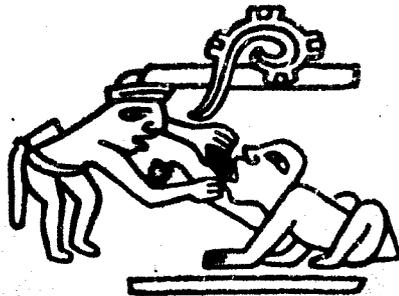


UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

15393

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



GINGIVITIS, SU PREVENCION
Y TRATAMIENTO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
Cirujano Dentista

15393

PRESENTA

Amalia Valdez Peña



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

- I. ANATOMIA DEL PERIODONTO
- II. INFLAMACION Y REPARACION
- III. DEFINICION DE GINGIVITIS
- IV. CLASIFICACION DE GINGIVITIS DE ACUERDO A SU EVOLUCION
- V. ETIOLOGIA
- VI. PATOLOGIA, MANIFESTACIONES CLINICAS
- VII. TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dentro de nuestra profesión existen alteraciones, que de no ser eliminadas a su tiempo, son predisponentes a enfermedades graves y entre éstas tenemos las que se refieren a los tejidos paradontales, las que en su mayoría se deben a factores locales y en un menor grado a factores generales.

Con esta recopilación de datos referentes a este tipo de alteraciones, nos dará una idea de la problemática y una visión más amplia de ellas.

Mi intención en esta investigación es recalcar la importancia de la prevención y conservación que se debe tener en la cavidad bucal.

ANATOMIA DEL PERIODONTO

El Periodonto esta constituido por:

Cemento, Hueso Alveolar, Encía y Ligamento Periodontal.

CEMENTO:

Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica. Hay dos tipos de cemento: el Acelular o Primario y el Celular o Secundario, los dos se componen de una matriz interfibrilar calcificada y de fibras colágenas.

El Cemento Celular contiene cementocitos que se encuentran en el tercio medio y apical.

El Cemento Acelular se encuentra en el tercio coronal o superior.

Los dos tipos de cemento están dispuestos en forma de láminas, separadas por líneas de crecimiento paralelas al eje mayor del diente. Los cementoblastos son células formadoras de cemento que segregan una sustancia intercelular, que después precipitan sales de potasio, fosfato, calcio y magnesio, llamándose cementocito.

HUESO:

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alvéolos

dentarios. Este se divide en dos:

Hueso Alveolar.- Está formando el alvéolo y llega a la cresta alveolar, se forma de la siguiente manera: de diente hacia hueso está el osteoide, éste lo forman los osteoblastos y no está calcificado. Después le sigue el hueso joven que no está del todo calcificado, luego está el hueso viejo, éste si está completamente calcificado y por último, encontramos el hueso que está en la parte interna de la cresta. A través del hueso hay gran cantidad de calículos que lo comunican con el parodonto, debido a su aspecto se le conoce como lámina cribiforme.

Hueso de Soporte.- Está formado por cortical interna, externa y hueso esponjoso. Entre las dos, el grosor del proceso alveolar es diferente en sentido vestibulo lingual, tanto en anterior como en posterior, siendo la parte anterior la más delgada.

La pared ósea del alvéolo dentario se llama lámina dura, tiene muchos canales por donde pasan vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, los cuales provienen del periodonto.

El tabique interdentario se constituye de hueso esponjoso, limitándose por las paredes alveolares de los dientes contiguos y las paredes corticales vestibulares y linguales.

ENCÍA:

La encía tiene ciertas características normales:

A) Color: Por lo general es rosado coral debido a la irrigación

que existe en esta zona, este color puede variar, debido a los siguientes factores:

1. Grado de Vascularización.
2. Grado de Queratinización.
3. Grado de Pigmentación Cutánea
4. Grosor del Epitelio.

- B) **Tamaño:** Es de suma importancia, pues su aumento sería un signo o característica de enfermedad.
- C) **Forma:** En la forma se van a encontrar muchas variaciones, éstas dependerán de la forma de las arcadas, de los dientes, posición de las piezas dentarias o bien del punto de contacto; así la encía papilar tiene forma piramidal, la encía marginal termina en filo, la encía adherida adquiere la forma del hueso de donde se localice y la encía alveolar no tiene una forma precisa.
- D) **Textura:** Es lo que se conoce como puntilleo de la encía, se observa mejor cuando esta seca; ésta varía de persona a persona, con la edad y se aprecia en diferentes zonas de la boca. Alguna disminución o variación es signo de que existe patología.

