

879522  
8  
2 ej.



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PARODONTALES

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SERGIO HUMBERTO CARRILLO CANO



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON  
FALSA LE ORGEN

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.

Í N D I C E

P Á G S.

INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO I PARODONTO EN SALUD+++++	8
CAPÍTULO II ETIOLOGÍA+++++	30
CAPÍTULO III ENFERMEDADES GINGIVALES+++++	54
CAPÍTULO IV ENFERMEDADES PARODONTALES+++++	80
CONCLUSIONES+++++	95
BIBLIOGRAFÍA+++++	96

## I N T R O D U C C I Ó N

EL TEMA QUE PRESENTO A CONTINUACIÓN ES CON EL FIN DE CONTRIBUIR A QUE EL CIRUJANO DENTISTA TANTO COMO EL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA LES PERMITAN DISPONER DE LOS CONOCIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, - COMO PARTE INTEGRAL DE LA REHABILITACIÓN BUCODENTAL.

SÉ QUE ANTES DE EMPRENDER EL ESTUDIO DETALLADO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, ES IMPORTANTE TENER UNA PERSPECTIVA ADECUADA RESPECTO AL PAPEL DE LA PARODONCIA EN EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA.

ES NECESARIO QUE SEAN COMPRENDIDOS A FONDO DIVERSOS TEMAS, EN ELLOS SE DESCRIBEN ENFERMEDADES QUE AFECTAN LOS ELEMENTOS DE SOSTÉN DEL DIENTE.

MI INTENCIÓN ES HACER NOTAR AL PRÁCTICO GENERAL LO QUE ES SABER IDENTIFICAR LA ENFERMEDAD PARA PROCEDER A UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO.

HE QUERIDO PRESENTAR ESTE TEMA CON LA MEJOR DISPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL CONTENIDO, ABRIGANDO LA ESPERANZA DE QUE SEA UN POCO MÁS COMPENSIBLE, TANTO PARA EL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA COMO PARA EL PROFESIONAL.

ES UN PRIVILEGIO PARA MI HABER REALIZADO ESTE PEQUEÑO COMPENDIO, YA QUE DURANTE MI AÑO DE SERVICIO SOCIAL-- PUDE OBSERVAR BASTANTES PROBLEMAS PATOLÓGICOS QUE AFECTAN EL PARODONTO.

EL OBJETIVO DE ESTE TEMA NO ES EL DE APORTAR CONCEPTOS NUEVOS A LOS YA EXISTENTES, SINO QUE POR MEDIO DE LA LECTURA DE LOS DIVERSOS AUTORES, OBTENER UNA CONCLUSIÓN-- RAZONABLE EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO ASÍ COMO A LA PREVENCIÓN DEL PARODONTO.

## CAPÍTULO I

### PARODONTO EN SALUD.

ES NECESARIO COMPRENDER QUE EL PARODONTO ESTÁ SUJETO A VARIACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES DURANTE LA VIDA, POR LO TANTO MENCIONARÉ SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS, ANATÓMICAS, ASÍ COMO SU IRRIGACIÓN E INERVACIÓN DE CADA TEJIDO QUE COMPONE AL PARODONTO, SIENDO ESTO IMPORTANTE PARA DETECTAR LOS CAMBIOS MÁS INCIPIENTES PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y ASÍ PROCEDER AL TRATAMIENTO DE CUALQUIER ALTERACIÓN EN EL PARODONTO.

#### A) ENCÍA:

PARTE DE LA MUCOSA ORAL QUE CUBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES DE AMBOS MAXILARES Y RODEA EL CUELLO DE LOS DIENTES.

#### DIVISIÓN MORFOLÓGICA DE ENCÍA.

##### 1.- ENCÍA LIBRE O MARGINAL.

ES CONSIDERADA COMO LA PARTE CORONARIA DEL DIENTE, -

NO INSERTADA POR LO CUAL TIENE LA CAPACIDAD DE SER MÓVIL-A TRAVÉS DE MEDIOS MECÁNICOS.

CLÍNICAMENTE LA ENCONTRAMOS DELIMITADA EN SU PORCIÓN INCISAL POR EL MARGEN GINGIVAL, Y EN DIRECCIÓN APICAL, SE CONTINÚA CON LA ENCÍA INSERTADA. LA SUPERFICIE INTERNA-DE LA ENCÍA MARGINAL CONSTITUYE EL TAPIZ DEL SURCO GINGIVAL.

## 2.- ENCÍA PAPILAR.

ESTE TEJIDO SE EXTIENDE EN EL SECTOR INTERDENTARIO Y FORMA LAS PAPILAS GINGIVALES, QUE SON DE VITAL IMPORTAN--CIA CLÍNICA Y PATOLÓGICA, PORQUE EN MUCHAS OCASIONES NOS-INDICAN LA EXISTENCIA DE ENFERMEDAD PARODONTAL.

EN LA PARTE ANTERIOR DE LA BOCA, SU FORMA ES PIRAMIDAL Y EN LA POSTERIOR ES DE CUÑA ASIMILANDO LA FORMA DE--TIENDA DE CAMPAÑA Y ADAPTÁNDOSE PERFECTAMENTE EN EL ÁREA-DE CONTACTO INTERPROXIMAL, CONOCIDA TAMBIÉN CON EL NOMBRE DE COL O COLLADO, SIN EMBARGO, DONDE HAY DIASTEMAS NO SE-FORMA EL TEJIDO INTERPROXIMAL COMO CRESTA, SINO QUE SE --ORIGINA UN REBORDE ROMO.

### 3.- ENCÍA INSERTADA.

ESTE TEJIDO ES LA CONTINUACIÓN DE LA ENCÍA MARGINAL, SIENDO FIRME Y ESTANDO ESTRECHAMENTE UNIDA A HUESO Y CEMENTO, LA PARTE VESTIBULAR DE ÉSTA ENCÍA SE EXTIENDE HASTA LA MUCOSA ALVEOLAR ESTANDO SEPARADAS POR LA UNIÓN MUCO GINGIVAL Y POR LA LÍNEA DEL SURCO MARGINAL LIBRE.

PRESENTA UN ANCHO VARIABLE EN CADA PERSONA. HACIA LINGUAL TERMINA EN LA UNIÓN CON LA MUCOSA QUE RECUBRE AL SURCO SUBLINGUAL EN EL PISO DE BOCA, Y EN EL PALADAR SE ENCUENTRA UNIDA IMPERCEPTIBLEMENTE CON LA MUCOSA PALATINA SIENDO IGUAL DE FIRME Y RESISTENTE.

LA SUPERFICIE DE LA ENCÍA INSERTADA SE CARACTERIZA POR EL ASPECTO DE CÁSCARA DE NARANJA DEBIDO AL PUNTILLO EXISTENTE, QUE PUEDE SER FINO O GRUESO Y PUEDE VARIAR SEGÚN EDAD Y SEXO, ASÍ COMO DE UNA PERSONA A OTRA Y A LA GRAN CANTIDAD DE PROTUBERANCIAS ESPARCIDAS EN TODA LA SUPERFICIE EPITELIAL QUE AYUDAN A LA TEXTURA DE LA ENCÍA.

### 4.- MUCOSA ALVEOLAR.

ESTA MUCOSA DIFIERE DE LA ENCÍA INSERTADA EN LA ESTRUCTURA, FUNCIÓN Y COLOR, SIENDO MÓVIL Y TENIENDO UNA UNIÓN LAXA AL HUESO.



LA PIGMENTACIÓN DE LA MUCOSA ES FRECUENTE EN LOS NEGROS, INDÚES, ETC., PUDIENDO SER GENERALIZADA O LOCALIZADA, ASÍ COMO DISTRIBUÍDA UNIFORMEMENTE O SIN REGULARIDAD, VARIANDO DE UN COLOR LEVE A UNO INTENSO SIN QUE SE LLEGUE A CONFUNDIR CON ALTERACIONES DE CUALQUIER ENFERMEDAD PARODONTAL.

ADEMÁS DE HABER VARIACIÓN EN CUANTO AL COLOR DE UN PARDO CLARO AL NEGRO, LAS HAY TAMBIÉN EN CUANTO AL CONTORNO MARGINAL, ESPESOR Y ALTURA GINGIVAL, DEPENDIENDO DE LAS VARIACIONES DE FACTORES COMO:

- A) PRESENCIA DE DIASTEMAS.
- B) GRADO DE ERUPCIÓN.
- C) DIENTES AUSENTES
- D) POSICIÓN DE LOS DIENTES EN EL ARCO DENTARIO.

##### 5.- SURCO MARGINAL LIBRE.

EN GRAN PARTE DE LOS CASOS, EL FONDO DEL SURCO GINGIVAL ESTA MARCADO EN LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA ENCÍA POR UN FINO SURCO QUE CORRE PARALELO AL MARGEN GINGIVAL Y DEMARCA EL LÍMITE ENTRE ENCÍA INSERTADA Y LA ENCÍA LIBRE, -

DENOMINADO SURCO MARGINAL LIBRE.

6.- UNIÓN MUCOGINGIVAL.

LA ENCÍA INSERTADA SE ENCUENTRA DEMARCADA DE LA MUCOSA ALVEOLAR POR ESTA UNIÓN, ENCONTRÁNDOSE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE AMBOS MAXILARES Y ESTANDO SUJETA TAMBIEN A VARIACIONES DE FORMA Y POSICIÓN.

7.- SURCO GINGIVAL.

LA PARED BLANDA DEL SURCO GINGIVAL ESTÁ FORMADA POR LA PARTE INTERNA DE LA ENCÍA MARGINAL, ENCONTRÁNDOSE UNIDA AL DIENTE POR LA ADHERENCIA EPITELIAL EN LA BASE DE ÉSTE SURCO, CUBIERTO POR EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, QUE SE EXTIENDE DESDE EL LÍMITE CORONARIO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL HASTA LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL, ÉSTE EPITELIO ES IMPORTANTE PORQUE ACTÚA COMO UNA MEMBRANA SEMIPERMEABLE QUE A TRAVÉS DE ELLA PASAN HACIA LA ENCÍA PRODUCTOS BACTERIANOS LESIVOS Y LÍQUIDOS TISULARES DE LA ENCÍA SE FILTRAN HACIA EL SURCO GINGIVAL.

8.- DEPRESIÓN GINGIVAL.

ESTA DEPRESIÓN SE FORMA POR DEBAJO DE LOS PUNTOS DE -

CONTACTO DE LA ENCÍA INTERDENTAL QUE FORMA LAS PAPILAS -- GINGIVALES VISIBLES EN LA REGIÓN LINGUAL. ÉSTA DEPRE--- SIÓN ES MENOS ACCESIBLE A LA LIMPIEZA; EL ESTANCAMIENTO Y LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS SON MÁS GRAVES EN ESTA ZONA.

9.- ADHERENCIA EPITELIAL

ES TEJIDO A MODO DE COLLAR, COMPUESTO POR EPITELIO - ESCAMOSO ESTRATIFICADO, QUE SE UNE AL ESMALTE DEL DIENTE- POR UNA MEMBRANA BASAL COMPUESTA DE UNA LÁMINA DENSA Y -- OTRA LÚCIDA A LA CUAL SE LE ADHIEREN LOS HEMIDESMOSOMAS,- SIENDO ÉSTOS, AGRANDAMIENTOS DE LA CAPA INTERNA DE CÉLU-- LAS EPITELIALES, ASÍ MISMO LA ADHERENCIA EPITELIAL ESTÁ-- REFORZADA AL DIENTE POR FIBRAS GINGIVALES, QUE JUNTO CON- LA ADHERENCIA EPITELIAL SE CONSIDERAN COMO LA UNIDAD FUN- CIONAL DENOMINADA UNIÓN DENTOGINGIVAL.

10.- FIBRAS GINGIVALES.

EL TEJIDO DE LA ENCÍA ES DENSAMENTE COLÁGENO, QUE -- CONTIENE UN SISTEMA DE HACES DE FIBRAS COLÁGENAS LLAMADAS FIBRAS GINGIVALES, LAS CUALES MANTIENEN ADOSADA FIRMEMENTE A LA ENCÍA CONTRA EL DIENTE, PROPORCIONANDO RIGIDEZ NE SESARIA PARA SOPORTAR LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN, UNIENDO

A LA ENCÍA MARGINAL CON EL CEMENTO Y CON LA ENCÍA INSER-  
TADA, DISPONIENDOSE FUNCIONALMENTE EN:

a) GRUPO DENTOGINGIVAL.

— ÉSTAS FIBRAS SE EXTIENDEN DESDE EL CEMENTO RADICU--  
LAR A NIVEL DEL CUELLO DEL DIENTE HASTA LA INSERCIÓN EPI  
TELIAL Y SE DIRIGEN LATERAL Y CORONARIAMENTE HACIA LA LÁ  
MINA PROPIA DE LA ENCÍA.

b) GRUPO CIRCULAR.

ESTE PEQUEÑO GRUPO DE FIBRAS RODEAN A LOS DIENTES -  
SIN QUE TENGAN UN LUGAR ESPECÍFICO DE INSERCIÓN.

c) GRUPO TRANSEPTAL.

SE EXTIENDE EN SENTIDO INTERPROXIMAL DEL CEMENTO DE  
UN DIENTE AL CEMENTO DEL OTRO, POR ARRIBA DE HUESO Y MAN  
TENIENDO LA ARMONÍA DE LA ENCÍA, YA QUE PROPORCIONA UN--  
ESTRECHO CONTACTO DE ÉSTA CON EL DIENTE.

d) GRUPO ALVEOLOGINGIVAL.

ÉSTAS FIBRAS SE EXTIENDEN DESDE LA CRESTA ALVEOLAR-  
Y SE INSERTAN EN LA LÁMINA PROPIA DE LA ENCÍA.

e) GRUPO DENTOPERIÓSTICAS.

TANTO EN LA CARA VESTIBULAR COMO POR LA LINGUAL ---  
EXISTEN FIBRAS QUE VAN DESDE EL PERIOSTIO DEL HUESO AL--  
VEOLAR HASTA EL CEMENTO DEL DIENTE EN SU PARTE CERVICAL.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE ENCÍA.

SE COMPONE DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO Y UN-  
ESTROMA DE TEJIDO CONECTIVO, DIFERENCIÁNDOSE A SU VEZ EL  
EPITELIO EN CUATRO CAPAS QUE SON:

- 1.- CAPA O ESTRATO BASAL; SE ENCUENTRA FORMADO  
POR CÉLULAS DE FORMA CUBOIDAL.
- 2.- CAPA O ESTRATO ESPINOSO; ESTÁ FORMADO POR-  
CÉLULAS DE FORMA POLIGONAL.
- 3.- CAPA O ESTRATO GRANULAR; ÉSTA CAPA SE EN--  
CUENTRA FORMADA POR MÚLTIPLES ESTRATOS DE-  
CÉLULAS LIGERAMENTE APLANADAS CON GRANULOS  
DE QUERATOHIALINA.
- 4.- CAPA O ESTRATO CÓRNEO; FORMADO TAMBIÉN POR  
CAPAS DE CÉLULAS UN POCO MÁS APLANADAS QUE  
EN LA CAPA GRANULAR.

LA MITÓSIS ES REALIZADA EN EL ESTRATO BASAL Y POSI-  
BLEMENTE EN LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CAPA ESPINOSA, ---  
CONSTITUYENDO ÉSTA ZONA EL ESTRATO GERMINATIVO, POR OTRA  
PARTE TENEMOS QUE EL EPITELIO ES AVASCULAR, TRANSLÚCIDO-  
Y QUE SE NUTRE POR DIFUSIÓN, EXPERIMENTANDO UNA RENOVA--  
CIÓN CONTINUA CADA VEINTICUATRO HORAS.

#### UNIÓN ENTRE CÉLULA Y CÉLULA DEL EPITELIO.

SE REALIZA MEDIANTE LOS DESMOSOMAS, QUE A SU VEZ ES  
TÁN CONSTITUIDOS POR DOS PLACAS DE UNIÓN Y DESPUES DE ÉS  
TAS, HAY UNA ESTRUCTURA LAMINAR COMPUESTA POR CUATRO CA-  
PAS SEPARADAS POR TRES MÁS, Y POR ENCIMA DE LAS PLACAS -  
DE UNIÓN SALEN EN FORMA DE PINCEL UNAS TONOFIBRILLAS HA-  
CIA EL CITOPLASMA CELULAR.

#### UNIÓN ENTRE EL EPITELIO Y EL TEJIDO CONECTIVO.

SE DA A TRAVÉS DE UNA LÁMINA BASAL, COMPUESTA POR--  
UNA CAPA DENSA Y OTRA LÚCIDA, UNIÉNDOSE AL TEJIDO CONEC-  
TIVO POR MEDIO DE LOS HEMIDESMOSOMAS, QUE SI ANTES YA --  
DESCRIBIMOS LA ESTRUCTURA DE UN DESMOSOMA, SE COMPRENDE-  
RA QUE EL HEMIDESMOSOMA ES LA MITAD DE UNO DE LOS YA DES  
CRITOS.

TEJIDO CONECTIVO.

