, no reciben vitamina C, ya que no ingieren los alimentos que la contienen. Entre ellos se pueden encontrar numerosos casos de deficiencia de vitamina C. Para producir síntomas de gingivitis en individuos saludables, se requiere deficiencia aguda de vitamina C, y aparecen también otros síntomas. Los niños que sufren

deficiencias vitamínicas por dietas inadecuadas, probablemente también sufren deficiencias de otras sustancias, y el tratamiento con una de las preparaciones vitamínicas refinadas no presenta grandes probabilidades de curar la enfermedad.

Los casos normales de gingivitis no suelen ser causados por deficiencias vitamínicas, pero, en algunos casos, dosis masivas de vitamina C, A o B producirán mejorías temporales. Esta terapéutica tiene su lugar en el tratamiento de enfermedades periodontales, pero no puede subsistir el tratamiento principal ni eliminar la causa principal de gingivitis, ya que es de origen local. Deberán corregirse las dietas desequilibradas, deberán diagnosticarse y tratarse anemias y otros trastornos generales, pero adicionalmente, el tratamiento local deberá ser aún más cuidadoso en pacientes debilitados que en pacientes saludables y normales.

La terapéutica de vitamina B es una gran ayuda para el tratamiento de desequilibrios hormonales. Deberá administrarse el complejo completo de vitamina B, ya que si se administra una dosis excesiva de un solo miembro del complejo, se puede producir deficiencia de otro miembro.

En gingivitis generalizada aguda, la terapéutica de vitaminas A ha producido enormes mejorías, pero el éxito de este tratamiento empírico no prueba que el individuo esté

sufriendo gingivitis debido a alguna deficiencia vitamínica.

5.2d) Acción de drogas

Muchas drogas son potencialmente capaces de inducir gingivitis, sobre todo si es aguda, debido a una acción irritante directa local o sistemática. Por ejemplo, el fenol, el nitrato de plata, los aceites volátiles, o la aspirina, si se aplican a la encía, provocarán una reacción inflamatoria. Otras, como el dilantín sódico, por un periodo prolongado desarrollan una hiperplasia indolora de las encías. Se administra dilantina para epilépticos en un periodo prolongado, y puede producir hiperplasia gingival en 50 por 100 de las personas que la ingieren. En algunos casos, las encías se agrandan, hasta el grado de cubrir completamente las coronas con una masa voluminosa y fibrosa. Se superpone a esto generalmente una gingivitis debida a excesiva formación de placa. Cuando los tejidos son duros, voluminosos y fibrosos puede ser necesario realizar una gingivectomía, pero cuando los tejidos son algo hiperémicos puede llevarse a cabo la eliminación de los tejidos con envolturas o cauterización química tal como hidróxido de potasio. Si se observa una higiene bucal estricta, la recurrencia no es inevitable. Cuando sea posible, deberá buscarse la cooperación de un médico y usarse una droga alternativa.

5.2e) Manifestaciones bucales de enfermedades específicas

Un niño enfermo es más propenso a gingivitis, ya que se olvidan los factores que contribuyen a la higiene normal de la boca. Los movimientos de la lengua y los labios son menos activos, se seleccionan alimentos menos detergentes, la saliva es escasa y puede producirse respiración por la boca. Esta gingivitis es común a todas las enfermedades, pero existen algunas enfermedades que tienen manifestaciones bucales características.

Las enfermedades infantiles con síntomas bucales característicos son sarampión, escarlatina, herpes y ocasionalmente viruela. En fiebres exantematosas, la mucosa bucal o la piel puede mostrar erupciones características, en cuyo caso es fácil formular el diagnóstico. Sin embargo, los herpes pueden ocurrir sin formación vesicular, y aparecer como gingivitis aguda dolorosa, en cuyo caso, el diagnóstico solo podrá ser provisional hasta la aparición de vesículas. El tratamiento aconsejado es limpiar los desechos que rodean a los dientes con enjuagues bucales de peróxido de hidrógeno o bicarbonato de sodio, seguido de higiene bucal cuidadosa. No se aconsejan agentes bactericidas y antibióticos, pero en los casos más graves se puede recurrir a anestesia tópica antes de las comidas para permitir la ingestión de alimentos.

También se pueden encontrar erupciones en la piel debidas a drogas y alergias, y otras enfermedades más raras también presentan síntomas bucales específicos.

5.2f) Diabetes sacarina y otras disfunciones endocrinas

Repetidamente se ha informado que la diabetes sacarina se asocia con enfermedad periodontal grave, en especial en las personas jóvenes. El dentista no puede probar que la diabetes sea una causa específica de la enfermedad periodontal grave, debido a que muchos pacientes tienen estructuras periodontales normales. Sin embargo, en la diabetes no controlada están afectados muchos procesos metabólicos, incluidos los que constituyen la resistencia a la infección o al trauma. Por ejemplo, el diabético no controlado puede sufrir de úlceras crónicas persistentes de la piel de las piernas, posiblemente debido a que está disminuida la resistencia y que cualquier irritación menor como el traumatismo o la infección bacteriana de la piel dará como resultado una mayor lesión que en la persona normal. Asimismo, está disminuida la eficacia del proceso de cicatrización probablemente como resultado de la alteración en el metabolismo celular de los carbohidratos. Por tanto, al considerar el periodonto, localizado en la cavidad bucal con sus muchos factores predisponentes a la enfermedad, como sarro, bacterias y traumatismo, es sorprendente que esta estructura parece que se afecta con

más rapidez en una persona no controlada que en las normales.

Se ha informado que la gingivitis se presenta con alguna frecuencia asociada con la pubertad, la llamada gingivitis de la pubertad, la encía aparece hiperémica y edematosa. El hecho de que muchos adolescentes sean respiradores bucales crónicos como resultado de hiperplasia linfoide de las amígdalas y de los adenoides ha sugerido a algunos investigadores que la base endocrina es relativamente de poca importancia y el irritante local es la causa real del trastorno.