La encía adherida presenta puntilleo, la marginal carece de él y en la parte central de las papilas interdentarias se observa puntilleo.

- E) **Queratinización:** Es una adaptación protectora a la función, que se aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado correcto, la queratinización varía, -

siendo distinta en las diferentes partes de la boca; es mayor en el paladar, después siguiendo un orden decreciente, tenemos la encía, lengua, carrillos, disminuyendo el grado de queratinización con la edad.

- F) **Renovación del Epitelio:** Esta renovación es continua para conservar el grosor normal, estableciendo un equilibrio entre la formación de nuevas células y su exfoliación normal.
- G) **Posición:** Es la que ocupa la encía marginal cuando está unida al diente, es decir, la posición de la adherencia epitelial, obteniéndose así la profundidad normal del surco gingival.
- H) **Ausencia de la Hemorragia:** Si se llegará a presentar, significará presencia de una anormalidad.
- I) **Ausencia de gran cantidad de exudado:** Normalmente existe un exudado gingival o líquido crevicular; el cual consiste en: calcio, fosfato, potasio, agua, proteínas de bajo peso molecular como las opsoninas, gamaglobulinas, fibrinógenos, leucocitos polimorfonucleares, monocitos y macrófagos.

El aumento de este exudado gingival equivale a la presencia de patología.

La Encía desde el punto de vista histológico.

Se compone de dos tipos de tejidos:

- a) Tejido Epitelial , y
- b) Tejido conjuntivo.

a) Tejido Epitelial.- Está formado por varias capas de estrato, la más cercana al tejido conjuntivo se le conoce como Capa Basal, sus células tienen forma cilíndrica y en esta zona se realiza una intensa mitosis para sustituir a las que se pierden en la superficie, de donde se observa por medio de radiografías dos zonas : una radiopaca que esta más cerca al tejido conjuntivo y - otra radiolúcida, que está cerca del epitelio. La siguiente capa es la del Estrato Espinoso, el cual tiene varias capas o filas de células que tienen forma de espinas. Las células que están mas cercanas a la capa basal, también realizan la función de la mitosis. Y tanto la capa basal, como dichas células de esta zona se le denomina Zona Germinativa o Capas Germinativas.

La siguiente capa corresponde al estrato Granuloso, tiene varias filas de células, las cuales son un poco más aplanadas. En su citoplasma se observan gránulos de Paraqueratina y por último, tenemos una capa que es más superficial y que es la del estrato Córneo o Queratinizado, aquí las células no tienen organelos y al menor estímulo se desalojan.

- b) Tejido conjuntivo. Formado por fibras colágenas, células, y productos como los fibroblastos, macrófagos, osteoblastos, etc.

Las fibras colágenas están en la adherencia epitelial y en la punta de la cresta; se agrupan en:

1. *Fibras Dento Gingivales.*
Van desde el cemento del diente a la papila.
2. *Fibras Circulares.*
Rodean el diente a nivel del cuello.
3. *Fibras dento Periostales.*
Van del cemento al periostio.
4. *Fibras Cresto Alveolares.*

ASPECTOS HISTOLOGICOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal es el tejido conjuntivo que rodea la raíz del diente, la une al alvéolo óseo y se continúa con el tejido conjuntivo de la encía.

Función: Las funciones del ligamento periodontal son:

Formativa, de soporte, protectora, sensitiva y nutritiva.