ES DENSAMENTE COLÁGENO CON POCAS FIBRAS ELÁSTICAS, FORMADO POR DOS CAPAS, UNA PAPILAR QUE CONTIENE PROYECCIONES PAPILARES ENTRE LOS BROTES EPITELIALES Y UNA RETÍCULAR CONTIGUA AL PERIOSTIO DEL HUESO ALVEOLAR.

CARACTERÍSTICAS NORMALES DE ENCÍA.

- 1.- COLOR; PUEDE SER ROSA PÁLIDO, PERO VARÍA SEGÚN EL GRADO DE IRRIGACIÓN, QUERATINIZACIÓN EPITELIAL, PIGMENTACIÓN Y ESPESOR DEL EPITELIO.
- 2.- CONTORNO PAPILAR; LAS PAPILAS DEBEN DE LLENAR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES HASTA EL PUNTO DE CONTACTO.
- 3.- CONTORNO MARGINAL; EN ESTA ZONA, LA ENCÍA DEBE AFINARSE HACIA LA CORONA Y TERMINAR EN BORDE DELGADO CON SENTIDO MESIO-DISTAL-DEBIENDO TENER FORMA FESTONEADA LOS MÁRGENES GINGIVALES.
- 4.- TEXTURA; ESTÁ DADA PRINCIPALMENTE POR DIVERSOS GRADOS DE PUNTILLO EN LAS SUPERFI-

TEJIDO CONECTIVO.

ES DENSAMENTE COLÁGENO CON POCAS FIBRAS ELÁSTICAS, FORMADO POR DOS CAPAS, UNA PAPILAR QUE CONTIENE PROYECCIONES PAPILARES ENTRE LOS BROTES EPITELIALES Y UNA RETÍCULAR CONTIGUA AL PERIOSTIO DEL HUESO ALVEOLAR.

CARACTERÍSTICAS NORMALES DE ENCÍA.

- 1.- COLOR; PUEDE SER ROSA PÁLIDO, PERO VARÍA - SEGÚN EL GRADO DE IRRIGACIÓN, QUERATINIZACIÓN EPITELIAL, PIGMENTACIÓN Y ESPESOR DEL EPITELIO.
- 2.- CONTORNO PAPILAR; LAS PÁPILAS DEBEN DE LLENAR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES HASTA EL PUNTO DE CONTACTO.
- 3.- CONTORNO MARGINAL; EN ESTA ZONA, LA ENCÍA DEBE AFINARSE HACIA LA CORONA Y TERMINAR - EN BORDE DELGADO CON SENTIDO MESIO-DISTAL- DEBIENDO TENER FORMA FESTONEADA LOS MÁRGENES GINGIVALES.
- 4.- TEXTURA; ESTÁ DADA PRINCIPALMENTE POR DIVERSOS GRADOS DE PUNTILLO EN LAS SUPERFI-



TEJIDO CONECTIVO.

ES DENSAMENTE COLÁGENO CON POCAS FIBRAS ELÁSTICAS, -  
FORMADO POR DOS CAPAS, UNA PAPILAR QUE CONTIENE PROYEC--  
CIONES PAPILARES ENTRE LOS BROTES EPITELIALES Y UNA RETI  
CULAR CONTIGUA AL PERIOSTIO DEL HUESO ALVEOLAR.

CARACTERÍSTICAS NORMALES DE ENCÍA.

- 1.- COLOR; PUEDE SER ROSA PÁLIDO, PERO VARÍA -  
SEGÚN EL GRADO DE IRRIGACIÓN, QUERATINIZA-  
CIÓN EPITELIAL, PIGMENTACIÓN Y ESPESOR DEL  
EPITELIO.
- 2.- CONTORNO PAPILAR; LAS PAPILAS DEBEN DE LLE  
NAR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES HASTA EL-  
PUNTO DE CONTACTO.
- 3.- CONTORNO MARGINAL; EN ESTA ZONA, LA ENCÍA-  
DEBE AFINARSE HACIA LA CORONA Y TERMINAR -  
EN BORDE DELGADO CON SENTIDO MESIO-DISTAL-  
DEBIENDO TENER FORMA FESTONEADA LOS MÁRGE-  
NES GINGIVALES.
- 4.- TEXTURA; ESTÁ DADA PRINCIPALMENTE POR DI--  
VERSOS GRADOS DE PUNTILLO EN LAS SUPERFI-

CIES VESTIBULARES DE LA ENCÍA INSERTADA, --  
DESCRITA EN OCASIONES COMO ASPECTO DE CÁSCA  
RA DE NARANJA.

### IRRIGACIÓN E INERVACIÓN.

- 1.- ARTERIOLAS SUPRAPERIÓSTICAS; IRRIGAN TODA-  
LA SUPERFICIE VESTIBULAR, ASÍ COMO TAMBIÉN  
LA LINGUAL DEL HUESO ALVEOLAR.
- 2.- VASOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL; SE EXTIEN-  
DEN HACIA LA ENCÍA, ANASTOMOSÁNDOSE LOS CA  
PILARES EN LA ZONA DEL SURCO.
- 3.- ARTERIOLAS DE LA CRESTA ALVEOLAR; DEL TABI  
QUE INTERDENTARIO SE EXTIENDEN PARALELOS A  
LA CRESTA ÓSEA, PARA ANASTOMOSARSE CON VA-  
SOS SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR.

EL DRENAJE LINFÁTICO EMPIEZA A REALIZARSE EN LOS --  
LINFÁTICOS DE LOS CAPILARES DEL TEJIDO CONECTIVO, AVAN--  
ZANDO HACIA LA RED COLECTORA Y DESPUÉS HACIA LOS NÓDULOS  
LINFÁTICOS REGIONALES.

LA INERVACIÓN DADA POR LAS FIBRAS QUE NACEN EN LOS-  
NERVIOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL Y DE LOS NERVIOS LABIAL,

BUCAL Y PALATINO.

B) LIGAMENTO PARODONTAL.

ES LA ESTRUCTURA DE TEJIDO CONECTIVO QUE RODEA A LA RAIZ Y LA UNE AL HUESO, SIENDO LA FUNCIÓN PRINCIPAL DEL LIGAMENTO LA DE MANTENER AL DIENTE EN EL ALVÉOLO, CONSIGUIENDO ASÍ UNA RELACIÓN FISIOLÓGICA ENTRE EL CEMENTO Y HUESO, EL LIGAMENTO PARODONTAL TIENE ADEMÁS PROPIEDADES-NUTRITIVAS, DEFENSIVAS Y SENSORIALES.

EL ORIGEN DEL LIGAMENTO ES DEL MESÉNQUIMA QUE RODEA AL PRIMORDIO DENTAL (VAINA DE HERTWIG).

TANTO DEL HUESO COMO DEL CEMENTO, SE DESARROLLAN FIBRAS ALVEOLARES Y CEMENTARIAS HABIENDO ENTRE ELLAS Y PARALELAS AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE OTRAS FIBRAS COLÁGENAS LAXAS QUE CONFORME AUMENTAN EN NÚMERO Y TAMAÑO LAS FIBRAS ALVEOLARES SE RAMIFICAN EN LOS EXTREMOS AL IGUAL QUE LAS CEMENTARIAS HASTA QUE PARECEN UNIRSE, ORIGINANDO ASÍ UN PLEXO INTERMEDIO QUE CUANDO ENTRA EN FUNCIÓN EL DIENTE, ÉSTAS FIBRAS SE ENSANCHAN Y SON CONTINUAS ENTRE HUESO Y CEMENTO DESAPARECIENDO ESTE PLEXO INTERMEDIO.

SE LE DENOMINA FIBRAS DE SHARPEY, A LOS EXTREMOS DE LAS FIBRAS PRINCIPALES QUE SE INSERTAN EN EL CEMENTO Y-- HUESO.

FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

- 1.- GINGIVALES LIBRES; ESTE GRUPO DE FIBRAS VAN A - PARTIR DEL CEMENTO HACIA LA ENCÍA MARGINAL O LI BRE, MANTENIENDO UNA ESTABILIDAD EN LA MISMA, - ANTE ALGÚN FACTOR MECÁNICO COMO PUEDE SER EL -- AIRE QUE PERMITE QUE SE SEPARE DEL DIENTE 1.5mm.
- 2.- TRANSEPTALES; SE EXTIENDEN INTERPROXIMALMENTE - SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR Y SE INCLUYEN EN EL CE MENTO DE DIENTES VECINOS, SU FUNCIÓN MÁS IMPOR TANTE ES LA DE NO MANTENER CHOQUES O ROSES CON TINUOS QUE SE PRESENTEN ENTRE ÉSTAS PIEZAS. ÉS TAS FIBRAS TRANSEPTALES CONSTITUYEN UN HALLAZGO NOTABLEMENTE CONSTANTE. SE RECONSTRUYEN INCLU SO UNA VEZ PRODUCIDA LA DESTRUCCIÓN DEL HUESO - ALVEOLAR EN LA ENFERMEDAD PARODONTAL.
- 3.- CRESTO ALVEOLARES; SE EXTIENDEN EN FORMA DE ABA NICO DESDE EL CEMENTO, POR DEBAJO DE LA ADHEREN CIA EPITELIAL HASTA LA CRESTA ALVEOLAR, AYUDANDO

A RESISTIR LOS MOVIMIENTOS LATERALES DEL DIENTE.

- 4.- HORIZONTALES; SE EXTIENDEN EN ÁNGULO RECTO RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE, DIRIGIENDO SE DEL CEMENTO AL HUESO ALVEOLAR, SIENDO SU FUNCIÓN LA DE EQUILIBRAR EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS MÁS APICALES.
- 5.- OBLICUAS; SON LAS MÁS NUMEROSAS, Y VAN DEL CEMENTO RADICULAR EN DIRECCIÓN CORONARIA Y SENTIDO OBLICUO AL HUESO, SOPORTANDO LAS FUERZAS MASTICATORIAS PARA TRANSFORMARLAS EN TENSIÓN SOBRE EL HUESO ALVEOLAR.
- 6.- APICALES; SE ABREN EN FORMA DE ABANICO DESDE EL CEMENTO RADICULAR A NIVEL DEL ÁPICE DEL DIENTE HACIA EL HUESO.

#### FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

FÍSICAS: DENTRO DE ÉSTA FUNCIÓN, TENEMOS LA RESISTENCIA AL IMPACTO DE LA FUERZA OCLUSAL, QUE SEGÚN PARFITT NO ES EL LIGAMENTO PARODONTAL QUIEN LAS RESISTE, SINO CUATRO SISTEMAS DE ÉSTE, QUE SON:

- a) SISTEMA VASCULAR; AMORTIGUA EL CHOQUE, ABSORBIENDO LAS TENSIONES DE LAS FUERZAS OCLUSALES BRUSCAS.
- b) SISTEMA HIDRODINAMICO: SON LÍQUIDOS QUE TANTO DEL TEJIDO COMO DE PEQUEÑOS VASOS, PASAN A TRAVÉS DE AGUJEROS ALVEOLARES RESISTIENDO FUERZAS AXIALES.
- c) SISTEMA DE NIVELACIÓN; ESTÁ RELACIONADO ESTRECHAMENTE CON EL HIDRODINÁMICO, CONTROLANDO EL NIVEL DEL DIENTE EN EL ALVÉOLO.
- d) SISTEMA RESILIENTE; PERMITE QUE EL DIENTE TOMA SU POSICIÓN NORMAL DESPUÉS QUE CESAN LAS FUERZAS --- OCLUSALES.

OTRA FUNCIÓN ES, LA TRANSMISIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES AL HUESO. LA DISPOSICIÓN DE LAS FIBRAS PERMITE -- ASIMILAR CUALQUIER FUERZA EJERCIDA, ORIGINANDO UNA TENDENCIA AL DESPLAZAMIENTO DE LA RAIZ DENTRO DEL ALVÉOLO, YA-- QUE EL DIENTE PUEDE GIRAR SOBRE UN EJE, CAMBIANDO A MEDIDA QUE LA FUERZA AUMENTA, ASÍ TENEMOS QUE LA PARTE APICAL DE LA RAIZ SE MUEVE EN DIRECCIÓN OPUESTA A LA POSICIÓN CORONARIA, YA QUE ESTE DESPLAZAMIENTO ORIGINA UNA DEFORMA--CIÓN CONCOMITANTE AL HUESO.

FUNCIÓN ESTRUCTURAL Y OCLUSAL DEL LIGAMENTO; TANTO - EL DIENTE DEPENDE DEL LIGAMENTO PARA SOMETERLO A SU FUN-- CIÓN, COMO TAMBIÉN DEL ESTÍMULO QUE PROPORCIONE LA FUN--- CIÓN OCLUSAL AL MISMO PARA PODER CONSERVAR SU ESTRUCTURA, YA QUE SI NO EXISTE ESTA FUNCIÓN O AL DISMINUIR, EL LIGA- MENTO PARODONTAL SE ATROFIARÍA.

FORMATIVA; EN ESTA FUNCIÓN INTERVIENE EL LIGAMENTO - COMO PERIOSTIO TANTO PARA EL CEMENTO COMO PARA EL HUESO, - ESTIMULÁNDOLO DURANTE LOS MOVIMIENTOS FISIOLÓGICOS DEL -- DIENTE, PARA QUE LAS CÉLULAS MESENQUIMATOSAS INDIFERENCIA DAS REEMPLAZANDO A OTRAS CÉLULAS, DEN ORIGEN A LA FORMA-- CIÓN DE HUESO O CEMENTO SEGÚN EL RITMO DE LA ERUPCIÓN.

NUTRICIONAL; EL LIGAMENTO PROVEE TANTO A ENCÍA, HUESO Y CEMENTO DE ELEMENTOS NUTRITIVOS MEDIANTE VASOS SANGUÍ-- NEOS, PROPORCIONANDO TAMBIÉN EL DRENAJE LINFÁTICO.

SENSORIALES; ESTÁ DADA A TRAVÉS DEL LIGAMENTO PARO-- DONTAL, EL CUAL DETECTA FUERZAS EXTRAÑAS QUE ACTÚAN SOBRE LOS DIENTES, DESEMPEÑANDO UN PAPEL IMPORTANTE EN EL MECA- NISMO QUE CONTROLA LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

IRRIGACIÓN.

DADA POR RAMAS DE LAS ARTERIAS ALVEOLARES, QUE PENETRAN EN LOS TABIQUES INTERDENTARIOS POR LOS CANALES NUTRICIONALES Y OTRAS RAMAS QUE LLEGAN DESDE LA ENCÍA HASTA EL LIGAMENTO PARODONTAL.

INERVACIÓN.

POR HACES DE TRIGÉMINO, QUE PASAN AL LIGAMENTO DESPUÉS DE EL ÁREA PERIAPICAL A TRAVÉS DE CANALES DEL HUESO ALVEOLAR.

C) CEMENTO RADICUALR.

TEJIDO CONECTIVO CALCIFICADO QUE CUBRE LA RAIZ ANATÓMICA DEL DIENTE, TENIENDO COMO FUNCIÓN FIJAR LAS FIBRAS - DEL LIGAMENTO PARODONTAL AL DIENTE.

FORMACIÓN; DURANTE LA FORMACIÓN DE LA RAIZ, LA VAINA EPITELIAL DE HERTWIG ES PERFORADA POR PRECEMENTOBLASTOS, - QUE DEPOSITAN CERCA DE LA DENTINA LA PRIMERA TAPA DE CEMENTO, CONVIRTIENDOSE ASÍ EN CEMENTOBLASTOS FUNCIONALES.

POR OTRA PARTE, EL CEMENTO SIGUE FORMANDOSE MEDIANTE



EL DEPÓSITO SUCESIVO DE NUEVAS CAPAS DE CEMENTO.

CEMENTO CÉLULAR Y ACELULAR.

AL QUEDAR COMPLETAMENTE FORMADA LA RAIZ, LA CEMENTO-  
GÉNESIS INICIAL CONCLUYE, SIENDO ACELULAR EL CEMENTO QUE-  
PRIMERAMENTE ES DEPOSITADO Y RELATIVAMENTE AFIBRILAR.

LOS DEPÓSITOS SECUNDARIOS SOBRE LA CAPA PRIMARIA SE-  
DENOMINA CEMENTO CELULAR, FORMANDO VARIAS CAPAS Y ENCON--  
TRANDOSE PRINCIPALMENTE EN EL TERCIO APICAL DE LA RAIZ,--  
MIENTRAS QUE LA ACELULAR SE FORMA EN LOS TERCIOS RESTAN--  
TES CORONARIOS.

LA SUPERFICIE DEL CEMENTO CELULAR ESTÁ CUBIERTA POR-  
UNA CAPA DE FORMACIÓN RECIENTE Y NO CALCIFICADA Y QUE A -  
SU VEZ ES CUBIERTA ÉSTA CAPA POR OTRA DENOMINADA CEMENTO I  
DE.

CEMENTOCITOS.

SE LOCALIZAN EN EL CEMENTO DE TIPO CELULAR, EN LAGU-  
NAS SEMEJANTES A LOS OSTEOCITOS EN EL HUESO.

ASÍ COMO EN EL HUESO, EL CEMENTO CONTIENE FIBRAS COLÁGENA Y DE HIDROXIAPATITA, ORIGINADOS POR DEPÓSITOS INTERMITENTES AUNQUE CONTINUOS DE NUEVAS CAPAS DE CEMENTO.