CAPITULO VI

ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS

6.1 PERIODONTITIS

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria de la encía y los tejidos más profundos del periodontium. Se caracteriza por la formación de bolsas y destrucción del hueso alveolar de sostén. La periodontitis es consecuencia directa de la gingivitis que ha avanzado y ha sido descuidada, y en última instancia causa la pérdida de uno o más dientes. Inicialmente, una reabsorción cóncava y translucidez marginal de las crestas alveolares se manifiestan en la radiografía. La presencia de reabsorción alveolar en el niño pequeño puede causar confusión entre periodontitis juvenil (periodontosis) y periodontitis. Los factores locales ambientales, el tipo y patrón de la reabsorción, y la movilidad y migración de los dientes debe ser evaluadas cuidadosamente para hacer el diagnóstico diferencial. El tratamiento de estas lesiones necesita curetaje y debridamiento. El procedimiento elimina el epitelio ulcerado e hipoplástico de la bolsa y en el caso de lesiones óseas incluye el debridamiento de la zona (ósea) enferma. El procedimiento mecánico elimina también las enzimas que se originan por la flora bacteriana acumulada y las derivadas de las células del tejido en degeneración.

La forma más común de enfermedad periodontal es la que se asocia con irritación local. Empieza como una gingivitis marginal que progresa, y si no se trata o el tratamiento es inapropiado, llega hasta periodontitis crónica destructiva, a la que algunas veces se le llama periodontitis marginal; es más común en el adulto, aunque en ocasiones se encuentra en los niños, en especial cuando no hay buena higiene bucal o en ciertos casos de maloclusión. En general, el tratamiento de esta forma de enfermedad periodontal, como la de otras, depende de la eliminación de los factores etiológicos, tanto locales como sistémicos, del mantenimiento de una buena higiene bucal y del establecimiento de una articulación armoniosa y estable sin interferencias traumáticas.

ETIOLOGIA. La gingivitis puede preceder y desarrollarse en la periodontitis más grave que afecta no sólo la encía, sino también al hueso alveolar, al cemento y al ligamento periodontal. En general, los factores etiológicos son los mismos que para la gingivitis, pero por lo regular son más intensos o de mayor duración. Los factores locales, la placa microbiana, el sarro, la impacción de alimentos y los márgenes irritantes de las obturaciones parece que son los más importantes en el desarrollo de esta forma común de enfermedad periodontal. La microflora en la periodontitis avanzada se caracteriza por la presencia de gran número de microorganismos asacarolíticos, como *Fusobacterium nucleatum*, *Bacteroides melanin-*

genicus, Eikenella corrodens, Bacteroides corrodens, Bacteroides capillosus.

FRECUENCIA. Es difícil determinarla, y las cifras cambian de acuerdo a los criterios usados por investigadores individuales. Esta amplia variación en la prevalencia de la enfermedad periodontal se debe sin duda alguna a la falta de uniformidad en los métodos de valoración y, por supuesto, a las diferencias inherentes en las poblaciones examinadas.

ASPECTOS CLINICOS. La periodontitis por lo regular empieza con una simple gingivitis marginal como reacción a la placa o al sarro. Un hallazgo anatomopatológico temprano, y tal vez el primero, será una ulceración muy pequeña del epitelio del surco. A menos que se eliminen los irritantes, con el paso del tiempo se deposita más placa y sarro, y la gingivitis marginal se vuelve más intensa. La encía se inflama más y se hincha, y con la irritación del epitelio del surco (bolsa) sufre una ulceración más frecuente. Prolifera como resultado de la inflamación, de tal manera que en esta etapa existe una tendencia para que la unión epitelial se extienda o desplace en sentido apical al diente. Si hace esto, fácilmente se separa en su porción coronal. A través de este proceso y debido al aumento en la hinchazón de la encía marginal, el surco gingival poco a poco se hace más profundo y se clasifica como una bolsa periodontal temprana.

Clinicamente, en esta etapa se puede descubrir la presencia de sarro; el subgingival se puede ver con más facilidad si se separa de la encía marginal mediante aire a presión. Junto con la hinchazón y la hiperemia visible y moderadas de la encía también existe una tendencia a sangrar con facilidad; si el examinador simplemente frota la encía, aparecerán diminutas hemorragias "espontáneas" en la región de la papila interdental. También puede haber halitosis casi fétida desagradable.

Cuando la periodontitis se vuelve más intensa el diente se empieza a mover y da un sonido más bien seco cuando se le golpea con un instrumento metálico. En ocasiones, al hacer ligera presión sobre la encía puede haber salida de material supurativo y otros restos de la bolsa patológica vecina al diente. El aire a presión y el instrumento de exploración revelarán que la separación del tejido puede ser intensa. Las troneras pueden estar abiertas debido a que las papilas interdentales están deficientes. Se ve el festoneado normal, y la encía aparece "pantanososa" debido a la hiperemia y al edema, no se nota punteado, y los tejidos gingivales están lisos, brillantes, y tal vez más rojos o azules de lo normal. El paciente puede no tener síntomas subjetivos o quejarse de mal sabor, de encías sangrantes, y de hipersensibilidad en el cuello de los dientes debido a la exposición del cemento cuando los tejidos blandos retroceden. O sea, el paciente

tiene una gingivitis crónica grave y están afectadas las porciones más profundas del periodonto. En dichos casos el tejido gingival se retrae hacia el ápex, expone el cemento, a veces en grado alarmante. Como el cemento es más blando que el esmalte, con frecuencia se desgasta con el cepillo dental y un dentífrico abrasivo. La retracción gingival puede ocurrir con más rapidez si ha habido pérdida de hueso alveolar, debido a cualquier causa, ya que el tejido gingival saludable mantendrá una relación uniforme con la cresta ósea alveolar. El retroceso gingival a menudo empieza como una fisura delgada en la encía libre adyacente al centro del diente. La frecuencia y dirección anormales del cepillado dental, las fuerzas oclusales o una inserción muscular alta algunas veces conduce a una retracción gingival; está precedida por una pérdida de hueso alveolar, que no necesariamente se acompaña por una cantidad igual de retracción.