Formativa:

Esta función es ejecutada por los cementoblastos, osteoblastos y fibroblastos, los cuales son esenciales en la formación de cemento, hueso y fibras del ligamento, durante los movimientos fisiológicos del diente en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

De Soporte:

Esta función del ligamento periodontal consiste en mantener la relación del diente con los tejidos duros y blandos que le rodean, los cuales limitan los movimientos masticatorios de éste, el ligamento periodontal protege a los tejidos en los sitios de la presión, lo que se efectúa mediante fibras de tejido conectivo.

Nutricionales y Sensoriales:

El ligamento periodontal provee de elementos nutricionales al cemento, al hueso y a la encía, mediante vasos sanguíneos que proporcionan drenaje sanguíneo del ligamento periodontal.

Físicas:

Transmisiones de las fuerzas oclusales al hueso, inserción del diente al hueso, mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, resistencia al impacto de las fuerzas oclusales, provisión de una envoltura de tejido blando para proteger a los vasos y nervios de lesiones producidas por fuerzas de masticación.

Oclusal y la estructura del ligamento periodontal:

De la misma manera que el diente depende del ligamento periodontal para que éste lo sostenga durante su función. El ligamento periodontal depende de la estimulación que le proporciona la función oclusal para conservar su estructura.

Desarrollo:

El ligamento periodontal se deriva del saco dentario que envuelve al germen dentario en su desarrollo.

Características Macroscópicas Normales:

Fibras Principales: Son fibras colágenas, dispuestas en haces que siguen un recorrido ondulado, los extremos de las fibras principales se insertan en el cemento y hueso y se denominan fibras de Sharpey.

Las fibras colágenas están orientadas de tal manera que se pueden dividir en los ligamentos siguientes: Ligamento gingival, Ligamento Interdentario y Ligamento Alvéolo Dentario.

Las fibras del ligamento se clasifican en :

Fibras transeptales:

Se insertan en el cemento y en la punta de la cresta alveolar. Estas se reconstruyen, incluso una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

Fibras Horizontales:

Se insertan en el hueso y el cemento. Su función es similar al de las fibras de la cresta alveolar.

Fibras Oblicuas:

Se insertan en el hueso y en el cemento, pero la inserción está en una posición más alta en el hueso que en el cemento. Estas soportan las fuerzas masticatorias y las transforman en tensiones sobre el hueso alveolar.

Fibras de la Cresta alveolar:

Estas se extienden oblicuamente desde el cemento inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar. Esta equilibra el empuje coronario de las fibras más apicales, así ayuda al diente a mantenerse dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales de éste.

Fibras Apicales:

Estas se distribuyen en forma de abanico alrededor del ápice y nervios.

Elementos Celulares:

Están constituidos por Fibroblastos, células endoteliales, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones de las células denominadas restos epiteliales de Malassez. Estos restos se distribuyen en el ligamento en casi todos los dientes cerca del cemento y son más abundantes en el área apical y cervical, y su cantidad disminuye con la edad por degeneración y desaparición, o se calcifican y se convierten en cementículos. Los restos proliferan al ser estimulados y participan en la formación de quistes.

La Irrigación:

Proviene de las siguientes fuentes:

1. De vasos de la zona periapical que proceden de los vasos que van a la pulpa.
2. De los vasos ramificados de las arterias interalveolares que llegan a los tejidos periodontales a través de aberturas de la pared del alvéolo.
3. De arterias de la encía que se anastomosan a través de la cresta alveolar con los tejidos periodontales.

Vascularización:

Esta proviene de las arterias alveolares Superior e Inferior.

La vascularización de la encía proviene de ramas de vasos profundos de lámina propia. El drenaje venoso del ligamento periodontal acompaña a la red arterial.

Linfáticos:

Estos complementan el sistema de drenaje venoso del ligamento periodontal. La corriente va desde el ligamento hacia el interior del Hueso alveolar vecino.

Nervios:

Estos siguen los caminos de los vasos sanguíneos tanto como de la zona periapical como de las arterias interdentarias.

INFLAMACION Y REPARACION

En este capítulo se verá, que tanto la inflamación como la reparación van ligados en la respuesta de los tejidos, cuando las células presentan una lesión. La inflamación predomina en la etapa inicial y posteriormente adquiere mayor importancia la reparación.