COMO YA MENCIONÉ, LOS HACES DE FIBRAS COLÁGENA DEL LIGAMENTO PARODONTAL QUE PENETRAN AL CEMENTO, SE LLAMAN FIBRAS DE SHARPEY, VARIANDO EL NÚMERO Y EL DIÁMETRO EN ÉSTAS FIBRAS SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL Y LA SALUD DEL DIENTE, HABIENDO DIFERENCIAS BIOQUÍMICAS ENTRE LAS FIBRAS DE SHARPEY DEL HUESO Y DEL CEMENTO, YA QUE ÉSTAS ÚLTIMAS ESTAN CALCIFICADAS, MIENTRAS QUE LAS DEL HUESO NO LO ESTÁN.

#### IRRIGACIÓN.

ESTÁ DADA A TRAVÉS DEL LIGAMENTO PARODONTAL, YA QUE EL CEMENTO ES AVASCULAR.

#### D) HUESO ALVEOLAR.

ES LA PARTE DEL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR, QUE FORMA Y SOSTIENE A LOS DIENTES, DIVIDIENDOSE EN HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO Y HUESO DE SOPORTE.

HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO.

ES UNA LÁMINA DELGADA DE HUESO, QUE RODEA A LAS RAÍCES INSERTÁNDOSE EN ELLA FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

HUESO DE SOPORTE.

ES EL HUESO QUE RODEA A LA CORTICAL ÓSEA ALVEOLAR DIVIDIÉNDOSE EN: PLACAS CORTICALES COMPACTAS, TANTO LA VESTIBULAR COMO LA LINGUAL Y HUESO ESPONJOSO, QUE SE HALLA ENTRE ÉSTAS PLACAS Y EL HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO.

LA LÁMINA DURA O CORTICAL Y LÁMINA ORIBIFORME, RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA COMO UNA LÁMINA OPACA, ESTANDO -- PERFORADA Y A TRAVÉS DE ÉSTOS ORIFICIOS PASAN VASOS Y NERVIOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL. TAMBIÉN SE LE DENOMINA -- LÁMINA CRIBIFORME DEBIDO A ÉSTAS PERFORACIONES.

LA FORMA DE LA CRESTA ALVEOLAR EN CONDICIONES NORMALES DEPENDE DE:

- 1) CONTORNO DEL ESMALTE Y ANCHO DEL ESPACIO INTERDENTAL.
- 2) GRADO DE EXTRUCCIÓN O INTRUCCIÓN DEL DIENTE.

- 3) MESIALIZACIÓN O DISTALIZACIÓN DE LOS -  
DIENTES.
- 4) EL ANCHO DE LOS DIENTES.
- 5) FORMA DE LA UNIÓN CEMENTO-ESMALTE.

LA CORTICAL EXTERNA ES MÁS DENSA EN EL MAXILAR INFERIOR QUE EN EL SUPERIOR, DEBIDO A QUE EN EL INFERIOR HAY MENOS CANTIDAD DE HUESO ESPONJOSO Y QUE ÉSTE HUESO ESTÁ FORMADO POR TRABÉCULAS O VIGAS ÓSEAS LLENAS DE MÉDULA ÓSEA, TAMBIÉN LLAMADOS ESPACIOS MEDULARES, SIENDO DE TEJIDO HEMATOPAYÉTICO QUE CON LA EDAD SE ATROFIA Y SE TRANSFORMA EN UNA MÉDULA ÓSEA AMARILLENTO.

POR LA PARTE EXTERNA DE LAS CORTICALES EL HUESO ESTÁ CUBIERTO POR UN TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO LLAMADO PERIOSTIO EN EL QUE HAY CÉLULAS FORMADORAS DE HUESO.

#### CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DEL HUESO.

ES TEJIDO CONJUNTIVO CALCIFICADO, FORMADO A PARTIR DE UNAS CÉLULAS MADRES LLAMADAS OSTÉOGENAS Y QUE SE CONOCEN TAMBIÉN COMO OSTEOBLASTOS, LOS CUALES SECRETAN UNA MATRIZ ORGÁNICA INTERCELULAR, QUE AL IR LA SECRETANDO DAN

ORIGEN A UNOS PEQUEÑOS CANALÍCULOS DENTRO DE LOS CUALES-  
VAN LAS PROLONGACIONES CITOPLASMÁTICAS DE LOS OSTEOLAS-  
TOS, QUE AL ENCONTRARSE RODEADOS DE LA SUBSTANCIA SE DE-  
NOMINAN OSTEOCITOS, Y AL CONJUNTO DE CANALÍCULOS SE LES-  
LLAMA SISTEMA HAVERSIANO.

## CAPÍTULO II

### ETIOLOGÍA

LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL HAN SIDO CLASIFICADOS EN LOCALES Y SISTÉMICOS, AUNQUE SUS EFECTOS ESTÁN INTERRELACIONADOS, YA QUE EL EFECTO DE LOS IRRITANTES LOCALES PUEDEN SER AGRAVADOS NOTABLEMENTE POR ESTADOS SISTÉMICOS DESFAVORABLES.

#### A) FACTORES LOCALES.

SON LOS QUE SE HALLAN EN EL MEDIO AMBIENTE INMEDIATO DEL PARODONTO Y CAUSAN INFLAMACIÓN, PRINCIPAL MECANISMO-PATOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

##### 1.- PLACA BACTERIANA.

EN PEQUEÑAS CANTIDADES, LA PLACA NO ES VISIBLE CLÍNICAMENTE SALVO QUE SEA TEÑIDA POR SOLUCIONES REVELANTES -- (COMPRIMIDOS). A MEDIDA QUE SE ACUMULA SE CONVIERTE EN UNA MASA GLOBULAR VISIBLE, CUYO COLOR VARÍA DEL GRIS AMA-

RILLENTO AL AMARILLO.

APARECE EN SECTORES SUPRAGINGIVALES, EN SU MAYOR PARTE SOBRE EL TERCIO GINGIVAL DE LOS DIENTES, SUBGINGIVAMENTE APARECE EN GRIETAS, DEFECTOS, RUGOSIDADES Y MÁRGENES DESBORDANTES DE RESTAURACIONES DENTALES.

LA FORMACIÓN DE PLACA SUPRAGINGIVAL COMIENZA POR LA ADHESIÓN DE LAS BACTERIAS A LA PELÍCULA ADQUIRIDA O LA SUPERFICIE DENTAL.

CANTIDADES MENSURABLES DE PLACA SE PRODUCEN DENTRO DE UNA HORA UNA VEZ LIMPIADO A FONDO EL DIENTE, Y LA ACUMULACIÓN MÁXIMA SE ALCANZA APROXIMADAMENTE A LOS 30 DÍAS O MENOS.

LA PLACA DENTAL NO ES UN RESIDUO DE ALIMENTOS, ÉSTA SE FORMA CON MAYOR RAPIDEZ DURANTE EL SUEÑO, CUANDO NO SE INGIEREN ALIMENTOS, QUE DESPUÉS DE LAS COMIDAS.

#### COMPOSICIÓN DE LA PLACA DENTAL.

CONSISTE PRINCIPALMENTE EN MICROORGANISMOS PROLIFERANTES, CÉLULAS EPITELIALES, LEUCOCITOS Y MACRÓFAGOS, SÓ-

LIDOS ORGÁNICOS E INORGÁNICOS Y AGUA. LAS BACTERIAS ---  
CONSTITUYEN APROXIMADAMENTE 70% DEL MATERIAL SÓLIDO Y EL-  
RESTO ES MATRIZ INTERCELULAR.

#### CONTENIDO ORGÁNICO.

CONSISTE EN UN COMPLEJO DE POLISACARIDOS Y PROTEÍNAS  
CUYOS COMPONENTES PRINCIPALES SON CAARBOHIDRATOS Y PROTEÍ-  
NAS, APROXIMADAMENTE 30% DE CADA UNO, Y LÍPIDOS, ALREDE--  
DOR DE 15%; EL RESTO DE LOS COMPONENTES REPRESENTAN PRO--  
DUCTOS EXTRACELULARES DE LAS BACTERIAS DE LA PLACA.

#### CONTENIDO INORGÁNICO.

LOS COMPONENTES INORGÁNICOS DE LA PLACA SON: CALCIO-  
Y FÓSFORO, CON PEQUEÑAS CANTIDADES DE MAGNESIO, POTASIO Y  
SODIO.

#### 2.- MATERIA ALBA.

ES UNA CAPA BACTERIANA ADQUIRIDA, DEPÓSITO AMARILLO-  
SO O BLANCO GRISÁCEO BLANDO Y PEGAJOSO ALGO MENOS ADHESI-  
VO QUE LA PLACA DENTAL, ÉSTA SE VE CLARAMENTE SIN LA UTI-  
LIZACIÓN DE SUBSTANCIAS REVELANTES.



ES UNA CONCENTRACIÓN DE MICROORGANISMOS, CÉLULAS EPI-  
TELIALES DESCAMADAS, LEUCOCITOS Y UNA MEZCLA DE PROTEÍNAS-  
Y LÍPIDOS SALIVALES CON POCAS PARTÍCULAS DE ALIMENTOS O --  
NINGUNA.

SE DEPOSITA SOBRE SUPERFICIES DENTALES; TERCIO GINGI-  
VAL DE LOS DIENTES, RESTAURACIONES, CÁLCULOS, DIENTES EN -  
MAL POSICIÓN Y ENCÍA.

LA MATERIA ALBA SE PUEDE FORMAR EN POCAS HORAS SOBRE-  
DIENTES PREVIAMENTE LIMPIADOS Y EN PERÍODOS EN QUE NO SE -  
HAN INGERIDO ALIMENTOS, ES POSIBLE QUITARLA MEDIANTE UN---  
CHORRO DE AGUA, PERO SE PRECISA DE LA LIMPIEZA MECÁNICA PA  
RA ASEGURAR SU COMPLETA REMOCIÓN.

EL EFECTO IRRITATIVO DE LA MATERIA ALBA SOBRE LA EN--  
CÍA PROBABLEMENTE NACE DE LAS BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS.

### 3.- CÁLCULO.

AUNQUE SE HA DEMOSTRADO QUE LOS RECUBRIMIENTOS BACTE-  
RIANOS ADQUIRIDOS (PLACA Y MATERIA ALBA) SON LOS PRINCIPA-  
LES FACTORES DE LA INICIACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARODON-

TALES, LA PRESENCIA DE CÁLCULOS ES DE GRAN INTERÉS PARA EL CLÍNICO.

EL CÁLCULO ESTÁ SIEMPRE CUBIERTO POR LA PLACA, DE MODO QUE SU IMPORTANCIA SE DEBE A SU RELACIÓN CON LAS BACTERIAS DE LA PLACA Y SUS PRODUCTOS.

SE LE DENOMINA TAMBIÉN TÁRTARO O SARRO QUE SE ACUMULA SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES, Y QUE SE CONVIERTE, SI SE LE DEJA AHÍ, EN UNA COSTRA PÉTREA DE VOLUMEN MÁS O MENOS CONSIDERABLE.

CUANDO HAY CÁLCULOS LOS TEJIDOS GINGIVALES ESTÁN INFLAMADOS Y CUANDO LOS HAY EN LESIONES SUBGINGIVALES PROFUNDAS, EL POTENCIAL DE REPARACIÓN Y REINSECCIÓN ES VIRTUALMENTE INEXISTENTE.

#### CÁLCULO SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL.

EL CÁLCULO ES UNA MASA ADHERENTE, CALCIFICADA O EN CALCIFICACIÓN, QUE SE FORMA SOBRE LA SUPERFICIE DE DIENTES NATURALES Y PRÓTESIS DENTALES. SE COMPONE DE PLACA BACTERIANA MINERALIZADA.

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL.- (CÁLCULO VISIBLE).

SE REFIERE AL CÁLCULO CORONARIO A LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL Y VISIBLE EN LA CAVIDAD BUCAL, POR LO GENERAL ES BLANCO O BLANCO AMARILLENTO, DE CONSISTENCIA DURA, ARCILLOSA, Y SE LE DESPRENDE CON FACILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTAL.

EL COLOR ES MODIFICADO POR FACTORES COMO EL TABACO O PIGMENTOS DE ALIMENTOS. PUEDE LOCALIZARSE EN UN SOLO DIENTE O EN UN GRUPO DE DIENTES, O ESTAR GENERALIZADO POR TODA LA BOCA.

EL CÁLCULO SUPRAGINGIVAL APARECE CON MAYOR FRECUENCIA Y EN CANTIDADES MAS ABUNDANTES, EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS MOLARES SUPERIORES QUE ESTÁN FRANTE AL CONDUCTO DE STENSEN, LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS DIENTES ANTEROINFERIORES QUE ESTÁN FRENTE AL CONDUCTO DE WHARTON, Y MÁS EN INCISIVOS CENTRALES QUE EN LATERALES.

CÁLCULO SUBGINGIVAL.

SE ENCUENTRA DEBAJO DE LA CRESTA DE LA ENCÍA MARGINAL POR LO COMÚN EN BOLSAS PARODONTALES, Y QUE NO ES VISIBLE--

DURANTE EL EXAMEN BUCAL.

LA LOCALIZACIÓN Y EXTENSIÓN DE LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES EXIGE EL SONDEO CUIDADOSO CON UN EXPLORADOR, SUELE SER DENSO Y DURO, PARDO OSCURO O VERDE NEGRUZO, DE CONSISTENCIA PÉTREA Y UNIDO CON FIRMEZA A LA SUPERFICIE DENTAL.

POR LO GENERAL, LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y LOS SUBGINGIVALES SE PRESENTAN JUNTOS, PERO PUEDE ESTAR UNO SIN OTRO, TAMBIÉN SE HA DENOMINADO AL CÁLCULO SUPRAGINGIVAL COMO SALIVAL Y AL CÁLCULO SUBGINGIVAL COMO SÉRICO, BASÁNDOSE EN LA SUPOSICIÓN DE QUE, EL PRIMERO DERIVA DE LA SALIVA Y EL ÚLTIMO DEL SUERO SANGUÍNEO.

LOS CÁLCULOS SUPRA Y SUBGINGIVALES POR LO GENERAL APARECEN EN LA ADOLESCENCIA Y AUMENTAN CON LA EDAD. EL TIPO SUPRAGINGIVAL ES MÁS COMÚN.

#### 4.- MALA ODONTOLOGÍA.

LAS RESTAURACIONES DENTALES Y LAS PRÓTESIS MAL HECHAS SON CAUSAS COMUNES DE INFLAMACIÓN GINGIVAL Y DESTRUCCIÓN PARODONTAL. LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES INADECUADOS TAM-

BIÉN PUEDEN LESIONAR LOS TEJIDOS PARODONTALES.

a) MÁRGENES DE RESTAURACIONES: LOS MÁRGENES DESBORDAN TES PROPORCIONAN LOS LUGARES IDEALES PARA LA MULTIPLICACIÓN DE BACTERIAS. TAMBIÉN SE HA DEMOSTRADO QUE HASTA RESTAURACIONES DE ALTA CALIDAD, SI SE COLOCAN DEBAJO DE LA ENCÍA, ACRECENTARÁN LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y LA INFLAMACIÓN GINGIVAL.

b) CONTORNOS: LAS CORONAS Y RESTAURACIONES SOBRE CONTORNEADAS TIENDEN A ACUMULAR PLACA Y POSIBLEMENTE EVITAN LOS MECANISMOS DE AUTOLIMPIEZA DE LOS CARRILLOS, LABIOS Y LENGUA ADYACENTES. CONTACTOS PRÓXIMALES INADECUADOS O MAL LOCALIZADOS, Y EL NO REPRODUCIR LA ANATOMÍA PROTECTORA NORMAL DE LOS REBORDES MARGINALES Y SURCOS DE DESARROLLO OCLUSALES CONDUCE AL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

c) CONCLUSIÓN: LAS RESTAURACIONES QUE NO CONCUERDAN CON LOS PATRONES OCLUSALES DE LA BOCA CAUSAN DESARMONÍAS OCLUSALES QUE PUEDEN SER LESIVOS PARA LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE.

d) MATERIALES: LOS MATERIALES DE RESTAURACIÓN NO

SON LESIVOS POR SÍ SOLOS PARALOS TEJIDOS PARODONTALES. -  
UNA EXCEPCIÓN SON LOS ACRÍLICOS DE AUTOCURADO.

LA CAPACIDAD DE RETENCIÓN DE PLACA DIFIERE SEGÚN EL  
MATERIAL DE RESTAURACIÓN, PERO TODOS PUEDEN SER LIMPIADOS  
ADECUADAMENTE SI SE PULEN Y SON ACCESIBLES AL CEPILLADO.

e) PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES: OCASIONAN UN AU--  
MENTO DE LA MOVILIDAD DE LOS DIENTES PILARES, INFLAMA---  
CIÓN GINGIVAL Y FÓRMACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES, CUANDO  
ÉSTAS NO SE ENCUENTRAN BIEN ADAPTADAS Y NO HAY UN CON---  
TROL REGULAR DE HIGIENE BUCAL.

f) PROCEDIMIENTOS DENTALES: EL USO DE DIQUES DE GO-  
MA, BANDAS DE COBRE, MATRICES Y DISCOS DE MANERA TAL QUE  
LACEREN LA ENCÍA PRODUCE GRADOS VARIABLES DE INFLAMACIÓN.