En la actualidad existen pruebas experimentales que demuestran que la readherencia se puede presentar en los animales, y se han publicado muchos artículos, algunos con datos histológicos, que indican que este fenómeno se puede presentar en el ser humano.

Suponiendo que el trastorno no está muy avanzado y que el tratamiento es adecuado, se puede detener la periodontitis, y los dientes, se mantienen funcionando casi por tiempo

indefinido. El proceso inflamatorio desaparece poco a poco; los tejidos gingivales regresan al tamaño, color y contorno normales; los dientes se hacen menos móviles, y la supuración y el sangrado cesan. La profundidad del surco gingival alcanza el cero, debido a la contracción del tejido o a la gingivectomía; regresa el punteado, y el caso parece normal, a pesar de que los tejidos gingivales y la cresta alveolar se encuentren epicales en relación a su posición original. En otras palabras, se alcanza una nueva etapa estable, diferente a la original pero compatible con el mantenimiento de la buena salud bucal.

6.2 PERIODONTITIS JUVENIL O PERIODONTOSIS

Uno de los procesos destructores menos comprendidos que afecta el periodonto de niño y adultos jóvenes es conocido como periodontitis juvenil o periodontosis. Esta afección es rara en preescolares.

Baer sugirió la siguiente definición: La periodontosis es una enfermedad del periodonto que se produce en un adolescente por lo demás sano, caracterizada por una rápida pérdida de hueso alveolar en más de un diente de la dentición permanente. Hay dos formas básicas en que se presenta. En una, los únicos dientes afectados son los primeros molares e incisivos. En la otra, más generalizada, puede afectar a la mayoría de

la dentición. La cantidad de destrucción manifestada no está a corde con la cantidad de irritantes presentes.

La periodontitis juvenil puede afectar tanto los dientes primarios como los permanentes con mayor complicación de los dientes anteriores y su aflojamiento y migración. Melnick, Shields y Bixler confirman también el hallazgo en niños pequeños, complicando la dentición primaria. Presentaron datos de dos familias con historias de niveles disminuidos de fosfatasa alcalina en suero, ausencia de fracciones de isozima hepática, ancho disminuido del hueso tubular y espacio medular disminuido con zona cortical relativamente aumentada. En un niño, había alveoloclasia de la dentición primaria, sin complicación de la permanente. Dedujeros que la periodontosis es muy probablemente heredada como rasgo dominante, vinculado a X, con penetración disminuida, pero expresividad genética relativamente consistente.

Un síntoma de periodontosis en un niño es la pérdida espontánea de los dientes primarios varios años antes de la exfoliación normal. Aunque como posibles factores etiológicos han sido sugeridas deficiencias nutritivas, enfermedades debilitantes, trastornos hormonales y desequilibrios metabólicos, raramente resulta factible, aun con hospitalización y estudios de laboratorio completos, llegar a determinar la causa.

En la dentición permanente, fue descrito un patrón clásico de destrucción ósea como una pérdida en forma de arco que se extendía desde distal del segundo premolar a mesial del segundo molar. En las regiones posteriores en este patrón clásico, la pérdida es bilateral y similar o idéntica en ambos lados. Clínicamente, sin embargo, los patrones de pérdida ósea pueden variar notablemente. Sólo en raras instancias están afectados los molares; puede estar afectada una sola superficie proximal de un molar. Habitualmente la lesión mesial es vista, pero, ocasionalmente, puede estar complicada la parte distal. La cantidad y distribución de la pérdida ósea depende de que el paciente tenga la forma localizada o generalizada de la enfermedad y de que la enfermedad sea diagnóstica en una etapa inicial o tardía.

Los factores locales, incluyendo tártaro y oclusión traumática, aunque estén a menudo relacionados con la efección en adultos, rara vez son evidentes como los factores predisponentes importantes en niños.

El tratamiento de la periodontitis juvenil ha sido mayormente un fracaso. La extracción de los dientes primarios que han perdido su sostén óseo ha sido recomendada en un intento para librar a la boca de infección y demorar la complicación de los dientes permanentes. En la dentición permanente, el tratamiento de elección es la eliminación de las bolsas, una

mejor higiene bucal y el consejo sobre dieta.

6.3 PERIODONTITIS JUVENIL (PRECOZ) CON HIPERQUERATOSIS PALMAR-PLANTAR (SINDROME DE PAPILLON*LEFEVRE)

El síndrome de Papillón-Lefevre se caracteriza por la destrucción grave de hueso alveolar que afecta tanto a la dentición decidua como a la permanente. Algunos casos manifestados han demostrado pérdida de hueso incluso a los dos años de edad, con exfoliación prematura de los dientes. Con frecuencia existe agrandamiento gingival inflamatorio, ulcerado de la encía, y formación de bolsas profundas, aunque en otras ocasiones no existe inflamación y sólo puede estar afectada la dentición permanente.

Las lesiones cutáneas características asociadas con los cambios bucales consisten en lesiones queratóticas de las superficies palmar y plantar (hiperqueratosis palmoplantar) Además algunos pacientes manifiestan una hiperhidrosis generalizada, vello corporal muy fino, y piel de color muy sucio peculiar. Estos últimos aspectos recuerdan la displasia ectodérmica hereditaria, y en algunos casos existen todos los síntomas de la enfermedad. También se ha informado de calcificación de la hoz del cerebro o dura.

No se reconoce la etiología del síndrome de Papillón-

Lefevre, pero se ha sugerido que está relacionado con una displasia epitelial generalizada. Se piensa que la enfermedad es familiar, y que se transmite probablemente como una característica autosómica recesiva.

También se sabe que hay periodontitis juvenil sin manifestaciones cutáneas, y esto comprueba la opinión de algunos investigadores que dicen que existen diferentes tipos de periodontitis con distintas etiologías.