INFLAMACION:

La inflamación se puede definir como la sucesión reactiva de fenómenos morfológicos y bioquímicos que afectan a vasos y células y que se encuentran en tejidos vivientes alrededor del sitio de la lesión.

Historia de la Inflamación:

Los caracteres verdaderos de la inflamación se sospecharon cuando habían pasado milenios, le debemos a Galeno y a Celso la descripción de los signos fundamentales de la inflamación, que son: enrojecimiento (rubor), tumefacción (tumor), dolor, calor y disminución de la función.

En 1882 Cohnheim nos brindó una explicación lúcida y aún insuperable de las alteraciones microscópicas, fundándose en el estudio de lesiones benignas provocadas en el mesenterio y la lengua de las ranas; y en esencia describió todos los caracteres microscópicos vasculares y celulares principales de la reacción inflamatoria, que son:

1. Dilatación arteriolar.

2. Dilatación de vénulas y capilares.
3. Aumento de la rapidez del flujo sanguíneo por arteriolas, capilares y vénulas.
4. Congestión ulterior y retardo del flujo de sangre en capilares y vénulas.
5. Escape de líquido por las paredes de los vasos sanguíneos hacia los tejidos adyacentes (exudado o trasudado).
6. Desorganización del flujo laminar normal en vénulas y capilares con una orientación periférica de leucocitos.
7. Migración de leucocitos hacia el foco inflamatorio.

Definición del trasudado y exudado:

El trasudado es un líquido pobre en proteínas en el cual sólo se presentan albúminas, con densidad inferior a 1.012, que se filtra del plasma sanguíneo generalmente por aumento de la presión hidrostática.

El exudado es un líquido extravascular inflamatorio que escapa del vaso, sólo cuando hay aumento notable de la permeabilidad. El exudado posee concentración variable de proteínas plasmáticas (albúminas, globulinas, fibrinógeno y lipoproteínas).

En 1896, aproximadamente en la época de Cohnheim, Starling empezó a investigar el mecanismo de intercambio de líquido entre la sangre y los tejidos. Demostró que había flujo constante de líquido al interior y al exterior del compartimiento vascular regido por la presión hidrostática de la sangre y de los líquidos tisulares y por la presión osmótica de los componentes intravasculares y extravasculares,

pero pronto se demostró que su hipótesis no bastaba para explicar el escape de líquidos y proteínas que se observa en el exudado inflamatorio.

Lewis en 1922 postuló que los cambios vasculares y exudativos de la inflamación, eran activados por la liberación en los tejidos dañados, de una sustancia "H" que posteriormente designó como Histamina.

La Triple respuesta de Lewis indica que "cuando se frota energicamente la piel con un instrumento como la punta de un lápiz o el borde de una regla aparecerá una línea roja mate, que corresponde a la línea de compresión. En breve un halo rojo brillante o eritema - que rodea al sitio de frotamiento, lo cual va seguido de una aparición de ronchas edematosas, siguiendo la línea del daño original".

Lewis postuló que se libera alguna sustancia química, que era la Histamina, que produce la marca roja al causar dilatación vascular. Sugirió que el eritema circundante era neurogénico. Atribuyó la presencia de la roncha a la acción más lenta de la Histamina. De esta manera se introdujo la teoría de mediadores químicos como la vía común - de todos los estímulos lesivos.

En los componentes de la Reacción Inflamatoria van a intervenir los siguientes factores:

Mediadores químicos de la reacción inflamatoria, cambios hemodinámicos, cambios de permeabilidad, transporte pasivo y activo, cambios de leucocitos, pavimentación, quimiotaxis.

CLASIFICACION DE LA INFLAMACION:

1. Carácter de la reacción inflamatoria según la duración.

El estímulo puede ser breve como una cortadora de la piel, o du
radero como ocurre en la reacción a un cuerpo extraño no descu-
bierto o un microorganismo resistente. En el primero produce -
reacción inflamatoria aguda que se caracteriza principalmente
por cambios exudativos y vasculares, esta respuesta puede ser
mínima de manera que solo produzca tumefacción, enrojecimiento,
color y dolor.