##### 5.- EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA ES LA ACUÑACIÓN FORZA-  
DA DE ALIMENTOS EN EL PARODONTO, POR LAS FUERZAS OCLUSA-  
LES. SE PRODUCE EN SECTORES INTERPROXIMALES O EN SUPER  
FICIES DENTALES VESTIBULARES O LINGUALES.

EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA ES UNA CAUSA MUY COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL. CON DEMASIADA FRECUENCIA EL HECHO DE NO RECONOCER Y SOLUCIONAR ORIGINA -- QUE EL TRATAMIENTO DE UN CASO DE ENFERMEDAD PARODONTAL - SEA POCO SATISFACTORIO.

#### 6.- RESPIRACIÓN BUCAL.

ES FRECUENTE VER GINGIVITIS ASOCIADA CON RESPIRACIÓN BUCAL, SU EFECTO ES ATRIBUIDO A IRRITACIÓN POR DESHIDRATACIÓN DE LA SUPERFICIE. LAS ALTERACIONES GINGIVALES-- INCLUYEN ERITEMA, EDEMA, AGRANDAMIENTO Y UN BRILLO SUPERFICIAL DIFUSO EN LAS ÁREAS EXPUESTAS.

LA RESPIRACIÓN BUCAL NO TIENE EFECTO SOBRE LA PREVALENCIA O EXTENSIÓN DE LA GINGIVITIS, EXCEPTO EN PACIENTES CON CÁLCULOS CONSIDERABLES; LOS RESPIRADORES BUCALES TIENEN GINGIVITIS MÁS GRAVE QUE LOS NO RESPIRADORES BUCALES CON ÍNDICES DE PLACA. SIMILARES; NO HAY RELACIÓN - ENTRE LA RESPIRACIÓN BUCAL Y LA PREVALENCIA DE GINGIVITIS EXCEPTO UN LIGERO AUMENTO DE LA GRAVEDAD.

## 7.- HÁBITOS.

LOS HÁBITOS SON FACTORES IMPORTANTES EN EL COMIENZO U EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL. CON FRECUENCIA, SE REVELA LA PRESENCIA DE UN HÁBITO INSOSPECHADO EN CASOS QUE NO RESPONDÍAN AL TRATAMIENTO PARODONTAL.

EMPUJE LINGUAL: LA LENGUA ES EMPUJADA HACIA ADELANTE CONTRA LOS DIENTES ANTEROINFERIORES, LOS CUALES SE INCLINAN Y TAMBIÉN SE DESPLAZAN EN SENTIDO LATERAL.

ÉSTOS HÁBITOS SE SUELEN ESTABLECER EN LA INFANCIA, Y ALGUNOS SUPONEN QUE NACEN DE LA ALIMENTACIÓN CON BIBE- RON CON PEZÓN DE DISEÑO INADECUADO. ASÍ MISMO, SE HAN CONSIDERADO LAS ENFERMEDADES NASOFARÍNGEAS Y ALÉRGICAS-- COMO CAUSAS POSIBLES DEL EMPUJE LINGUAL.

EL EMPUJE LINGUAL EJERCE PRESIÓN LATERAL EXCESIVA, QUE PUEDE SER TRAUMATIZANTE PARA EL PARODONTO. ASÍ MISMO PRODUCE SEPARACIÓN E INCLINACIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES, CON OCLUSIÓN ABIERTA EN EL SECTOR ANTERIOR, POSTERIOR O ZONA DE PREMOLARES.

BRUXISMO: ES EL APRETAMIENTO O RECHINAMIENTO AGRESI



VO, REPETIDO O CONTINUO DE LOS DIENTES DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, O DURANTE AMBOS, ES MÁS FRECUENTE EN ADULTOS, PERO TAMBIÉN EN NIÑOS.

POR LO GENERAL, LOS PACIENTES NO ESTÁN CONSCIENTES DEL HÁBITO, PERO SE QUEJAN DE DOLOR O SENSACION DE CANSANCIO EN MAXILARES O MÚSCULOS, EN PARTICULAR AL LEVANTARSE POR LA MAÑANA, QUE SE IRRADIA A LA CABEZA Y EL CUELLO, UNA SENSACIÓN DE ARDOR EN LOS MÚSCULOS O DOLOR DE CABEZA.

LA ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO ES DESCONOCIDA, PERO POR LO GENERAL SE LE ATRIBUYE A ANORMALIDADES OCLUSALES, ATENSIÓN EMOCIONAL, O AMBAS.

EL BRUXISMO PRODUCE ATRICIÓN DENTAL EXCESIVA, ENSANCHAMIENTO DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES, Y EN CASOS AVANZADOS REDUCCIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL.

LOS HÁBITOS ENUMERADOS AL TRAUMATIZAR EL PARODONTO, AGRAVAN LA ENFERMEDAD PARODONTAL EXISTENTE Y LLEVAN A LA MOVILIDAD DENTAL.

B) FACTORES GENERALES Y SISTÉMICOS.

ESTOS DERIVAN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, REGULAN LA REACCIÓN DE LOS TEJIDOS A FACTORES LOCALES, DE MODO QUE EL EFECTO DE LOS IRRITANTES LOCALES PUEDEN SER -- AGRAVADOS NOTABLEMENTE POR ESTADOS SISTÉMICOS DESFAVORABLES.

1.- TRASTORNOS NUTRICIONALES.

PUEDEN SER DEBIDOS A UNA INGESTIÓN INSUFICIENTE O - Desequilibrada, a defectos de absorción intestinal o a - una pérdida excesiva de elementos nutritivos esenciales - por vía intestinal.

a) DEFICIENCIA DE VITAMINA A: OCASIONA ALTERACIONES EPITELIALES IMPORTANTES, COMO: ATROFIA, DEGENERACIÓN, AUTÓLISIS, Y DESCAMACION DE LAS CÉLULAS EPITELIALES QUE -- TIENEN FUNCIONES SECRETORIAS Y DE RECUBRIMIENTO.

EN LA PIEL PUEDEN OBSERVARSE HIPERQUERATOSIS FOLICULAR, XEROSIS (PIEL SECA Y ARRUGADA) Y MARCADAS FORMACIONES CALLOSAS. PUEDEN AFECTARSE LA NARIZ, FARINGE, TRAQUEA Y BRONQUIOS, ORIGINANDO RONQUERA Y TOS SECA.

LA MUCOSA BUCAL, QUE NORMALMENTE ESTÁ TAPIZADA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, PUEDE RESULTAR ESTIMULADA A LA PRODUCCIÓN DE MÁS CANTIDAD DE QUERATINA Y RETENCIÓN DE LA MISMA OCACIONANDO ASI LESIONES QUERATÓSICAS.

PUEDE HABER DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL QUE PRODUCE SEQUEDAD Y ARDOR DE BOCA, ADEMÁS PUEDE ALTERARSE LA SENSACIÓN GUSTATIVA.

TAMBIÉN PUEDEN AFECTARSE LOS AMELOBLASTOS SECRETORES Y LOS DIENTES EN CURSO DE FORMACIÓN PUEDEN RESULTAR HIPOPLÁSICOS COMO LO MANIFIESTAN LAS DEPRESIONES, FISURAS O IRREGULARIDADES DEL ESMALTE.

LA METAPLASIA DE LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LA Córnea, Conjuntiva y GLÁNDULAS LAGRIMALES CON SUS CONDUCTOS PUEDE OCASIONAR NECROSIS, ULCERACIONES, INFECCIÓN Y SEQUEDAD DE ÉSTAS ESTRUCTURAS.

PUEDEN OBSERVARSE CEGUERA NOCTURNA, XEROFTALMÍA (SEQUEDAD) Y QUERATOMALACIA (REBLANDECIMIENTO DE LA Córnea).

b) DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO DE VITAMINA B: ES RARO QUE ENFERMEDAD BUCAL SE DEBA A DEFICIENCIA DE UN SOLO -- COMPONENTE DEL COMPLEJO B. POR LO GENERAL, LA DEFICIENCIA ES MÚLTIPLE.

LAS ALTERACIONES BUCALES COMUNES A DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO B SON: GINGIVITIS, GLOSITIS, GLOSODINEA, QUEILITIS ANGULAR E INFLAMACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA MUCOSA BUCAL. LA GINGIVITIS DE LAS DEFICIENCIAS DE VITAMINA B ES INESPECÍFICA, CAUSADA POR IRRITACIÓN LOCAL, NO POR DEFICIENCIA, PERO ESTÁ SUJETA AL EFECTO MODIFICADOR DE LA ÚLTIMA.

TIAMINA (VITAMINA B1) LAS ALTERACIONES BUCALES ATRIBUIDAS A LA DEFICIENCIA DE TIAMINA SON: LA SENSIBILIDAD ACENTUADA DE LOS TEJIDOS BUCALES; LESIONES DE TIPO HERPÉTICO DEL PALADAR, MUCOSA DE LAS MEJILLAS Y LENGUA; Y NEURALGIA DEL TRIGÉMINO.

INYECTANDO VITAMINA B1 ANTES DE LAS INTERVENCIONES SE HA OBSERVADO LA RÁPIDA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS-- DE LAS EXTRACCIONES Y DE LAS HERIDAS PRODUCIDAS POR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PERIODONTOCLASIA.

RIBOFLAVINA (VITAMINA B2): LAS ALTERACIONES BUCALES DE LA DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA SON LA GLOSITIS Y QUEILITIS ANGULAR.

LA GLOSITIS SE CARACTERIZA POR UNA COLORACIÓN PÚRPURA Y ATROFIA DE LAS PAPILAS SUPERFICIALES DE LA LENGUA QUE OCASIONAN UN ASPECTO BRILLANTE Y LISO.

LA QUEILITIS ANGULAR COMIENZA COMO UNA INFLAMACIÓN DE LAS COMISURAS LABIALES, A LO QUE SIGUE EROSIÓN, ULCERACIÓN Y FORMACIÓN DE FISURAS.

ÁCIDO NICOTÍNICO (NIACINA): LAS ALTERACIONES BUCALES SON CON FRECUENCIA, ESTOMATITIS; INFLAMACIÓN DIFUSA, EN PLACAS O GENERALIZADA DE LA MUCOSA BUCAL, CON ACOMPAÑAMIENTO DE ARDOR Y SENSACIÓN DOLOROSA.

LA LENGUA EN LA DEFICIENCIA AGUDA DE ÁCIDO NICOTÍNICO ES DE COLOR ROJO CARNE Y DOLOROSA CON ARDOR (GLOSOPIROSIS). EN LA DEFICIENCIA CRÓNICA DE ÁCIDO NICOTÍNICO, LA LENGUA ESTÁ ADELGAZADA Y FISURADA, CON SURCOS SUPERFICIALES, RUGOSIDADES MARGINALES Y ATROFIA DE LAS PAPILAS-FUNGIFORMES Y FILIFORMES.

EL HALLAZGO MÁS FRECUENTE ES LA GINGIVITIS ULCERONE  
CROSANTE AGUDA, POR LO GENERAL EN ÁREAS DE IRRITACIÓN LO  
CAL.

PIRIDOXINA (VITAMINA B6): LA DEFICIENCIA DE PIRIDO-  
XINA PUEDE ORIGINAR ESTOMATITIS, GLOSITIS O LESIONES DE-  
TIPO SEBORREICO ALREDEDOR DE LA BOCA, NARIZ Y OJOS.

LA GLOSITIS ES SEMEJANTE A LA QUE GENERA LA DEFI---  
CIENCIA DE ÁCIDO NICOTÍNICO ENROJECIMIENTO CON PEQUEÑAS-  
ÚLCERAS EN LA MUCOSA BUCAL Y QUEILITIS ANGULAR.

ÁCIDO FÓLICO: LA DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO ORIGI-  
NA ANEMIA MACROCÍTICA CON ERITROPOYESIS MEGALOBLÁSTICA,-  
ALTERACIONES BUCALES COMO ESTOMATITIS GENERALIZADA, CON-  
GLOSITIS ULCERADA, QUEILITIS Y QUEILOSI.

VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA): FACTOR ANTIPERNICIO  
SO DE LA ANEMIA. LOS TEJIDOS AFECTADOS POR LA FALTA DE  
ÉSTA VITAMINA PARECEN SER LOS NERVIOS PERIFÉRIOS, LA LEN  
GUA Y LA SANGRE.

c) DEFICIENCIA DE VITAMINA C: LA DEFICIENCIA GRAVE-

DE VITAMINA C PRODUCE ESCORBUTO, UNA ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR DIÁTESIS HEMORRÁGICA Y RETARDO DE LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS.

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ESCORBUTO SON: FATIGA, JADEO, LETARGIA, PÉRDIDA DEL APETITO, DELGADEZ, DOLORES FUGACES EN ARTICULACIONES Y MIEMBROS, PETEQUIAS EN LA PIEL (ESPECIALMENTE EN TORNO A LOS FOLÍCULOS PILOSOŞ) EPISTAXIS, EQUIMOSIS (PRINCIPALMENTE EN EXTREMIDADES INFERIORES).

d) DEFICIENCIA DE VITAMINA D: LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN LOS NIÑOS PRODUCE RAQUITISMO Y OSTEOMALACIA EN LOS ADULTOS. PUEDEN SER PRONUNCIADOS LOS EFECTOS -- DEL RAQUITISMO SOBRE LOS MAXILARES, Y LOS DIENTES QUE SE ENCUESTRAN EN PERÍODO DE FORMACIÓN.

LOS DIENTES CADUCOS NO SUELEN AFECTARSE, PERO PUEDEN ESTARLO LAS CORONAS DE LOS INCISIVOS CENTRALES PERMANENTES Y DE LOS PRIMEROS MOLARES Y A VECES DE LOS INCISIVOS LATERALES Y LAS CÚPIDES.

## 2.- TRASTORNOS DE TIPO HORMONAL.

EN GENERAL, LAS GLÁNDULAS Y TEJIDOS ENDÓCRINOS SON-

AQUELLOS QUE SECRETAN SUSTANCIAS QUÍMICAS (HORMONAS) A LA CIRCULACIÓN Y QUE AL EXISTIR ALGUNA ALTERACIÓN PRODUCEN-- CAMBIOS IMPORTANTES EN EL ORGANISMO.

a) HIPERTIROIDISMO: UNA IMPORTANTE MANIFESTACIÓN BUCAL DEL HIPERTIROIDISMO ES LA OSTEOPOROSIS DEL CRÁNEO Y - DE LOS MAXILARES DE DIVERSO GRADO, LOS ENFERMOS JÓVENES - PUEDEN PRESENTAR UNA CAÍDA PREMATURA DE LOS DIENTES DE LE CHE Y UNA ERUPCIÓN PRECOZ DE LA DENTICIÓN DEFINITIVA. SE HAN DESCRITO CASOS DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES HIPERTIROI- DEAS QUE YA TENÍAN DIENTES AL NACER.

b) DIABETES: AUNQUE NO HAY LESIONES ESPECÍFICAS DE - LOS TEJIDOS BLANDOS BUCALES O LESIONES DENTALES QUE SEAN- PATOGNOMÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS, EL DENTISTA PUEDE RECOGER CIERTOS DATOS QUE LE HAGAN SOSPECHAR LA EXISTEN-- CIA DE ESTA ENFERMEDAD.

ÉSTOS DATOS SON DE DOS TIPOS:

LOS OBTENIDOS EN LA HISTORIA Y LOS OBTENIDOS EN LA - EXPLORACIÓN. CUANDO LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN --- ORAL Y LA HISTORIA SE CONFIRMAN UNO AL OTRO, EL DENTISTA- ESTÁ OBLIGADO A SOLICITAR PRUEBAS ESPECÍFICAS DE DIAGNÓS- TICO.



HISTORIA: SE DEBE SIEMPRE PREGUNTAR AL ENFERMO SOBRE LA EXISTENCIA DE DIABETES EN CUALQUIERA DE SUS FAMILIARES DE SANGRE, CUANTO MÁ S NUMEROSOS, Y PRÓXIMOS SEAN LOS ANTECEDENTES DIABÉTICOS, MAYOR ES LA PROPENSIÓN DEL ENFERMO A TENER EL RASGO DIABÉTICO.

SÍNTOMAS GENERALES: ES RUTINARIO PREGUNTAR SOBRE LAS MANIFESTACIONES CLÁSICAS DE LA DIABETES MELLITUS, ÉSTAS--SON: POLIFAGIA, POLIDIPSIA, POLIURIA, NICTURIA, PÉRDIDA - DE PESO Y DEBILIDAD; EN LAS MUJERES: PRURITO VAGINAL, DAR A LUZ NIÑOS GRANDES Y ABORTO ESPONTÁNEO HABITUAL.

SINTOMAS ORALES: BOCA SECA, ARDOR DE LA MUCOSA BUCAL Y ABSCESOS GINGIVALES O PARODONTALES RECIDIVANTES SON LAS MANIFESTACIONES ORALES MÁ S FRECUENTES.