Aspectos radiográficos. Las radiografías en los casos de periodontitis juvenil muestran diversos grados de formación "vertical" de bolsa con pérdida localizada de huesos alveolar y ampliación del espacio del ligamento periodontal. Esta formación "vertical" de la bolsa, con pérdida de hueso a menudo es más extensa en un diente que en el vecino, y difiere del tipo "horizontal" de pérdida de hueso que se presenta en la periodontitis. En está pueden estar afectados muchos dientes aproximadamente en el mismo grado, de tal manera que la pérdida de hueso parece que es horizontal.

ASPECTOS HISTOLOGICOS

Primera etapa: se presenta degeneración de las fibras principales de la membrana periodontal con una ampliación localizada en la membrana periodontal debida a la resorción

del hueso alveolar. Durante este proceso se puede observar una proliferación de los capilares con desarrollo de tejido conectivo laxo, no existe inflamación ni proliferación de la unión epitelial en esta etapa.

Segunda etapa: se caracteriza por la proliferación de la unión epitelial a lo largo de la superficie radicular. Durante este periodo existe una ligera infiltración celular en el tejido conectivo. Estos elementos celulares diseminados son células plasmáticas y del tipo poliblasto.

Tercera etapa: el epitelio de la unión proliferada se separa de la superficie de la raíz, y se desarrollan surcos gingivales profundos. Aumenta la inflamación debido a la irritación y a la infección que proviene de estos surcos profundos.

Tratamiento y pronóstico. El primer paso para el tratamiento de la periodontitis juvenil debe ser la eliminación de los dientes que definitivamente tienen un pronóstico sin esperanza debido a su aflojamiento y a la pérdida de sostén, o porque se han movido tan fuera de alineación que no se pueden usar. También se deben extraer los dientes que han salido demasiado lejos de tal manera que no se puede restaurar la oclusión en forma adecuada. Algunos dientes parece que no tienen salvación cuando existe inflamación gingival y la

radiografía a menudo revela una considerable pérdida de hueso alveolar. No obstante, con frecuencia se encontrará que ha dichos dientes se les puede hacer un tratamiento poeterior después de que se haya instituido el procedimiento de rutina usual de descamación, pulido y cuidado en casa.

El pronóstico de la periodontitis juvenil es menos favorable que el de los otros tipos de enfermedad periodontal. Los muchos factores que entran en la etiología de esta enfermedad lo hacen sumamente difícil de controlar, y al mismo tiempo la alteración sistémica no siempre da como resultado una respuesta inmediata de la fección periodontal. Por lo tanto, el pronóstico no es muy alentador. Si se corrige la deficiencia nutricional, el diente afectado por la periodontitis juvenil se puede reparar antes de que ocurra la formación de bolsa. A veces se puede provocar un cambio favorable en el estado general, que da como resultado la reparación de estas áreas; los dientes se vuelven firmes en su nueva posición y no se observa mayor progreso de la enfermedad.

6.4 PRINCIPIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES EN LOS NIÑOS

La gran mayoría de los casos de inflamaciones gingivales son causados por la acumulación de desechos gravemente infectados de la superficie de la pieza en el borde formado

por el margen gingival. Deben reducirse o eliminarse todos los factores que contribuyen a la acumulación de material en la superficie dental. Las causas más comunes son: mal alineamiento dental, maloclusión, posición de boca abierta, caries dental e higiene bucal defectuosa. Cuando un frenillo es afectado en el receso gingival, deberá ser eliminado. Cuando el contorno gingival, debido a mal alineamiento de las piezas, hipertrofia de los tejidos gingivales o profunda formación de bolsas, es tal que se acumulan los desechos en el margen gingival, puede ser necesaria una intervención quirúrgica, y deberá realizarse una gingivectomía o alguna de las operaciones asociadas. En casos graves, cuando la reacción al tratamiento no es adecuada, o en caso de duda, deberá considerarse la posibilidad de factores sistemáticos y deberá investigarse rápidamente el estado médico general del paciente. En estos casos, no deberá descartarse la terapéutica local por estar siguiéndose el tratamiento sistemático, sino que deberá efectuarse aún con más cuidado -no de manera vigorosa, sino con eficacia, suavidad y constancia.

En ocasiones, los niños muestran dificultad para utilizar el cepillo dental. Cuando sus padres no están, no realizan este procedimiento, o lo llevan a cabo defectuosamente que aún permanecen desechos. Se requiere paciencia y comprensión para enseñar al niño como cepillarse los dientes, y puede modificarse el tamaño, la forma o la dureza del cepillo para

ajustarse a las necesidades especiales de cada niño. Los dos métodos más recomendables para pacientes infantiles con gingivitis, especialmente si es dolorosa son, el método del Dr. Bass, que es un suave movimiento de percusión con un cepillo muy blando contra las piezas y las encías parecido al movimiento usado al estarcir con cepillo, y el cepillo dental automático oscilante (movimiento hacia adelante y hacia atrás) usado con cepillo blando.

También deberán considerarse métodos alternativos de higiene bucal, tales como los palillos de madera. Deberán utilizarse en movimiento circular, el mismo usado para cortar las cutículas de las uñas. Este método es particularmente útil para eliminar los desechos de la fosa gingival. Para limpiar esta área es más eficaz que los cepillos dentales y no lesiona el margen gingival. Cuando los márgenes gingivales son irregulares, como ocurre en las áreas localizadas de receso, este método es ideal.

CAPITULO VII

PIGMENTACION DE LOS DIENTES

La acumulación de desechos en las superficies dentales, especialmente en el margen gingival, es de bacterias y células epiteliales. Es generalmente de color blanquecino y se le denomina materia alba. En ciertas áreas puede ser voluminosa, pero en otras puede ser tan ligera que podría pasar inadvertida, a menos que se pigmente con algún tinte revelador de un color de contraste. Este material puede pigmentarse en la boca y presentar claramente uno de los siguientes colores: verde, pardo, amarillo, anaranjado o negro.

Los trabajos previos sobre pigmentaciones dentarias en niños estuvieron principalmente relacionados con la pigmentación naranja, verde de tipo extrínseco. La etiología de la pigmentación ha sido en general aceptada como de origen microbiano, aunque en algunos informes fue sugerido que los preparados o tónicos férricos por vía bucal podrían ser responsables por un tipo de pigmentación extrínseca.