EXPLORACIÓN: EL EXPLORADOR DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS CUANDO HAYA:

- DESTRUCCIÓN PROGRESIVA PARODONTAL EN UNA PERSONA - JOVEN.
- DESTRUCCIÓN PARODONTAL PROGRESIVA E INEXORABLE QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO Y EN LA QUE HAY UNA SUPURACIÓN CONSTANTE DE LOS SURCOS O BOLSAS GINGIVALES.

- ABSCESOS PARODONTALES RECIDIVANTES.
- ABSCESOS GINGIVALES O PARODONTALES EN LOS QORTES.

#### TÉCNICAS DE LABORATORIO.

SOBRE TODO EL DESCUBRIMIENTO DE ANOMALÍAS DE LA GLUCEMIA DETERMINADA A CIERTOS INTERVALOS DE TIEMPO DESPUÉS DE UNA DOSIS DE PRUEBA DE GLUCOSA. (70 -100 mg%).

c) PUBERTAD: LA PUBERTAD SE ACOMPAÑA DE UNA RESPUESTA EXAGERADA DE LA ENCÍA A LA IRRITACIÓN LOCAL. INFLAMACIÓN PRONUNCIADA, COLORACIÓN ROJO AZULADA, EDEMA Y AGRANDAMIENTO SON EL RESULTADO DE IRRITANTES LOCALES QUE DE ORDINARIO GENERAN UNA RESPUESTA GINGIVAL RELATIVAMENTE LEVE.

A MEDIDA QUE SE ACERCA LA EDAD ADULTA, LA INTENSIDAD DE LA REACCIÓN GINGIVAL DECRECE, INCLUSO CUANDO SIGUEN ESTANDO PRESENTES LOS IRRITANTES LOCALES. AUNQUE LA PREVALENCIA Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL AUMENTAN EN LA PUBERTAD, ES PRECISO COMPRENDER QUE LA GINGIVITIS NO ES DE APARICIÓN UNIVERSAL DURANTE ÉSTE PERÍODO; CON EL CUIDADO ADECUADO DE LA BOCA SE PUEDE PREVENIR.

d) EMBARAZO: EL EMBARAZO POR SÍ MISMO NO PRODUCE GIN

GIVITIS. LA GINGIVITIS EN EL EMBARAZO TIENE SU ORIGEN - EN LOS IRRITANTES LOCALES, IGUAL QUE EN PERSONAS NO EMBARAZADAS.

EN AUSENCIA DE IRRITANTES LOCALES, NO HAY CAMBIOS NOTABLES EN LA ENCÍA. LOS IRRITANTES LOCALES CAUSAN LA -- GINGIVITIS; EL EMBARAZO ES UN FACTOR MODIFICADOR SECUNDARIO.

EL EMBARAZO AFECTA A ÁREAS INFLAMADAS CON ANTERIORIDAD; NO ALTERA ENCÍAS SANAS. EN ALGUNOS CASOS LA ENCÍA-INFLAMADA FORMA MASAS CIRCUNSCRITAS DE "ASPECTO TUMORAL", DENOMINADAS "TUMORES DEL EMBARAZO".

### 3.- AFECCIONES HEMATOLÓGICAS.

a) ANEMIA: SE CARACTERIZA POR LA DISMINUCIÓN ANORMAL DE LA HEMOBLOBINA CIRCULANTE ACOMPAÑADA GENERALMENTE DE - LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE HEMATÍES.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS SON:

- 1.- PALIDEZ DE LAS ENCÍAS Y DE LA MUCOSA BUCAL.
- 2.- GLOSITIS.
- 3.- ESTOMATITIS ANGULAR.

4.- ESTOMATITIS INFECCIOSA.

b) LEUCEMIA: LA LEUCEMIA ES UNA NEOPLASIA MALIGNA -- QUE AFECTA A LAS CÉLULAS FORMADORAS DE LOS ELEMENTOS SANGUÍNEOS. EL HECHO PRIMARIO ES LA PROLIFERACIÓN ANORMAL DE LOS LEUCOCITOS Y DE SUS PREDECESORES INMADUROS.

LAS MANIFESTACIONES BUCALES CONSISTEN EN MANIFESTACIONES DE PÚRPURA; TENDENCIA DE LAS ENCÍAS DE ASPECTO NORMAL A SANGRAR FÁCILMENTE, PEQUEÑOS PUNTOS HEMORRÁGICOS EN LAS ENCÍAS O EN LA MUCOSA BUCAL, ENGROSAMIENTO DE LAS ENCÍAS, ULCERACIONES DE LA LENGUA O DE LA MUCOSA DE LAS MEJILLAS.

c) HEMOFILIA: ES UNA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DE ORIGEN GENÉTICO Y LIGADA AL SEXO QUE SE PRESENTA EN LOS DESCENDIENTES VARONES DE UNA MUJER PORTADORA. EL DEFECTO HEREDITARIO CONSISTE EN UNA DEFICIENCIA DE UN FACTOR PLASMÁTICO QUE IMPIDE LA COAGULACIÓN NORMAL DE LA SANGRE.

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL SON: HEMORRAGIAS QUE PUEDEN PRODUCIRSE POR LOS TRAUMATISMOS MÁS-PEQUEÑOS, COMO INTERVENCIONES OPERATORIAS, PROFILÁCTICAS,

O EN LA ROTURA DE VASOS SANGUÍNEOS, OCASIONADA POR LA INTRODUCCIÓN DE UNA AGUJA HIPODÉRMICA TRAUMATIZANTE.

EXISTEN 3 TIPOS DE HEMOFILIA: A, B y C.

HEMOFILIA A.- CARACTERIZADA POR LA DEFICIENCIA DE LA GLOBULINA ANTIHEMOFÍLICA (AHG).

HEMOFILIA B.- (ENFERMEDAD DE CHRISTMAS) DEBIDA A LA DEFICIENCIA DE UN COMPONENTE DE LA --- TROMBOPLASTINA PLASMÁTICA (PTC).

HEMOFILIA C.- DEBIDA A LA DEFICIENCIA DE UN PREDECE-  
SOR DE LA TROMBOPLASTINA PLASMÁTICA --  
PTA (MENOS GRAVE NO LIGADA AL SEXO).

d) TROMBOCITOPENIA: SE DENOMINA PÚRPURA TROMBOCITOPÉ-  
NICA A LOS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS DEBIDOS A LA INTENSA -  
DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAQUETAS CIRCULANTES, GENERAL-  
MENTE NIVELES INFERIORES A 5,000/mm CÚBICO, PROVOCANDO HE-  
MORRAGIAS ESPONTÁNEAS.

## CAPÍTULO III

### ENFERMEDADES GINGIVALES.

EL TIPO MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL ES LA INFLAMACIÓN SIMPLE CAUSADA POR LA PLACA BACTERIANA ADHERIDA A LA SUPERFICIE DENTAL. SIN EMBARGO, EN LA ENCÍA OCURREN PROCESOS PATOLÓGICOS QUE NO SON CAUSADOS POR LA IRRITACIÓN LOCAL, COMO ATROFIA, HIPERPLASIA Y NEOPLASIA.

NO TODOS LOS CASOS DE GINGIVITIS SON OBLIGATORIAMENTE IGUALES POR EL HECHO DE QUE PRESENTAN ALTERACIONES INFLAMATORIAS, Y CON FRECUENCIA ES PRECISO DISTINGUIR ENTRE INFLAMACIÓN Y OTROS PROCESOS PATOLÓGICOS QUE PUDIERAN HALLARSE EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

#### GINGIVITIS AGUDA.

ES DOLOROSA, Y SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES DE CORTA DURACIÓN.

### GINGIVITIS CRÓNICA.

ENFERMEDAD QUE SE INSTALA CON LENTITUD, ES DE LARGA-DURACIÓN E INDOLORA, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON EXACERBACIONES AGUDAS. LA GINGIVITIS CRÓNICA ES EL TIPO MÁS COMÚN. LOS PACIENTES POCAS VECES RECUERDAN HABER SENTIDO SÍNTOMAS AGUDOS. ES UNA LESIÓN FLUCTUANTE EN LA CUAL, - LAS ZONAS INFLAMADAS PERSISTEN O SE TORNAN NORMALES, Y -- LAS ZONAS NORMALES SE INFLAMAN.

### INFECCIONES GINGIVALES.

- a) GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.
- b) GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.
- c) PERICORONITIS.

### GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA DESTRUCTIVA DE LA ENCÍA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA Y QUE COMIENZA EN LAS PUNTAS DE LAS PA PILAS INTERDENTALES DISEMINÁNDOSE A LA ENCÍA MARGINAL, -E PUEDE PRESENTARSE EN UN SOLO DIENTE, EN UN GRUPO DE DIEN- TES O ABARCAR TODA LA BOCA.

### MANIFESTACIONES ORALES.

EL DOLOR ES LA PRINCIPAL MOLESTIA, QUE SE INTENSIFI-

CA AL CONTACTO CON LOS ALIMENTOS CONDIMENTADOS O CALIENTES Y CON LA MASTICACIÓN, EL ALIENTO TIENE UN OLOR DESAGRADABLE, EL PACIENTE TIENE CONCIENCIA DE UNA CANTIDAD EXCESIVA DE SALIVA "PASTOSA" HEMORRAGIA GINGIVAL ESPONTÁNEA O HEMORRAGIA ABUNDANTE ANTE EL ESTÍMULO MÁS LEVE, SE DESCRIBE UNA SENSACIÓN CARACTERÍSTICA DE DIENTES COMO -- "ESTACAS DE MADERA".

#### ETIOLOGÍA.

NO ESTÁN CLARAS LAS CAUSAS PRECISAS DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. ES DE NATURALEZA INFECCIOSA, AUNQUE NO COMUNMENTE TRANSMISIBLE, SE CARACTERIZA -- POR LA APARICIÓN REPENTINA, FRECUENTEMENTE DESPUÉS DE -- UNA ENFERMEDAD DEBILITANTE O INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

PREVALECE LA OPINIÓN DE QUE ES CAUSADA POR UN COMPLEJO DE MICROORGANISMOS BACTERIANOS, BACILOS FUSIFORMES, ESPIROQUETAS, VIBRIONES Y ESTREPTOCOCOS.

#### DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN HALLAZGOS CLÍNICOS. EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PUEDEN CONSIDERARSE DOS TRASTORNOS EN PARTICULAR. ÉSTOS SON ESTOMATITIS HERPÉTICA-



PRIMARIA Y MÁS RARAS VECES, LEUCEMIA AGUDA.

EN LA ESTOMATITISHERPÉTICA LAS ENCÍAS A MENUDO TIENEN UN COLOR ROJO Y PUEDEN DESARROLLARSE ÚLCERAS EN LOS BORDES GINGIVALES, PRECEDIDAS POR VESICULAS EN FORMA DE CÚPULA, SE OBSERVAN GANGLIOS LINFÁTICOS CERVICALES CRECIDOS, Y A MENUDO, MALESTAR GENERAL CON FIEBRE, LA CUAL -- PUEDE SER INTENSA. LAS MANIFESTACIONES CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN HERPÉTICA QUE LA DIFERENCIAN EN FORMA DE FINIDA DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SON:

- 1.- LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES INDIVIDUALES.
- 2.- LA DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES, Y
- 3.- EL GRADO DEL MALESTAR GENERAL.

SI EL PACIENTE ESTÁ PÁLIDO O MUESTRA MALESTAR EVIDENTE, DEBE LLEVARSE A CABO UN ESTUDIO HEMATOLÓGICO, PARTICULARMENTE PARA DESCARTAR ANEMIA, LEUCOCITOSIS DEBIDA A OTRAS CAUSAS, LEUCOPENIA O LEUCEMIA AGUDA.

#### TRATAMIENTO.

PUEDEN DELINEARSE TRES ASPECTOS PRINCIPALES DEL TRATAMIENTO; A SABER:

- 1.- MEDIDAS FÍSICAS (HIGIENE ORAL) PARA REDUCIR LA INFECCIÓN AGUDA.
- 2.- USO DE ANTISÉPTICOS OXIDANTES.
- 3.- APLICACIÓN DE ANTIMICROBIANOS DE ACCIÓN GENERAL.

MEDIDAS FÍSICAS: ELIMINARSE LA PLACA Y EL CÁLCULO -- MEDIANTE LA DESCAMACIÓN MINUCIOSA Y LAVADO, CEPILLADO -- DENTAL Y ENJUAGUES BUCALES DE UN ANTISÉPTICO DILUIDO TIBIO.

ANTISÉPTICOS OXIDANTES: ÁCIDO CRÓMICO, PERÓXIDO DE HIDRÓGENO, HIPOCLORITO OPERBORATO DE SODIO. ÉSTOS SE -- APLICAN EN LOS BORDES GINGIVALES AISLADOS Y SECOS.

ÉSTOS ANTISÉPTICOS PARTICULARMENTE EL ÁCIDO CRÓMICO NO DEBEN UTILIZARSE EN FORMA REPETIDA; Y CUANDO UNA O -- DOS APLICACIONES NO SE ACOMPAÑA DE UNA CURACIÓN MANIFIESTA, ENTONCES PROBABLEMENTE HAN SIDO INADECUADAS LAS MEDIDAS DE HIGIENE ORAL.

ANTIMICROBIANOS: COMO EL METRONIDAZOL, SI NO EJERCE ALGÚN EFECTO ENTONCES ES FACTIBLE QUE SEA INCORRECTO EL DIAGNÓSTICO DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

### GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.

ES UNA EFECIÓN QUE APARECE COMO UNA LESIÓN DIFUSA, ERITEMATOSA Y BRILLANTE DE LA ENCÍA Y LA MUCOSA ADYACENTE, CON GRADOS VARIABLES DE EDEMA Y HEMORRAGIA GINGIVAL.

EN EL PERÍODO PRIMARIO, SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE VESÍCULAS CIRCUNSCRITAS ESFÉRICAS GRISES EN LA ENCÍA MUCOSA LABIAL O VESTIBULAR, PALADAR BLANDO, FARINGE, MUCOSA SUBLINGUAL Y LENGUA. A LAS 24 HORAS, LAS VESÍCULAS SE ROMPEN Y DAN LUGAR A PEQUEÑAS ÚLCERAS DOLOROSAS CON UN BORDE ROJO, Y UNA PORCIÓN CENTRAL HUNDIDA, AMARILLENTA O BLANCO GRISÁCEA.

### MANIFESTACIONES ORALES.

LAS VESÍCULAS ROTAS SON LOS FOCOS DE DOLOR, SENSIBLES AL TACTO, VARIACIONES TÉRMICAS Y CONDIMENTOS, JUGOS DE FRUTAS Y AL MOVIMIENTO DE ALIMENTOS ÁSPEROS. HAY IRRITACIÓN GENERALIZADA DE LA CAVIDAD BUCAL QUE IMPIDE COMER Y BEBER.

### ETIOLOGÍA.

LA GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA ES UNA INFECCION

CIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL CAUSADA POR EL VIRUS HERPES SIM-  
PLE, APARECE CON MAYOR FRECUENCIA EN LACTANTES Y NIÑOS-  
MENORES DE 6 AÑOS, PERO TAMBIÉN SE VE EN ADOLESCENTES Y-  
ADULTOS. SU FRECUENCIA ES IGUAL EN HOMBRES QUE EN MUJE-  
RES.

#### DIAGNÓSTICO.

SE BASA EN HALLAZGOS CLÍNICOS. HAY QUE DIFEREN---  
CIAR LA GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA DE LA GINGIVI-  
TIS ULCERONECROSANTE AGUDA, DEL ERITEMA MULTIFORME, Y DE  
LA GINGIVITIS DESCAMATIVA.

EN EL ERITEMA MULTIFORME, LAS VESÍCULAS SON MÁS EX-  
TENSAS Y AL ROMPERSE FORMAN UNA SEUDOMEMBRANA.

EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ES UNA FORMA RELATI-  
VAMENTE RARA DE ERITEMA MULTIFORME, QUE SE CARACTERIZA--  
POR LESIONES HEMORRÁGICAS VESICULARES EN LA CAVIDAD BU--  
CAL, LESIONES OCULARES HEMORRÁGICAS Y LESIONES AMPOLLA--  
RES DE PIEL.

EN LA GINGIVITIS DESCAMATIVA HAY DESCAMACIÓN DEL --  
EPITELIO Y EXPOSICIÓN DEL TEJIDO SUBYACENTE. ES UNA EN-  
FERMEDAD CRÓNICA.

### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA -- AGUDA CONSISTE EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN FUNDAMENTAL Y APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL.

AUREOMICINA 250 MILIGRAMOS CUATRO VECES AL DÍA DURANTE TRES DÍAS O EN POMADA AL 3% APLICADA TOPICAMENTE O ENJUAGATORIO.

### PERICORONITIS.

LA DENOMINACIÓN PERICORONITIS SE REFIERE A LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA QUE ESTÁ EN RELACIÓN CON LA CORONA DE UN DIENTE INCOMPLETAMENTE ERUPCIONADO. ES MÁS FRECUENTE EN LA ZONA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS O PARCIALMENTE ERUPCIONADOS.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

HAY ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS Y PROLIFERACIÓN BACTERIANA EN EL ESPACIO DE LA CORONA DEL DIENTE Y EL CAPUCHÓN DE LA ENCÍA QUE CUBRE LA CORONA, EL LÍQUIDO INFLAMATORIO Y EL EXUDADO CELULAR PRODUCE UN AUMENTO DE VOLUMEN DEL CAPUCHÓN QUE IMPIDE EL CIERRE COMPLETO DE LOS MAXILARES. EL CUADRO CLÍNICO ES EL DE UNA LESIÓN SUPURATIVA,

INFLAMADA, MUY ROJA, EXQUISITAMENTE SENSIBLE, CON DOLO--  
RES IRRADIADOS AL OÍDO, GARGANTA Y PISO DE LA BOCA.

TRATAMIENTO.

PRIMERA VISITA.

- 1.- SE LAVA SUAVEMENTE LA ZONA CON AGUA TIBIA PARA-  
ELIMINAR LOS RESIDUOS SUPERFICIALES Y EXUDADO -  
DE LA SUPERFICIE, Y SE APLICA ANESTESIA TÓPICA.
- 2.- SE PINTA LA ZONA CON ANTISÉPTICO, SE LEVANTA --  
SUAVEMENTE EL CAPUCHÓN CON RASPADOR. SE QUI--  
TAN LOS RESIDUOS SUBYACENTES Y SE LAVA LA ZONA-  
CON AGUA TIBIA. EN ESTA PRIMERA VISITA ESTÁ -  
CONTRAINDICADO HACER CURETAJES EXTENSOS O PROCE  
DIMIENTOS QUIRÚRGICOS.
- 3.- INSTRUCCIONES AL PACIENTE:  
ENJUAGATORIOS CADA HORA, CON UNA SOLUCIÓN DE --  
UNA CUCHARADITA DE SAL EN UN VASO DE AGUA TIBIA  
REPOSO, ABUNDANTES LÍQUIDOS Y ANTIBIÓTICOS.

SI EL CAPUCHÓN GINGIVAL ESTÁ INFLAMADO, SE HACE UNA  
INCISIÓN ANTEROPOSTERIOR CON UN BISTURÍ DE BARD-PARKER -  
#15 PARA ESTABLECER UN DRENAJE Y SE INTRODUCE EN ELLA --

UNA MECHA DE GASA DE 0.6 cm.

SEGUNDA VISITA.

POR LO GENERAL LA LESIÓN HA MEJORADO NOTABLEMENTE,--  
SI SE COLOCÓ UN DRENAJE SE RETIRA. SE SEPARA SUAVEMEN-  
TE EL CAPUCHÓN DEL DIENTE Y SE LAVA LA ZONA CON AGUA TI-  
BIA. EL PACIENTE CONTINUARÁ CON LAS INDICACIONES DEL -  
DÍA ANTERIOR Y VOLVERÁ AL DÍA SIGUIENTE.

TERCERA VISITA.

EN ÉSTA SESIÓN SE DETERMINA SI CONSERVAR EL DIENTE-  
O EXTRAERLO. DEPENDERÁ DE LA POSIBILIDAD DE UNA ERUP--  
CION EN BUENA POSICION FUNCIONAL.

SI SE DECIDE CONSERVAR EL DIENTE, SE REALIZAN LOS -  
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PERTINENTES.

BAJO ANESTESIA SE INICIA LA INCISIÓN INMEDIATAMENTE  
DELANTE DEL BORDE DE LA RAMA ASCENDENTE Y SE EXTIENDE HA  
CIA ABAJO Y ADELANTE, EN DIRECCIÓN A LA SUPERFICIE DIS--  
TAL DE LA CORONA, TAN CERCA COMO SEA POSIBLE DEL NIVEL -  
DE LA UNIÓN AMELOCEMENTARIA. ESTO DESPRENDERÁ UNA POR-  
CIÓN DE TEJIDO EN FORMA DE CUÑA QUE INCLUYE EL CAPUCHÓN-

GINGIVAL. ES NECESARIO ELIMINAR EL TEJIDO DISTAL AL DIEN  
TE, ASÍ COMO EL CAPUCHÓN QUE CUBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS QUE SE MANIFIESTAN EN CAVIDAD  
ORAL.

1.- ENFERMEDADES VIRALES.

- a) HERPANGINA                      b) HERPES ZOSTER.

2.- ENFERMEDADES FUNGICAS.

- a) CANDIDIASIS AGUDA. b) CANDIDIASIS CRÓNICA.

HERPANGINA.

LA HEPANGINA ES UNA FORMA BASTANTE COMÚN DE LA BUCO  
FARINGITIS, TIENE UN CURSO BREVE DE 7 a 10 DÍAS, CON PO-  
CAS COMPLICACIONES Y SÍNTOMAS LEVES. ES CAUSADA POR EL  
VIRUS COXSACKIE, GRUPO A, CEPA 4.

LESIONES BUCALES.

HAY INFLAMACIÓN AGUDA DE LA BUCOFARINGE Y ZONAS POS  
TERIORES A LA BOCA, COMO PALADAR BLANDO, ÚVULA Y PARTE--  
POSTERIORES DEL PALADAR DURO. APARECEN NUMEROSAS VESÍ-



CULAS QUE SE ROMPEN PRONTO DEJANDO PEQUEÑAS ÚLCERAS.

LA LESIÓN BUCOFARINGEA PUEDE SER RELATIVAMENTE DOLO  
ROSA, Y PUEDE HABER DISFAGIA SI LA INFLAMACIÓN ACARREA -  
EDEMA INTENSO.

#### DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNÓSTICO SE HACE SOBRE LA BASE DEL CUADRO CLÍ  
NICO CARACTERÍSTICO. LA HERPANGINA HA SIDO FRECUENTE--  
MENTE DIAGNOSTICADA CLÍNICAMENTE COMO "GARGANTA ESTREPTO  
CÓCICA."

#### TRATAMIENTO.

NO HAY TRATAMIENTO ESPECÍFICO. EL TRATAMIENTO DE  
APOYO INCLUYE ALIMENTACIÓN BLANDA Y ENJUAGATORIOS OXIDAN  
TES SUAVES COMO AGUA OXIGENADA DILUIDA.

ANTIBIÓTICOS POR VÍA SISTÉMICA.

#### HERPES ZOSTER.

LA ENFERMEDAD SE MANIFIESTA CON UNA FASE DE TIPO --  
NEURÁLGICO. A LOS DOS O TRES DÍAS HAY DOLOR Y ARDOR EN  
LAS VESÍCULAS QUE SE FORMAN A LO LARGO DEL TRAYECTO DEL-

NERVIO AFECTADO.

EL QUINTO PAR CRANEANO ES ATACADO EN 15% DE LOS CASOS. CUANDO ESTÁN AFECTADAS LAS RAMAS DEL MAXILAR SUPERIOR Y MAXILAR INFERIOR, LAS LESIONES APARECEN EN LA PIEL, EN LA MUCOSA BUCAL O EN AMBAS. LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA LENGUA, EL PALADAR BLANDO Y LOS CARRILLOS SON LOS SITIOS INTRABUCALES MÁS FRECUENTES.

TRATAMIENTO.

ADEMÁS DEL TRATAMIENTO PALIATIVO LOCAL SU TERAPÉUTICA ES A BASE DE MEDICAMENTOS CAPACES DE ELEVAR LOS MECANISMOS DE DEFENSA, COMO LA GLOBULINA GAMMA QUE NO TIENE UNA FASE CURATIVA ESPECÍFICA, SINO QUE ATENÚA LA VIRULENCIA DEL MICROORGANISMO EN ACCIÓN. SE UTILIZAN ANTIBIÓTICOS, PERO SU VALOR SE LIMITA A QUE CONTROLAN INFECCIONES SECUNDARIAS.

CANDIDIASIS AGUDA.

LA CANDIDIASIS AGUDA ES LA INFECCIÓN MICÓTICA MÁS COMÚN DE LA MUCOSA BUCAL. SE PRESENTA EN TRES TIPOS DE PACIENTES: EL ADULTO DEBILITADO, EL LACTANTE Y EL ADULTO

DEBILITADO, EL LACTANTE Y EL ADULTO QUE HA ESTADO SOMETIDO A TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS POR CIERTO TIEMPO. EL MICROORGANISMO CAUSAL ES CÁNDIDA ALBICANS.

### LESIONES BUCALES.

LAS LESIONES BUCALES APARECEN EN CUALQUIER PARTE DE LA SUPERFICIE MUCOSA, SON DE COLOR BLANCO CREMOSO, QUE SE ASEMEJA A LECHE COAGULADA, ADHERENTES Y, SI SE LAS RETIRA POR LA FUERZA, DEJAN PUNTOS SANGRANTES.

### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA CANDIDIASIS BUCAL AGUDA ES LA NISTATINA, EN SUSPENSIÓN O COMPRIMIDOS.

UNA CUCHARADA DE LA SUSPENSIÓN (100,000 UNIDADES/ml) SE DESPLAZA SUAVEMENTE DENTRO DE LA BOCA DURANTE UN MINUTO Y LUEGO SE LA INGIERE. ESTO DEBE REPETIRSE CUATRO VECES DIARIAS DURANTE 7 a 10 DÍAS.

### CANDIDIASIS CRÓNICA.

ESTE ES UN TIPO RARO DE CANDIDA ALBICANS, QUE PRODUCE UNA INFECCIÓN QUE DESEMBOCA EN UNA LESIÓN GRANULOMATO

SA; COMIENZA EN LA INFANCIA O EN LA NIÑEZ TEMPRANA Y PUE  
DE PERSISTIR VARIOS AÑOS.

LAS LESIONES BUCALES VAN ACOMPAÑADAS DE LESIONES EN  
UÑAS Y PIEL.

LA AFECCIÓN FINAL DE LOS PULMONES, MUCHAS VECES CON  
LESIONES DE RIÑÓN CONCOMITANTE, TERMINA EN LA MUERTE EN-  
UN PORCENTAJE ALTO DE CASOS. EL DIAGNÓSTICO SE CONFIR-  
MA POR ESTUDIOS DE LABORATORIO.

#### TRATAMIENTO.

ADMINISTRACIÓN DE ANFOTERICINA B, AGENTE MICÓTICO -  
POTENTE PERO RELATIVAMENTE TÓXICO.

#### AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

##### 1.- AGRANDAMIENTOS INFLAMATORIOS.

- a) ABSCESO GINGIVAL.      b) ABSCESO PARODONTAL

##### 2.- AGRANDAMIENTOS CONDICIONADOS.

HORMONAL: a) AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO.

b) AGRANDAMIENTO DE LA PUBERTAD.

### ABSCESO GINGIVAL.

ES UNA LESIÓN LOCALIZADA, DOLOROSA DE EXPANSIÓN RÁPI DA, QUE POR LO GENERAL SE INSTALA RAPIDAMENTE. SE LIM I TA AL MARGEN GINGIVAL O PAPILA INTERDENTAL.

EN COMIENZOS SE PRESENTA COMO UNA INFLAMACIÓN ROJA- CUYA SUPERFICIE ES LISA Y BRILLANTE. ENTRE LAS 24 Y 48 HORAS ES COMÚN QUE LA LESIÓN SEA FLUCTUANTE Y PUNTIAGUDA CON UN ORIFICIO EN LA SUPERFICIE, DEL CUAL PUEDE SER EX- PULSADO UN EXUDADO PURULENTO. SI SE DEJA QUE AVANCE, - LAS LESIONES SE ABREN ESPONTÁNEAMENTE.

### ETIOLOGÍA.

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO AGUDO ES RES PUESTA A IRRITACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS, COMO CERDAS DEL CEPILLO DENTAL, CÁSCARA DE MANZANA Y CAPARAZÓN DE LANGOS TA INTRODUCIDOS EN LA ENCÍA POR LA FUERZA.

### TRATAMIENTO.

BAJO ANESTESIA TÓPICA, SE INCIDE LA ZONA FLUCTUANTE CON UN BISTURÍ DE BARD-PARKER Y SE ENSANCHA SUAVEMENTE - LA INCISIÓN PARA FACILITAR EL DRENAJE. .

SE LIMPIA LA ZONA CON AGUA TIBIA Y SE LA CUBRE CON-  
UN AÓSITO DE GASA. UNA VEZ QUE CESE LA HEMORRAGIA, SE  
DESPIDE AL PACIENTE HASTA EL DÍA SIGUIENTE Y SE LE INDI-  
CA QUE SE ENJUAGUE CADA DOS HORAS CON AGUA TIBIA.

CUANDO EL PACIENTE VUELVE, LA LESIÓN SUELE ESTAR --  
DISMINUIDA DE TAMAÑO Y SIN SÍNTOMAS. SE APLICA ANESTE-  
SIA TÓPICA Y SE RASPA Y CURETEA LA ZONA. SI EL TAMAÑO -  
RESIDUAL DE LA LESIÓN ES DEMASIADO GRANDE, SE LA ELIMINA  
QUIRÚRGICAMENTE.

#### ABSCESO PARODONTAL.

EL ABSCESO PARODONTAL ES UNA INFLAMACIÓN PURULEN-  
LOCALIZADA EN LOS TEJIDOS PARODONTALES, SE PUEDE FORMAR-  
COMO SIGUE:

- 1.- POR EXTENSIÓN DE LA INFECCIÓN DE UNA BOLSA PARO-  
DONTAL, CUANDO ESTÁ OBSTRUIDO EL DRENAJE HACIA-  
LA LUZ DE LA BOLSA.
- 2.- ELIMINACIÓN INCOMPLETA DE CÁLCULOS DURANTE EL -  
TRATAMIENTO DE LA BOLSA PARODONTAL.
- 3.- DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO DEL DIENTE O PERFORA-

CIÓN DE LA PARED LATERAL DE LA RAIZ DURANTE EL-  
TRATAMIENTO ENDODÓNTICO.

LOS ABSCESOS PARODONTALES PUEDEN SER AGUDOS O CRÓN-  
COS.

ABSCESO PARODONTAL AGUDO.

EN EL ABSCESO AGUDO HAY DOLOR IRRADIADO PULSÁTIL, -  
SENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN DE LA ENCÍA, SENSIBILIDAD A-  
LA PERCUSIÓN DEL DIENTE, MOVILIDAD DENTAL, MANIFESTACIO-  
NES GENERALES COMO FIEBRE Y MALESTAR.

APARECE COMO UNA ELEVACIÓN OVOIDE DE LA ENCÍA, EN -  
LA ZONA LATERAL DE LA RAIZ, LA ENCÍA ES EDEMÁTICA Y ROJA  
CON UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. EN LA MAYORÍA DE-  
LOS CASOS, ES POSIBLE EXPULSAR PUS DEL MARGEN GINGIVAL -  
MEDIANTE PRESIÓN DIGITAL SUAVE.

DE CUANDO EN CUANDO, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS-  
DE ABSCESO PARODONTAL AGUDO SIN LESIÓN CLÍNICA NOTABLE.

TRATAMIENTO.

1.- SE AÍSLA EL ABSCESO CON TROZOS DE GASA, SE SECA

Y SE PINTA CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA SEGUIDO DE ANESTESIA TÓPICA Y ESPERAR DOS O 3 MINUTOS.

- 2.- CON UNA HOJA BARD-PARKER #12, SE HACE UNA INCISIÓN VERTICAL, DESDE EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL -- HASTA EL MARGEN GINGIVAL, PENETRANDO HASTA TEJIDO FIRME PARA ASEGURARSE DE QUE SE ALCANZARON LAS ZONAS PURULENTAS PROFUNDAS.

DESPUÉS DE LA PRIMERA SALIDA DE SANGRE Y PUS, IRRÍGUESE CON AGUA TIBIA Y AMPLÍESE SUAVEMENTE LA INCISIÓN-- PARA FACILITAR EL DRENAJE. UNA VEZ QUE CESE EL DRENAJE SE SECA LA ZONA Y SE PINTA CON ANTISÉPTICO.

- 3.- INDICACIONES: ENJUAGATORIOS CADA HORA CON UNA SOLUCIÓN DE UNA CUCHARADITA DE SAL EN UN VASO-- DE AGUA TIBIA. PENICILINA U OTROS ANTIBIÓTICOS. ABUNDANTES LÍQUIDOS. ANALGÉSICOS PARA EL DOLOR.

#### ABSCESO PARODONTAL CRÓNICO.

SE PRESENTA COMO UNA FÍSTULA QUE SE ABRE EN LA MUCOSA GINGIVAL EN ALGUNA PARTE CORRESPONDIENTE A LA RAIZ. EL ORIFICIO DE LA FÍSTULA PUEDE SER UNA ABERTURA MUY PE-



QUEÑA, DIFÍCIL DE DETECTAR. POR LO GENERAL ES ASINTOMÁTICO.

EL PACIENTE SUELE REGISTRAR ATAQUES QUE SE CARACTERIZAN POR DOLOR SORDO, MORDICANTE, LEVE ELEVACIÓN DEL DIENTE Y EL DESEO DE MORDER Y FROTAR EL DIENTE. HAY QUE DIFERENCIAR UN ABSCESO PARODONTAL DE UN ABSCESO PERIAPICAL.

SI EL DIENTE NO ES VITAL, ES PROBABLE QUE LA LESIÓN SEA PERIAPICAL.