En general, los investigadores creen que la pigmentación es causada por agentes extrínsecos, que pueden ser eliminados con facilidad de la superficie de los dientes con un material abrasivo. Los agentes responsables de la pigmentación se depositan en los defectos del esmalte o se adhieren a la

superficie adamantina sin alterarla.

La pigmentación en contraste con la tinción externa, está asociada a una modificación química activa del tejido dental y el pigmento resultante no puede ser eliminado sin alterar la estructura del diente.

7.1. PIGMENTACION VERDE

La pigmentación más común es la verduzca. Es más frecuente en hombres que en mujeres. Se han observado muy pocos casos en adultos, pero se desconoce la razón de su frecuencia en los niños. el color varía de verde oscuro aceituado claro. La pigmentación no es voluminosa. Es relativamente difícil de eliminar, y en muchos casos se encuentra descalcificación de la pieza inmediatamente subyacente a la pigmentación.

La etiología de la pigmentación verde, muy común en los jovencitos, es desconocida, aunque es considerada el resultado de la acción de una bacteria cromógena sobre la cutícula del esmalte. Este depósito, es visto con más frecuencia, en el tercio gingival de la cara vestibular de los dientes anteriores superiores. Se acumula más rápidamente en esa misma zona en los respiradores bucales. Tiende a рецидивar aún después de una eliminación cuidadosa y total. El esmalte por debajo de la pigmentación puede estar áspero o hasta

haber experimentado una desmineralización inicial. Es creencia que la superficie áspera está en relación con la frecuencia de recidiva de la pigmentación.

7.2. PIGMENTACION PARDUZCA

La pigmentación más común después de la verduzca es la parduzca. En contraste con la anterior, se presenta en piezas posteriores y puede eliminarse con exploradores, pero no tan fácilmente con el cepillo dental. Aunque puede cubrir gran parte de la superficie dental, a menudo se presenta como una línea de puntos estrecha y continua. Esta línea sigue el contorno del margen gingival, pero se ve separada por una banda limpia de superficie dental.

7.3. PIGMENTACION NARANJA

Del mismo modo, es ignorada su etiología. Es menos frecuente y más fácil de quitar que la verde. Es vista más a menudo en el tercio gingival del diente y está por lo menos asociada a una mala higiene bucal.

7.4. PIGMENTACION NEGRA

A veces los niños desarrollan una pigmentación negra, en los dientes estañoso al 8% ciertas zonas de los dientes

cambiaban de color. La aplicación de fluoruro estañoso ha sido asociada a la pigmentación característica de las lesiones de caries y precaries. Es posible ver como una línea que sigue el contorno gingival o en un patrón generalizado sobre la corona clínica, en particular si existen zonas, ásperas o con fosillas. Esta pigmentación negra es difícil de quitar, en especial si se acumula en las zonas de fosillas. Muchos niños que la presentan están relativamente libres de caries.

Todas estas pigmentaciones son probablemente de origen bacteriano, pero aunque muchos organismos producen pigmentaciones de diferentes colores, ninguno se asocia definitivamente con algún color de pigmentación particular. Todas las pigmentaciones son de aspecto desagradable, y se considera a todo material pigmentado como irritante potencial para el margen gingival, o dañino a la superficie dental. Deberán eliminarse las pigmentaciones y se pulirán las superficies dentales. En ningún caso deberá decolorarse el material pigmentado y dejarse in situ.

7.5. PIGMENTACION POR APLICACION DE FLUORURO ESTAÑOSO

Durante las primeras pruebas clínicas con la aplicación tópica de la solución de fluoruro 8% cada 6 meses durante 3 años y además, habían usado un dentífrico con ese fluoruro. Fue observado que la cantidad de pigmentación era superior

en los pacientes con una elevada experiencia de caries, medida por índices CPO (dientes cariados, perdidos y obturados) y CPOS (superficies cariadas, perdidas y obturadas). La única parte del esmalte que se pigmentó fue la previamente afectada por caries. La pigmentación negra fue vista sobre todo en pacientes con una higiene bucal inferior a la media. Las superficies afectadas más repetidamente por la pigmentación fueron las oclusales de los molares y premolares seguidas por las caras vestibulares de los dientes anteriores.

7.6. ELIMINACION DE PIGMENTACION ES

El tipo extrínseco puede ser eliminado mediante pulido con taza de goma y pomez en polvo. Si es resistente y difícil de quitar, el exceso de agua debe ser quitado de la pomez y los dientes secados antes de proceder al pulido. Como las pigmentaciones aparecen con mayor frecuencia en bocas con mala higiene bucal, su mejoramiento reducirá las recidivas.

7.7. PIGMENTACION DE LOS DIENTES POR TETRACICLINA

En cambio de color de los dientes deciduos o permanentes puede ocurrir como resultados del depósito de tetraciclina durante los regímenes profilácticos o terapéuticos que se instituyen ya sea en las mujeres embarazadas o después en el niño. La tetraciclina y sus homólogos tienen una afinidad

selectiva para depositarse en el hueso y en la sustancia dental, posiblemente por la formación de un complejo con iones de calcio que se encuentran en la superficie de los microcristales de hidroxapatita.

Esa porción del diente teñida por la tetraciclina es determinada por la etapa del diente en desarrollo en el momento de la administración de la droga. Como la tetraciclina cruza la barrera placentaria puede afectar a estos dientes deciduos que se desarrollan antes del parto aunque el cambio de color en sí depende de la dosis, el tiempo que se administró la droga, y la forma de la tetraciclina. El período crítico para el cambio de color provocado por la tetraciclina en la dentición de cida (el período de mineralización de los primeros milímetros de dentina más cerca a la unión dentinoesmalte) es de cuatro meses en el útero hasta los tres meses después del parto para los incisivos maxilares y mandibulares, y de cinco meses en el útero hasta los seis meses posparto para los caninos mandibulares y maxilares. El período para los incisivos y caninos permanentes maxilares y mandibulares es de tres a cinco meses después del parto hasta alrededor de los siete años de edad. La edad a la cual administró la tetraciclina puede señalarse como referencia para una carta acerca de cronología de la odontogénesis.