UNA FÍSTULA DE UNA LESIÓN PERIAPICAL, SE LOCALIZA MÁS APICALMENTE, MIENTRAS QUE UNA FÍSTULA QUE DRENA EN LA ZONA LATERAL DE LA RAIZ INDICA UNA LESIÓN PARODONTAL.

SIN EMBARGO, EN ALGUNOS CASOS, ESPECIALMENTE EN NIÑOS, LA FÍSTULA DE LA LESIÓN PERIAPICAL DRENA A UN COSTADO DE LA RAIZ, Y NO EN EL ÁPICE.

#### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO PARODONTAL CRÓNICO PUEDE SER POR OPERACIÓN POR COLGAJO O GINGIVECTOMÍA.

OPERACIÓN POR COLGAJO.

- 1.- SE AÍSLA LA ZONA CON GASA, SE SECA Y SE PINTA -  
CON ANTISÉPTICO, SE INYECTA PARA ASEGURAR LA --  
ANESTESIA.
- 2.- SE SONDEA EL ABSCESO PARA DETERMINAR LA EXTEN--  
SIÓN DE LA LESIÓN.
- 3.- INCISIONES: SE ELIMINAN LOS CÁLCULOS SUPERFICIA  
LES Y SE HACEN DOS INCISIONES VERTICALES DESDE-  
EL MARGEN GINGIVAL HASTA EL PLIEGUE MUCOVESTIBU  
LAR, UNA VEZ HECHAS LAS INCISIONES VERTICALES,-  
SE HACE UNA INCISIÓN MESIODISTAL A TRAVÉS DE LA  
PAPILA INTERDENTAL, CON BISTURÍ PARODONTAL SE -  
DESPRENDE EL COLGAJO Y SE SOSTIENE CON UN SEPA-  
RADOR DE TEJIDOS.
- 4.- SE ELIMINA EL TEJIDO DE GRANULACIÓN CON CURETAS.  
SE ALISAN LAS SUPERFICIES RADICULARES CON AZA--  
DAS Y CURETAS. SI HAY FÍSTULA SE LE EXPLORA Y  
CURETEA.

NO SE TOCA EL HUESO, EXCEPTO EN CASOS EN QUE  
LA FÍSTULA ESTÉ MUY CERCA AL HUESO, SI ASÍ FUE-  
RA SE ELIMINAN LOS PUENTES MARGINALES DE HUESO,

PORQUE POR LO GENERAL ESTÁN AFECTADOS PATOLÓGICAMENTE Y ACTÚAN COMO CUERPOS EXTRAÑOS QUE ENTORPECEN LA CICATRIZACIÓN.

5.- RECOLOCACIÓN DEL COLGAJO: SE LIMPIA LA ZONA CON AGUA TIBIA, Y SE VUELVE EL COLGAJO A SU SITIO, SE CÚBREN LAS SUPERFICIES CON UN TROZO DE GASA, QUE SE SOSTIENE HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA. SE QUITA LA GASA, SE SUTURA Y SE CUBRE CON UN-- APÓSITO PARODONTAL.

6.- INDICACIONES: QUE NO SE ENJUAGUE POR ESPACIO DE 24 HORAS DESPUÉS DE LAS CUALES PODRA USAR UN EN JUAGATORIO DE SABOR AGRADABLE, DILUIDO AL TERCIO EN AGUA TIBIA, CADA 2 HORAS.

A LA SEMANA SIGUIENTE, SE RETIRA EL APÓSITO Y LAS-- SUTURAS Y SE ENSEÑA EL CONTROL DE LA PLACA.

#### TRATAMIENTO POR GINGIVECTOMÍA.

1.- SE AÍSLA LA ZONA, SE SECA Y SE PINTA CON UNA SO LUCIÓN ANTISÉPTICA Y SE INYECTA PARA ASEGURAR-- LA ANESTESIA ADECUADA.

2.- SE SONDEA EL ABSCESO PARA DETERMINAR LA EXTEN--  
SIÓN DE LA LESIÓN.

3.- INCISIÓN: SE ELIMINAN CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES--  
Y SE HACE UNA INCISIÓN SEMILUNAR ALREDEDOR DE -  
2mm. CON BISTURÍES PARODONTALES #20 G y 21 G.

LA ENCÍA INCIDIDA SE ELIMINA CON UNA AZADA QUI--  
RÚRGICA #19G.

4.- SE ELIMINA EL TEJIDO DE GRANULACIÓN Y LOS CÁLCU--  
LOS, Y SE ALISAN LAS RAÍCES. NO SE TOCA EL --  
HUESO.

SE LIMPIA LA ZONA CON AGUA TIBIA Y SE CUBRE CON  
UN APÓSITO DE GASA HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA  
DESPUÉS SE COLOCA UN APÓSITO PARODONTAL.

5.- SE DESPIDE AL PACIENTE CON LA HOJA DE INSTRUCC--  
IONES QUE SE ENTREGA DESPUÉS DE UNA GINGIVECTO--  
MÍA.

A LA SEMANA SIGUIENTE SE RETIRA EL APÓSITO, SE ENSE--  
ÑA AL PACIENTE EL CONTROL DE PLACA.

LA SALUD GINGIVAL SE RESTAURA ENTRE LAS 6 y 8 SEMA--  
NAS, Y SE OBSERVA REPARACIÓN ÓSEA RADIOGRÁFICA DESPUÉS--

DE 9 MESES.

AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO.

EN EL EMBARAZO, EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL PUEDE SER MARGINAL O GENERALIZADO, O PRESENTARSE COMO MASAS MÚLTIPLES DE ASPECTO TUMORAL.

EL EMBARAZO NO PRODUCE LA LESIÓN: EL METABOLISMO ALTERADO DE LOS TEJIDOS INTENSIFICA LA RESPUESTA A LOS IRRITANTES LOCALES.

LA ENCÍA AGRANDADA ES ROJO BRILLANTE O MAGENTA, BLANDA Y FRIABLE, DE SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. SANGRA ESPONTÁNEAMENTE O A UNA PROVOCACIÓN LEVE.

EL LLAMADO TUMOR DEL EMBARAZO NO ES UNA NEOPLASIA, ES UNA RESPUESTA INFLAMATORIA A LA IRRITACIÓN LOCAL, Y ES MODIFICADO POR EL ESTADO DE LA PACIENTE, SUELE PRESENTARSE DESPUÉS DEL TERCER MES DE EMBARAZO, PERO ES POSIBLE QUE APAREZCA ANTES.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

ES UNA MASA ESPÉRICA CIRCUNSCRITA, APLANADA, SEMEJAN

TE A UN HONGO, POR LO GENERAL, DE COLOR ROJO OSCURO O MAGENTA, DE SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. ES UNA LESIÓN SUPERFICIAL E INVADE EL HUESO SUBYACENTE.

ES INDOLORO, SALVO QUE SU TAMAÑO Y FORMA SEAN TALES-QUE PERMITAN LA ACUMULACIÓN DE RESIDUOS BAJO SU MARGEN O-SE INTERPONGAN EN LA OCLUSIÓN, EN CUYO CASO PUEDE HABER--ÚLCERAS DOLOROSAS.

#### TRATAMIENTO.

LA INFLAMACIÓN DEL AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA INTER--DENTAL Y MARGINAL SE TRATAN POR RASPAJE Y CURETAJE.

EL TRATAMIENTO DE LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES DE--ASPECTO TUMORAL CONSISTE EN LA EXCISIÓN QUIRÚRGICA MÁS EL RASPAJE Y ALISADO DE LAS SUPERFICIES DENTALES. EL AGRAN--DAMIENTO RECIDIVARÁ, SALVO QUE SE ELIMINEN TODOS LOS IRRI--TANTES. EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA ES UN FACTOR FRE--CUENTE.

#### AGRANDAMIENTO EN LA PUBERTAD.

ES COMÚN OBSERVAR EL AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA DURAN--TE LA PUBERTAD. ELLO SUCEDE TANTO EN VARONES COMO EN MU

JERES Y EN ÁREAS DE IRRITACIÓN LOCAL.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EL AGRANDAMIENTO ES MARGINAL E INTERDENTAL Y SE CARACTERIZA POR TENER PAPILAS INTERPROXIMALES ABULTADAS. POR LO GENERAL, SOLO SE AGRANDA LA ENCÍA VESTIBULAR, Y -- LAS SUPERFICIES LINGUALES QUEDAN RELATIVAMENTE SANAS. PRESENTA TODAS LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA ENFERMEDAD-GINGIVAL INFLAMATORIA CRÓNICA.

TRATAMIENTO

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN LA PUBERTAD SE TRATA -- POR RASPaje Y CURETAJE, Y ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FUENTES DE IRRITACIÓN, Y MEDIANTE EL CONTROL DE PLACA. EL PROBLEMA EN ÉSTOS PACIENTES LO CONSTITUYE LA RECIDIVA A CAUSA DE MALA HIGIENE BUCAL.

ESTA TESIS NO PUEDE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## CAPÍTULO IV

### ENFERMEDADES PARODONTALES

LA PARODONTITIS ES EL TIPO MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD-- PARODONTAL PRODUCIDA POR LA EXTENSIÓN HACIA LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE DE LA INFLAMACIÓN INICIADA EN LA ENCÍA.

#### PARODONTITIS MARGINAL AGUDA.

ES UN PROCESO INFLAMATORIO AGUDO BIEN LOCALIZADO QUE INVADIR LAS ZONAS INTERPROXIMAL Y MARGINAL DEL PARODONTO, EL DOLOR ES INTENSO, LA ENCÍA ESTÁ EDEMATOSA, INFLAMADA E INTENSAMENTE SENSIBLE AL SONDEO.

EL HUESO SUBYACENTE ESTÁ INVADIDO Y PRESENTA UNA RÁPIDA DISOLUCIÓN DE SUS COMPONENTES CORTICAL Y TRABECULAR.

#### PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA.

LA PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA, SUELE SER INDOLORA,-



PERO PUEDEN MANIFESTARSE SÍNTOMAS COMO:

- 1.- SENSIBILIDAD A CAMBIOS TÉRMICOS A ALIMENTOS Y LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL, COMO CONSECUENCIA DE LA DENUDACIÓN DE LAS RAÍCES.
- 2.- DOLOR IRRADIADO PROFUNDO Y SORDO DURANTE LA MASTICACIÓN Y DESPUÉS DE ELLA, CAUSADO POR EL ACUÑAMIENTO FORZADO DE ALIMENTOS DENTRO DE LAS BOLSAS PARODONTALES.
- 3.- SÍNTOMAS AGUDOS COMO DOLOR PUNZANTE Y SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN PROVENIENTE DE ABSCESOS PARODONTALES O GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SOBREGREGADA.
- 4.- SÍNTOMAS PULPARES COMO: SENSIBILIDAD A DULCES, -- CAMBIOS TÉRMICOS O DOLORES PUNZANTES, COMO CONSECUENCIA DE PUÑPITISL

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EL PACIENTE PUEDE QUEJARSE DE SANGRADO DE LAS ENCÍAS O DE UN SABOR DESAGRADABLE. HAY MIGRACIÓN DE LA INSERCIÓN EPITELIAL A LO LARGO DE LA RAZA HACIA EL ÁPICE. RESORCIÓN DE HUESO ALVEOLAR. FORMACIÓN DE BOLSAS SUPRAÓSEAS

E INFRAÓSEAS, Y MOVILIDAD DENTARIA.

BOLSA SUPRAÓSEA.

LA LESIÓN INFLAMATORIA NO SE LIMITA SOLAMENTE A LA--  
ENCÍA, SINO QUE SE HA EXTENDIDO POR LOS TEJIDOS SUBYACEN-  
TES (ES DECIR, HUESO Y ESPACIOS MEDULARES).

LA BASE DE LA BOLSA SE ENCUENTRA EN UN PUNTO O SERIE  
DE PUNTOS CORONALES A LA CRESTA ÓSEA.

RADIOGRÁFICAMENTE, UNA IMAGEN DE RESORCIÓN ÓSEA HORI  
ZONTAL SUGIERE LA FORMACION DE UNA BOLSA SUPRAÓSEA.

BOLSA INFRAÓSEA.

ESTÁ LOCALIZADA A UN NIVEL APICAL A LA CRESTA ÓSEA.  
RADIOGRÁFICAMENTE, LA POSIBILIDAD DE UNA BOLSA INFRAÓSEA  
LA SUGIERE UN DEFECTO ÓSEO VERTICAL.

TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE LA PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA PUE  
DE SER POR RASPaje O GINGIVECTOMÍA.

RASPAJE Y CURETAJE: ES EL TRATAMIENTO PARA LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES PROFUNDAS SUPRÁÓSEAS E INFRAÓSEAS DONDE LOS CÁLCULOS QUE SE HALLAN SOBRE LA RAIZ - PUEDEN VERSE EN SU TOTALIDAD MEDIANTE LA SEPARACIÓN DE LA PARED DE LA BOLSA CON UN CHORRO DE AIRE TIBIO.

GINGIVECTOMÍA: ES EL TRATAMIENTO PARA LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS SUPRÁÓSEAS PROFUNDAS DONDE LOS DEPÓSITOS QUE SE HALLAN SOBRE LA RAIZ NO PUEDEN VERSE CUANDO LA PARED DE LA BOLSA ES SEPARADA CON UNA SONDA O CHORRO DE AIRE TIBIO. TAMBIÉN EN TODAS LAS BOLSAS SUPRÁÓSEAS INDEPENDIENTEMENTE DE SU PROFUNDIDAD, SI LA PARED DE LA BOLSA ES FIBROSA Y FIRME.

#### RASPAJE Y CURETAJE.

PRIMERAMENTE: ANESTESIAMOS LA ZONA Y AISLAMOS CON ROLLOS DE ALGODÓN O GASAS PINCELANDO LA ZONA CON UN ANTISÉPTICO SUAVE, COMO EL MERTHIOLATE O METAPHEN.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE RASPAJE Y CURETAJE, SE LIMPIA LA ZONA INTERMITENTEMENTE CON TORUNDAS DE ALGODÓN SATURADAS CON UNA MEZCLA A PARTES IGUALES DE AGUA TIBIA Y AGUA OXIGENADA AL 3%.

SEGUNDO: ELIMINAREMOS LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES - CON RASPADORES SUPERFICIALES. ESTO TENDRÁ POR CONSECUEN CIA LA RETRACCION DE LA ENCÍA DEBIDO A LA HEMORRAGIA DE-- SENCADENADA, INCLUSO POR LA INSTRUMENTACIÓN MÁS SUAVE.

TERCERO: ELIMINAREMOS LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES- INTRODUCIENDO UNA CURETA HASTA EL FONDO DE LA BOLSA, POR- DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DEL CÁLCULO Y LO DESPRENDEMOS.

CUARTO: ALISAMOS LA SUPERFICIE DENTAL UTILIZANDO CU- RETAS PARA ASEGURAR LA ELIMINACIÓN DE DEPÓSITOS PROFUNDOS DE CEMENTO NECRÓTICO Y EL ALISAMIENTO DE LAS SUPERFICIES- RADICULARES.

QUINTO: ELIMINAREMOS EL REVESTIMIENTO INTERNO ENFER- MO DE LA PARED DE LA BOLSA CON CURETAS DE BORDES CORTAN-- TES EN AMBOS LADOS, DE MODO QUE EN LA MISMA OPERACIÓN SE- ALISE LA RAIZ.

FINALMENTE SE PULE LA SUPERFICIE DENTAL CON TAZAS PU LIDORAS DE GOMA CON ZIRCATE MEJORADO O UNA PASTA DE PIEDRA PÓNEZ FINA CON AGUA.

EL CAMPO SE LIMPIA CON AGUA TIBIA Y SE EJERCE PRESIÓN SUAVE PARA ADAPTAR LA ENCÍA AL DIENTE. EL USO DE BARNIZ-PARA TEJIDOS, PARA CUBRIR LA ZONA ES OPCIONAL.

SE RECOMIENDA AL PACIENTE, PRESTAR ATENCIÓN ESPECIAL A LA LIMPIEZA DE SUS DIENTES, LIMPIEZA QUE PRIMERO SERÁ--SUAVE Y LUEGO SE AUMENTARÁ GRADUALMENTE EL VIGOR DEL CEPI LLADO, LA LIMPIEZA INTERDENTAL Y EL USO DEL HILO, SEGUIDO DE IRRIGACIÓN CON AGUA.

#### GINGIVECTOMÍA.

LAS BOLSAS LAS EXPLORAMOS CON UNA SONDA PARODONTAL Y LAS MARCAMOS CON UNA PINZA MARCADORA DE BOLSAS. INTRODUCIMOS LA PINZA CON EL EXTREMO RECTO HASTA EL FONDO DE LA-BOLSA Y MARCAMOS LA PROFUNDIDAD CON EL EXTREMO PARA PUNZAR HACIENDO PUNTOS SANGRANTES EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA BOLSA.

INCISIÓN: SE HACE POR APICAL A LOS PUNTOS SANGRANTES Y LA EXTENDEMOS HASTA EL FINAL A NIVEL DEL FONDO DE LA --BOLSA. DONDE NUESTRA ENCÍA SEA GRUESA, EL BISEL PUEDE--SER LARGO, POR EL CONTRARIO, EN PRESENCIA DE ENCÍA DELGADA, NUESTRO BISEL SERÁ CORTO. SE PUEDE USAR LA INCISIÓN--CONTINUA O DISCONTINUA.