El uso de la oxitetraciclina, o posiblemente de la doxiciclina, puede disminuir la mancha en los dientes si está indicado el tratamiento con tetraciclina en la mujer embarazada o durante los primeros seis a siete años de la vida. Después de esta edad no necesita considerarse la probabilidad de una decoloración ya que los dientes anteriores cosméticamente importantes han completado su formación.

Aspectos clínicos. Los dientes afectados por la tetraciclina tienen un color amarillento o café grisáceo que es más pronunciado en el momento de la erupción de los dientes. Este cambio de coloración gradualmente se vuelve más café después de la exposición a la luz. La tetraciclina de fluorescencia bajo los rayos ultravioletas y, a su vez, los dientes afectados por su decoloración también dan un color amarillo brillante bajo la luz ultravioleta.

CAPITULO VIII
ENSEÑANZA DEL CEPILLADO DENTAL, USO DEL HILO DE
SEDA E HIGIENE BUCAL

Todo odontólogo tiene una clara responsabilidad hacia sus pacientes niños y sus padres que obliga a aconsejarles correctamente sobre la importancia de limpiar los dientes y recomendarles un método que sea eficaz para mantener un estado de limpieza en la cavidad bucal. Está bien documentado que existe una relación directa entre enfermedad dental y estado de limpieza de la cavidad bucal. La correcta higiene bucal es muy importante en la prevención de ambas enfermedades y también en su recidiva.

La forma más práctica de prevenir la enfermedad bucal es desarrollar un método para cada paciente que le permita mantener la mejor higiene bucal posible, por la dispersión mecánica y la eliminación de los microorganismos adheridos. Esto implica cepillado y uso del hilo pero, aunque sea hecho todos los días, no significa necesariamente que la cavidad bucal se mantenga limpia. Padres y niños deben estar convencidos de que el cepillado de los dientes después de las comidas elimina grandes partículas de alimentos, estimula los tejidos y da la sensación de bienestar, pero que la limpieza debe ser hecha por lo menos, una vez al día y preferiblemente antes

de acostarse, y eso significa una muy minuciosa combinación de teñido, cepillado, pasaje del hilo e inspección.

8.1. CEPILLADO DENTAL

a) Diseño del cepillo. Manly y Brudevold, en un estudio sobre la abrasión relativa de las cerdas sintéticas y naturales sobre el cemento y la dentina hallaron que el cepillo en sí, cualesquiera fueren sus cerdas, tiene poco o ningún efecto abrasivo sobre el esmalte y la dentina. La abrasión del tejido dental es independiente de la dureza o la composición de las cerdas, en cambio depende casi directamente de las propiedades del dentífrico usado junto con el cepillo. Por ejemplo, un polvo dental de abrasividad media aumentará la acción abrasiva del cepillo varios cientos por ciento.

Existe poco acuerdo sobre cuál es el mejor cepillo, desde el punto de vista de la dureza, para recomendar. Es muy probable que nunca lo haya. Sin embargo, un cepillo demasiado duro lacerará los delicados tejidos gingivales.

El gran interés surgió por la enseñanza de buenos cuidados hogareños ha generado probablemente una mayor unanimidad de opinión con respecto al tipo de cepillo a utilizar. Los tres tipos de cepillos más destacados en la venta al por menor y de más fácil obtención son el recto recortado, el

oval y el empenachado. Las técnicas más recomendadas imponen utilizar un cepillo de cerdas blandas. Recomiendo para la dentición primaria un cepillo de cerdas de nylon blandas, con una longitud total de unos 12 cm y para la dentición mixta y permanente, un cepillo blando de nylon de aproximadamente 15 cm. El método de cepillado que debe ser recomendado y enseñado depende de la evaluación que el odontólogo haga la necesidades del paciente.

El mantener los dientes limpios es eficaz en el control de la enfermedad periodontal y el cepillado dental es el método recomendado más comunmente para eliminar depósitos de restos y placa de los dientes. La minuciosidad de la eliminación de la placa y restos por la aplicación cuidadosa y correcta de cualquier método de cepillado es más importante para el mantenimiento de la salud periodontal que el método mismo. Considero que los dentríficos son útiles para limpiar los dientes, pero que el uso exagerado de los que tienen fuertes abrasivos está contraindicado, especialmente si están expuestas porciones más blandas de los dientes. Ningún tipo de cepillo debe ser recomendado para todas las personas sino que el odontólogo debe adaptar las intrucciones y la selección del cepillo al paciente individual.

8.2. TECNICAS DE CEPILLADO

Método de "refregado". Hay que sostener el cepillo con firmeza y cepillar los dientes con un movimiento de atrás hacia adelante, similar al del fregado de un piso. La dirección de los movimientos puede cambiar y hasta resultar dañosa.

Método de Fones. Con los dientes en oclusión, hay que presionar el cepillo firmemente contra los dientes y los tejidos gingivales, haciéndolo girar en círculos del mayor diámetro posible.

Método de barrido o giro. Hay que colocar las cerdas del cepillo lo más alto que sea posible en el vestíbulo, con los lados de las cerdas tocando los tejidos gingivales. El paciente debe ejercer tanta presión lateral como los tejidos pueden tolerar y mover el cepillo hacia oclusa. El tejido se isquemia bajo la presión cuando la sangre es forzada fuera de los capilares. A medida que el cepillo se aproxima al plano de oclusión, hay que hacerlo girar lentamente, de manera que los extremos de las cerdas toquen el esmalte. Al liberar la presión sobre las encías, la sangre vuelve a fluir a los capilares. Entonces hay que volver a colocar el cepillo alto en el vestíbulo y repetir el movimiento de giro. Hay que indicar a los pacientes que en cada zona hagan ocho claros movimientos de barrido hacia oclusal: después el cepillo hay que pasarlo

a una zona nueva.

Método de Charters. Hay que poner los extremos de las cerdas en contacto con el esmalte y el tejido gingival, con las cerdas apuntando en un ángulo de unos 45 grados hacia el plano de oclusión, haciendo entonces una buena presión hacia abajo y lateral sobre el cepillo haciendo vibrar de adelante hacia atrás, ida y vuelta, más o menos 1 mm. Este suave procedimiento vibratorio fuerza los extremos de las cerdas entre los dientes y limpia bien las caras interproximales. Esta técnica masajea también los tejidos interproximales.

Método de Stillman. El cepillo debe ser colocado en aproximadamente la misma posición requerida para la acción inicial del método de barrido o giro, excepto que más cerca de las coronas, haciendo vibrar el mango suavemente en un movimiento rápido pero ligeramente mesiodistal. Esta técnica fuerza las cerdas en los espacios interproximales y limpia bien los dientes en esa zona. Además masajea adecuadamente los tejidos gingivales.

Método de Stillman modificada. Igual que la anterior con la diferencia de que el cepillado se inicia en la línea mucosa gingival.

Método fisiológico. Algunos profesionales aconsejan esta técnica porque creen que si los alimentos son dirigidos en sentido apical durante la masticación, dientes y encías deben ser cepillados en la misma dirección. Con un cepillo blando, hay que cepillar los tejidos gingivales desde la corona hacia la raíz en un suave movimiento de barrido. Aunque la técnica puede ser eficaz debe ser usada con cuidado.

Método de Bass. Para el cepillado de las caras vestibulares y linguales, las cerdas son forzadas directamente en las hendiduras gingivales y en los surcos entre los dientes en un ángulo de unos 45° con respecto de los ejes mayores dentarios. Forzando las cerdas lo más posible con movimientos anteroposteriores cortos del cepillo desalojan todo el material blando de los dientes, dentro de las hendiduras. Al mismo tiempo, limpian los dientes por sobre el tejido gingival, en los nichos, y entre los dientes hasta donde puedan llegar las cerdas. Las superficies oclusales deben ser cepilladas aplicando las cerdas a la superficie, presionando firmemente y moviendo el cepillo en sentido anteroposterior en acciones cortas. Los dientes anteriores serán cepillados por lingual dirigiendo las cerdas de talón o de costado del cepillo hasta las hendiduras gingivales y espacios interdentarios en alrededor de 45° como en los demás lugares.

8.3. ACCESORIOS DE LIMPIEZA BUCAL

Hilo dental de seda. Se utiliza en pacientes con retención alimenticia, se corta un trozo de aproximadamente 90 cm. se envuelven los extremos alrededor de cada dedo medio de cada mano, los cabos se sujetan con los dedos índice y pulgar se introduce en el espacio interproximal más posterior y se hacen movimientos de fricción hacia arriba y hacia adelante. Existen dos tipos de hilo con seda y sencillo.

Puntas interdetales. Son puntas de goma intercambiables que se colocan en el mango del cepillo, se utilizan para dar masaje a las papilas se deben utilizar con precaución.

Palillos de dientes. Son de manera de balsa presentan una forma triangular terminados en punta y se utilizan para eliminar restos alimenticios de espacios interproximales, también deben ser utilizados con mucha precaución.

Colutorios. Buches, enjuagues, gargaras etc. Deben ser realizados en forma vigorosa para limpiar bien los espacios interproximales se pueden complementar con el uso de una solución antiséptica.

Aparatos de irrigación bucal. Se utilizan principalmente en pacientes con bandas de ortodoncia haran la limpieza

bucal por medio de irrigación a presión el nombre de este aparato es water pic.

Cepillos eléctricos. Se recomiendan en pacientes que se encuentran impedidos físicamente de realizar actividades motoras. Existen cepillos con gran variedad de movimientos.

8.4. LIMPIEZA DENTAL EN EL INFANTE

Los odontopediatras se están dando cuenta más agudamente de la necesidad de que la primera visita odontológica del niño, no de emergencia, se haga mucho más temprano de lo que se recomendaba en años pasados. Poco después que los primeros dientes primarios erupcionan, y tan pronto sea conveniente para el profesional y el padre, el infante debe ser llevado al consultorio. Esto da oportunidad de explicar a los padres la importancia de ciertos conceptos preventivos, por ejemplo, destetar al año alrededor del año de edad y evitar la caries provocada por el uso del biberón y permitirle que se duerma con una mamadera. Esta primera visita permite también señalar al padre la importancia de que el odontólogo examine al niño después de cualquier traumatismo a la dentición primaria, lo que suele ocurrir durante el período de gateo. Además, se pueden dar al padre instrucciones para limpiar los dientes primarios poco después de su erupción.

Si ambos padres están disponibles, pueden sentarse en una silla recta, uno frente al otro, con sus rodillas tocándose. Esto forma una mesa donde el padre, por ejemplo, puede sujetar las piernas del niño permitiendo que se extiendan entre sus brazos y cuerpo mientras usan sus manos para sujetar los brazos del niño. La madre, con la cabeza del niño en su regazo, puede hacer el cepillado. Esto es muy eficaz con el niño muy pequeño cuya cooperación es difícil.

Los dientes deben ser frotados o cepillados con una acción de "refregado" usando un cepillo pequeño, con multicerdas suaves, sin ningún de nitfrico. Aún cuando el infante pueda no cooperar al principio, con repetición y distracción, habitualmente se consigue que coopere y se relaje. Inicialmente, las sesiones de limpieza son muy cortas, pero a medida que erupcionan más dientes primarios, las sesiones se prolongan y eventualmente se pasa la técnica de cepillado para la dentición primaria.

8.5. METODO PARA CEPILLAR LA DENTINCION PRIMARIA

Sólo en los últimos años ha sido prestada debida atención a las diferencias en la anatomía de los dientes primarios y los permanentes en relación con el cepillado. Los odontólogos enseñaban al preescolar la misma técnica que al adulto o simplemente ni mencionaban la diferencia.