INCISIÓN DISCONTINUA: SE COMIENZA EN LA SUPERFICIE -- VESTIBULAR DEL ÁNTULO DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE AVANZA HACIA ADELANTE, SIGUIENDO EL CURSO DE LAS BOLSAS, HASTA EL ÁNGULO DISTOVESTIBULAR DEL DIENTE QUE SIGUE.

LA OTRA INCISIÓN SE COMIENZA AHÍ DONDE LA ANTERIOR -- CRUZA EL ESPACIO INTERDENTAL, Y ASÍ SE REPITE EN CADA DIENTE POR OPERAR.

INCISIÓN CONTINUA: SE COMIENZA EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE LLEVA HACIA ADELANTE SIN INTERRUPCIÓN, SIGUIENDO EL CURSO DE LAS BOLSAS HASTA LA LÍNEA-MEDIA. EL PROCESO SE REPITE EN LA SUPERFICIE LINGUAL.

INCISIÓN DISTAL: UNA VEZ QUE REALIZAMOS LAS DOS INCI-SIONES, TANTO POR VESTIBULAR COMO POR LINGUAL O PALATINO,- LAS UNIREMOS MÉDIANTE UNA INCISIÓN EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE ERUPCIONADO, HACIÉNDOLA CON UN BISTURÍ - 20 G Y POR DEBAJO DEL FONDO DE LA BOLSA, DEBIENDO DE BISE-LAR A MODO QUE COINCIDA CON LAS OTRAS DOS INCISIONES.

ELIMINAR EL TEJIDO DE GRANULACIÓN CON CURETAS ANTES - DE COMENZAR EL RASPAJE MINUCIOSO.

ELIMINAR EL CÁLCULO Y EL CEMENTO NECRÓTICO Y ALISAR - LA SUPERFICIE RADICULAR CON RASPADORES Y CURETAS.

DESPUÉS LA ZONA SE LAVA VARIAS VECES CON AGUA TIBIA Y SE CUBRE CON UN TROZO DE GASA DOBLADO EN FORMA DE U.

SE INDICA AL PACIENTE QUE OCLUYA SOBRE LA GASA, LA -- CUAL SE DEJA PUESTA HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA.

COLOCACIÓN DEL APÓSITO: EL APÓSITO SE MODELA EN DOS - CILINDROS DE LA LONGITUD DE LA ZONA TRATADA.

SE DOBLA UN EXTREMO DEL CILINDRO EN FORMA DE GANCHO Y SE COLOCA ALREDEDOR DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO --- DIENTE Y EL RESTO DEL CILINDRO SE LLEVA HACIA ADELANTE HAS TA LA LÍNEA MEDIA, PRESIONÁNDOLO SUAVEMENTE A LO LARGO DEL MARGEN GINGIVAL INCIDIDO. EL SEGUNDO CILINDRO SE APLICA EN LA SUPERFICIE LINGUAL Y SE UNE A LAS ZONAS INTERPROXIMA LES, MEDIANTE PRESIÓN SUAVE SOBRE LAS SUPERFICIES VESTIBU LAR Y LINGUAL DEL APÓSITO.

#### PARODONTITIS COMPLEJA CRÓNICA.

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SON LAS MISMAS QUE EN LA PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA CON LAS SIGUIENTES EXCEPCIONES: HAY UNA INCIDENCIA MÁS ALTA DE BOLSAS INFRAÓSEAS, Y PÉRDIDA ÓSEA ANGULAR (VERTICAL) MÁS QUE HORIZONTAL, ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

LA MOVILIDAD DENTARIA TIENDE A APARECER ANTES Y A SER MÁS INTENSA.

LA PARODONTITIS COMPLEJA SE ORIGINA POR LOS EFECTOS - COMBINADOS DE LA PLACA BACTERIANA Y LA INFLAMACIÓN RESULTANTE, Y EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

#### ENFERMEDADES DISTRÓFICAS.

a) HIPERPLÁSICAS.    b) ATRÓFICAS.    c) DEGENERATIVAS.

#### HIPERPLÁSICAS.

LOS TRASTORNOS VERDADERAMENTE HIPERPLÁSICOS POR LO GENERAL PUEDEN DISTINGUIRSE POR EL COLOR PÁLIDO Y LA CONSISTENCIA FIRME DE LAS ENCÍAS.

#### FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA.

ESTE TRASTORNO RARO SE CARACTERIZA POR HIPERPLASIA FIBROSA BURDA DE LAS ENCÍAS.

EL INICIO DEL CRECIMIENTO GINGIVAL PUEDE SER TEMPRANO EN LA LACTANCIA ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES O BIEN PUEDE NO DESARROLLARSE HASTA UNA ETAPA ULTERIOR DE LA INFANCIA. LAS ENCÍAS PUEDEN ESTAR TAN BURDAMENTE CRECIDAS-



COMO PARA CUBRIR POR COMPLETO A LOS DIENTES Y SON PÁLIDAS, FIRMES Y DE TEXTURA LISA O PUNTEADA.

#### TRATAMIENTO.

EL TEJIDO GINGIVAL EXCESIVO SOLO PUEDE ELIMINARSE MEDIANTE LA INCISIÓN QUIRÚRGICA, PERO ES POSIBLE QUE SE VUELV A FORMAR. SI TIENE QUE LLEVARSE A CABO GINGIVECTOMÍA, DEBE RETARDARSE EL MAYOR TIEMPO POSIBLE, DE PREFERENCIA -- HASTA DESPUÉS DE LA PUBERTAD QUE ES CUANDO LA TASA DE CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS ES MÁS LENTA.

DEBE PRESTARSE ATENCIÓN A LA HIGIENE ORAL PARA EVITAR QUE LOS EFECTOS DE LA INFECCIÓN SE SUPERPONGAN.

#### HIPERPLASIA POR FENITOÍNA.

LA HIPERPLASIA GINGIVAL EN PACIENTES QUE TOMAN FENITOÍNA (EPANUTIN, DILANTIN) PARA EL CONTROL DE LA EPILEPSIA COMIENZA COMO TODO UN AGRANDAMIENTO INDOLORO, QUE AFECTA -- PRINCIPALMENTE A LAS PAPILAS INTERDENTALES, LAS CUALES SE TORNAN BULBOSAS Y SE SUPERPONEN A LOS DIENTES.

DE MANERA TÍPICA LAS ENCÍAS ESTÁN FIRMES Y PÁLIDAS, -- TIENEN FORMA DE MORA CON UNA SUPERFICIE FINAMENTE LOBULADA QUE NO TIENDE A SANGRAR.

POR LO GENERAL LA HIPERPLASIA ES GENERALIZADA, PERO --  
MÁS INTENSA EN LAS REGIONES ANTERIORES, SUPERIOR E INFE---  
RIOR.

#### TRATAMIENTO.

EN LA HIPERPLASIA NO INFLAMATORIA CAUSADA POR LA FENI  
TOÍNA, LA SUPRESIÓN DE LA DROGA ES EL ÚNICO MÉTODO PARA --  
ELIMINARLA.

LA HIPERPLASIA CAUSADA POR FENITOÍNA MÁS INFLAMACIÓN--  
CAUSADA POR LA IRRITACIÓN LOCAL, SE TRATA POR GINGIVECTO--  
MÍA Y ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FUENTES DE IRRITACIÓN LOCAL  
A MÁS DEL CONTROL MINUCIOSO DE LA PLACA POR PARTE DEL PA--  
CIENTE.

#### ATRÓFICAS.

LA ATROFIA DE LOS TEJIDOS PARODONTALES PRODUCE RECE--  
SIÓN GINGIVAL Y EXPOSICIÓN GRADUAL DE LAS RAÍCES DEL DIEN--  
TE. ESTE TRASTORNO PRINCIPALMENTE SE PRODUCE CON EL AU--  
MENTO DE LA EDAD Y EL USO SOBRE LOS TEJIDOS, Y APARTE DEL--  
RETRAIMIENTO, LAS ENCÍAS CARACTERÍSTICAMENTE SON SALUDA---  
BLES.

#### ATROFIA POR DESUSO.

LA ATROFIA POR DESUSO SE PRODUCE CUANDO LA ESTIMULA--  
CIÓN FUNCIONAL QUE SE DEMANDA PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS

TEJIDOS PARODONTALES DISMINUYE INTENSAMENTE O FALTA.

SE CARACTERIZA POR EL ADELGAZAMIENTO DEL LIGAMENTO PARODONTAL, ADELGAZAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE FIBRAS PARODONTALES, ENGROSAMIENTO DEL CEMENTO Y REDUCCIÓN DE LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR Y OSTEOPOROSIS, QUE SE PRESENTA COMO UNA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO Y ESPESOR DE LAS TRABÉCULAS ÓSEAS. APARTE DEL RETRAIMIENTO, LAS ENCÍAS CARACTERÍSTICAMENTE SON SALUDABLES.

#### RECESIÓN GINGIVAL

ÉSTE FENÓMENO SE DEBE PRINCIPALMENTE A LOS CAMBIOS NATURALES QUE ACOMPAÑAN A LA EDAD. A MEDIDA QUE AVANZA LA EDAD LOS BORDES GINGIVALES SE RETRAEN DE LAS CORONAS DE LOS DIENTES, PERO POR LO GENERAL ESTÁN SANOS, LOS DIENTES POR SUPUESTO NO PRESENTAN CAMBIOS.

CLÍNICAMENTE LAS ENCÍAS SUELEN SER DE COLOR PÁLIDO Y TIENEN UNA CONSISTENCIA FIRME, PERO PARTE DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ESTÁN EXPUESTAS.

#### TRATAMIENTO.

LA PRINCIPAL CONSIDERACIÓN ESTRIBA EN MANTENER LIMPIOS LOS BORDES GINGIVALES, ESPECIALMENTE EN LOS ESPACIOS INTERSTICIALES CRECIDOS. PARA ESTE DEBEN USARSE PALILLOS DE MADERA.

LA PREVENCIÓN DE LA GINGIVITIS CRÓNICA ES LA ÚNICA MEDIDA ÚTIL EN CASOS DE RECESIÓN PRESENIL NO PUEDE HACERSE NADA PARA RESTABLECER EL TEJIDO PERDIDO.

LA SENSIBILIDAD DE LA DENTINA A MENUDO PUEDE REDUCIRSE MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ASTRINGENTES POTENTES COMO: UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE ZINC. PARA LOS DIENTES POSTERIORES NITRATO DE PLATA.

LA SOLUCIÓN SE APLICA A LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES QUE SE HAN SECADO Y AISLADO DE LAS ENCÍAS; EL PROCEDIMIENTO SE REPITE HASTA QUE LA DENTINA SE DESENSIBILICE EFECTIVAMENTE.

#### DEGENERATIVAS.

ESTA FORMA INCLUYE LESIONES DESTRUCTIVAS AVANZADAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

#### PARODONTITIS JUVENIL. (PARODONTOSIS).

ESTA ES UNA ENFERMEDAD RARA CARACTERIZADA POR RESORCIÓN ALVEOLAR CON MOVILIDAD DE LOS DIENTES, QUE AFECTA A PACIENTES JÓVENES, LOS DIENTES TAMBIEN PUEDEN INCLINARSE O LLEGAR A TENER EXTRUSIÓN.

LA DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES ES LA BASE DE SU CLASIFICACIÓN EN LAS FORMAS GENERALIZADA Y LOCALIZADA. LA PRIMERA ABARCA LA TOTALIDAD DE LOS DIENTES, MIENTRAS QUE -

LA SEGUNDA ATACA LOS PRIMEROS MOLARES Y LOS INCISIVOS.

FORMA GENERALIZADA: LAS LESIONES CORRESPONDEN A TRASTORNOS SISTÉMICOS COMO HIPOFOSFATEMIA, AGRANULOCITOSIS, -- SÍNDROME DE DOWN Y OTROS. POSEEN DIFERENTES CARACTERÍSTICAS SEGÚN LA ENFERMEDAD SISTÉMICA.

FORMA LOCALIZADA: INCLUYE LO QUE AHORA LLAMAMOS PARODONTITIS JUVENIL IDIOPÁTICA O PARODONTOSIS.

LA CAUSA DE LA PARODONTOSIS DE HECHO SE DESCONOCE, PERO RECIENTEMENTE SE HA SUGERIDO QUE LA PRESENCIA DE CIERTOS BACILOS ANAEROBIOS GRAMNEGATIVOS PUEDEN SER FACTORES -- CONTRIBUYENTES O CAUSALES.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LA CARACTERÍSTICA MÁS NOTABLE ES LA FALTA DE INFLAMACIÓN CLÍNICA Y LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES SON MOVILIDAD Y MIGRACIÓN DE INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES. LA MENOR DESTRUCCIÓN SE DÁ EN LA ZONA DE PREMOLARES INFERIORES.

A MEDIDA QUE LA ENFERMEDAD AVANZA, LAS SUPERFICIES RADICULARES DENUDADAS SE TORNAN SENSIBLES A CAMBIOS DE TEMPERATURA, ALIMENTOS Y ESTÍMULOS TÁCTILES COMO LOS PROVOCADOS POR CERDAS DE CEPILLO O LAS HOJAS DE LAS CURETAS.

AL MASTICAR PUEDE SENTIRSE DOLOR DEBIDO A LA IRRITACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE ORIGINADA POR LOS DIEN-

TES MÓVILES Y EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

LA PÉRDIDA ÓSEA VERTICAL ALREDEDOR DE LOS PRIMEROS MOLARES E INCISIVOS EN PERSONAS QUE NO TENGAN ALGUNA OTRA ENFERMEDAD ES UN SIGNO DIAGNÓSTICO CLÁSICO DE PARODONTITIS - JUVENIL.

LAS MANIFESTACIONES RADIOGRÁFICAS INCLUYEN "PÉRDIDA - DE HUESO PROFUNDA E IRREGULAR Y EL DESPLAZAMIENTO DE LOS-- DIENTES ANTERIORES".

#### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO POR FUERZA ES SINTOMÁTICO Y DE UTILIDAD LIMITADA. LOS DIENTES GRAVEMENTE AFECTADOS DEBEN EXTRAERSE. HAY Poca ESPERANZA PARA RESTABLECER LOS DIENTES INESTABLES A SUS POSICIONES ORIGINALES.

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

UNO DE LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES QUE PUDE DARME -- CUENTA DURANTE EL DESARROLLO DE MI TESIS, FUE QUE EL TIPO-- MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL ES LA INFLAMACIÓN SIMPLE-- CAUSADA POR LA PLACA BACTERIANA Y LA ENFERMEDAD PARODONTAL ES PRECEDIDA POR ESTA, CUANDO LA INFLAMACIÓN SE EXTIENDE - A LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE. SIN EMBARGO, EN-- LA ENCÍA OCURREN PROCESOS PATOLÓGICOS QUE NO SON CAUSADOS-- POR LA IRRITACIÓN LOCAL, COMO ATROFIA, HIPERPLASIA Y NEO-- PLASIA. ADEMÁS NO TODOS LOS CASOS DE GINGIVITIS SON IGUA-- LES POR EL HECHO DE QUE PRESENTEN INFLAMACIÓN, ES PRECISO-- DISTINGUIR ENTRE INFLAMACIÓN Y OTROS PROCESOS PATOLÓGICOS-- QUE PUDIERAN HALLARSE EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODON-- TAL.

POR ÚLTIMO, CADA ODONTÓLOGO GENERAL DEBEMOS ESTAR FA-- MILIARIZADOS CON LOS PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO PARODONTAL, PORQUE EL NO DIAGNOSTICAR Y TRATAR O HACER EL-- TRATAMIENTO PARODONTAL DISPONIBLE A NUESTROS PACIENTES CAU-- SARÁ PROBLEMAS DENTALES INNECESARIOS Y PÉRDIDA DE DIENTES.

B I B L I O G R A F Í A .

1.- CAWSON R.A.

CIRUGÍA Y PATOLOGÍA ODONTOLÓGICAS.

EDITORIAL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V.

MÉXICO, D.F., 1983

3a. EDICIÓN.

534 PÁGINAS.

2.- GLICKMAN.

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1983

5a. EDICIÓN.

1073 PÁGINAS.

3.- GUYTON ARTHUR C.

TRATADO DE FISIOLOGÍA MÉDICA.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1978

5a. EDICIÓN.

1159 PÁGINAS.

4.- KRUGER GUSTAVO O.

TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL.

EDITORIAL INTERAMERICANA

4a. EDICIÓN.

616 PÁGINAS.

5.- Mc. GRAW-HILL

PERIODONTOLOGÍA.

EDITORIAL INTERAMERICANA, VOLUMEN 2

DIAGONAL 1988

427 PÁGINAS.



6.- THOMA.

PATOLOGÍA ORAL.

EDITORIAL SALVAT EDITORES S.A.

BARCELONA, ESPAÑA 1973

6a. EDICION

1273 PÁGINAS.

7.- ZEGARELLI EDWARD V.

DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL.

EDITORIAL SALVAT S.A.

MALLORCA 43 BARCELONA, ESPAÑA 1981

651 PÁGINAS.