En general el método de fregado era condenado, o, por lo menos, no era considerado una manera aceptable de cepillarse los dientes, sobre todo debido a la irritación de los tejidos gingivales en el cuello del diente y la abrasión que presentaba a menudo en el margen gingival como resultado del cepillado vigoroso con ese método. Además el método del fregado no era considerado eficaz para eliminar los residuos atrapados entre los dientes.

Kimmelman y Tassam señalaron que la acción de fregado desaloja mejor los residuos de la superficie de los dientes primarios. El diente primario y la anatomía del arbo, en particular los rebordes o la presencia de prominencias cervicales de las caras vestibulares, permiten una limpieza mucho mejor con movimientos horizontales. Además, esos rebordes cervicales protegen el tejido gingival y proporcionan seguridad desde ese punto de vista.

8.6. PAPEL DE LOS PADRES EN EL CEPILLADO DENTAL

Lo padres deben continuar ayudando a sus hijos en el cepillado por varios años después del período infantil. Los padres cepillan a sus hijos mucho mejor que los niños mismos. Por lo tanto, hay que enseñar al padre del preescolar a que cepille los dientes y emplee la técnica del fregado horizontal.

El niño de pie delante de la madre con su espalda contra ella. La madre, con su brazo izquierdo, sostiene la cabeza del pequeño. De esta manera, cualquier movimiento de uno de los dos, es simultáneo. Con los dedos de la mano izquierda separa el labio cuando cepilla los dientes anteriores inferiores. Le queda la mano derecha libre para cepillar. Así puede cepillar todas las caras de los dientes inferiores. Los dedos de la mano izquierda pueden ser usados para separar el carrillo cuando cepilla los dientes posteriores y el dorso de la cabeza del cepillo mantiene separada la lengua mientras está cepillando las caras linguales de los dientes inferiores.

Cuando son cepillados los dientes del maxilar superior, hay que pedir al niño que eche la cabeza hacia atrás. Por observación directa de la boca, la madre una visión y acceso adecuados al cepillar las superficies dentales. Una vez más, los dedos de la mano izquierda pueden servir para separar los labios y el carrillo.

Método especialmente útil para cepillar los dientes de niños impedidos. El padre puede sentarse en una silla recta y hacer que el niño lo haga en el suelo delante de la silla. El niño se reclina hacia atrás entre las piernas del padre y los dientes son cepillados en la forma descrita previamente cuando el niño está de pie.

El niño puede ser sentado en una silla recta y el padre de pie se ubica detrás. El niño inclina su cabeza hacia atrás contra el padre, mientras éste cepilla. Si el niño está confinado en una silla de ruedas, puede ser empleada esta misma técnica.

Otra técnica eficaz, sobre todo para el niño impedido, es con el padre sentado en el borde y al pie de la cama. El niño es colocado perpendicular al padre con su cabeza en el regazo, mientras le cepilla los dientes.

Aconsejamos antes que en la dentición mixta sea usado el método de barrido o el de Bass. La cuestión planteada es qué enseñar al preescolar sobre el cepillado dental. A los padres hay que aconsejarles que cepillen los dientes de los hijos y, al terminar la limpieza, estimulen al pequeño para que él también se cepille. sin embargo, no hay que dar instrucciones específicas al niño. Habitualmente recurrirá a la técnica del fregado; pero no hay que hacer intento alguno para adoctrinarlo en este método, porque cuando comienzan a erupcionar sus dientes permanentes anteriores, habrá que explicarle el método vertical o de Bass. los padres deben continuar cepillando hasta que el niño demuestre su eficiencia o interés en realizar el procedimiento. Esto puede ocurrir a los 9 o 10 años. Cuando los padres continúan cepillando los dientes del niño en el período de la dentición mixta, deben usar

un método combinado de fregado y barrido vertical o de Bass.

CONCLUSIONES

Las enfermedades de las estructuras periodontales se han conocido desde la antigüedad. Los cráneos de algunos habitantes de las cavernas muestran pruebas de la existencia de enfermedad periodontal crónica, mientras que una forma aguda que en la actualidad se conoce como una gingivitis ulcerosa necrosante aguda, o "infección de Vincent", se informó que existía desde el año 400 a.c. en los soldados griegos de Jenofonte. El hombre sufre en mayor extensión la alteración periodontal a diferencia de los animales inferiores; de hecho, la falta de susceptibilidad de los animales a estas enfermedades ha hecho más difícil la investigación en este campo.

Los padecimientos del periodonto son comunes y causan la pérdida de más dientes en el adulto que cualquier otra enfermedad. Es difícil hacer la clasificación de los diversos procesos periodontales debido a que en cada caso el trastorno empieza como una alteración menor localizada que, a menos que se trate en forma adecuada, puede progresar poco a poco hasta que se reabsorbe el hueso alveolar y se exfolie el diente. Asimismo, diversos factores irritantes locales y enfermedades sistémicas subyacentes pueden alterar el progreso del padecimiento. Los diversos trastornos patológicos resultantes por lo menos son similares a los factores etiológicos que

se encuentran implicados. En otras palabras, la reacción a la lesión que se presenta a la encía y en los tejidos de sostén de los dientes por lo regular es una respuesta inflamatoria crónica. Los estudios histológicos del periodonto rara vez indican el tipo de irritante que causa la enfermedad o sugieren un método específico de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

BARBER, Thomas K. Odontología Pediátrica, Ed. Manual Moderno, México 1985, 431 p.

BRAHAM, Raymond L. Odontología pediátrica, Buenos Aires 1984, 647 p.

FINN, Sidney B. Odontología pediátrica, 4a. Edición Editorial Interamericana.

GLICKMAN, Irving. Periodontología clínica, 3a. edición México, Nueva editorial Interamericana, 1986. 1027 p.

LEYT, Samuel. Odontología pediátrica, Buenos Aires, Ed. Mundi, 1980. 282 p.

MC. DONALD?Avery. Odontología pediátrica y del adolescente, 5ta. Edición, Editorial Panamericana, Febrero 1990, Buenos Aires, 848 p.

SHAFER, William. Tratado de patología bucal, 4a. edición, Ed. Interamericana, México, D.F., 1987. 940 p.