En la inflamación crónica las reacciones tisulares pierden el
cuadro exudativo predominante y se tornan principalmente proli-
ferativas. Se debe de tomar en cuenta que no hay línea de sepa
racion entre la inflamación aguda y la crónica. A menudo se es
tablece un límite cronológico para establecer el cambio de -
aguda a crónica que va de 4 a 6 semanas.

La inflamación crónica suele originar cicatrización permanente.

REPARACION:

Esta abarca la reposición de la célula y tejidos muertos por
nuevas células sanas que provienen del parénquima o del tejido
conectivo . La función de la reparación es reconstruir el teji
do en la mayor medida posible.

En realidad la capacidad de regeneración del ser humano es bas
tante ilimitada, puesto que algunas células humanas tienen la
facultad de regenerarse en circunstancias muy limitadas.

Regeneración Parenquimatosa:

La sustitución de las células parenquimatosas destruidas por proliferación, sólo puede ocurrir en aquellos tejidos en los cuales las células conservan la capacidad de experimentar división mitótica.

Las células se han clasificado en tres grupos, fundándose en la capacidad de regeneración: lábiles, estables y permanentes. Las células de los dos primeros grupos tienen la capacidad de proliferar durante toda la vida, en tanto que las células permanentes no pueden reproducirse.

Reparación de tejido conectivo:

La proliferación de fibroblastos, de yemas y del depósito ulterior de colágena para producir cicatriz, son las consecuencias corrientes de la mayor parte de la lesión de tejidos.

Se acostumbra considerar que la reparación por tejido conectivo es por unión primaria, esto es, la que ocurre cuando los labios de la herida quirúrgica se colocan en aposición adecuada por suturas o por unión secundaria, es decir, la que ocurre cuando la pérdida de tejido impide la aposición mencionada. La cicatrización por unión primaria será por ejemplo: después de unir los labios de la herida por puntos, la línea de incisión se llena de coágulo sanguíneo y la superficie del coágulo se seca, lo cual produce costra o escara y de esta manera cierra la herida. Sobreviene la inflamación aguda corriente en los labios de la herida en un término de 24 hrs. y se observa un infiltrado abundante de polimorfonucleares y en esta etapa comienza simultáneamente dos actividades diferentes a saber: reepitelización de la superficie y formación de puentes fibrosos que cierran el efecto sub-epitelial.

La cicatrización por unión secundaria: ésta es mas tardada a causa de la pérdida de bastante tejido muerto y restos necróticos, este defecto es ocupado gradualmente por tejido de granulación.

Reparación ósea: la reparación del hueso puede ser tan perfecta que no se observe por estudios de Rayos X, incluso por estudios histológicos.

En la curación del hueso hay muchos factores importantes, uno de ellos es principalmente, la inmovilización adecuada del hueso, puesto que, si los extremos fracturados no se inmovilizan firmemente, no puede formarse tejido duro de la índole de trabéculas osteoides clasificadas. La reducción adecuada de la fractura apresura mucho la reparación.

Mecanismos que participan en la reparación: Epitelización, fibroplasia, vascularización y estímulos para la proliferación.

Epitelización:

La epitelización de una lesión en cualquier superficie comienza en un término de horas. Se han identificado tres caracteres de la actividad epitelial: Migración, Proliferación y Diferenciación.

La migración es característica de todas las células, por ejemplo es la mucosa que reviste el intestino delgado donde hay recambio celular muy rápido.

Proliferación Celular, suele ocurrir concomitantemente con la migración, no se conocen cabalmente los mecanismos que inician la actividad mitótica.

La diferenciación . Esta comienza cuando la herida ha sido

cubierta, y al continuar la proliferación el epitelio escamoso estratificado de la nueva epidermis se queratiniza y las células en la mucosa intestinal adoptan un aspecto cilíndrico corriente, con gránulos secretorios y actividad enzimática y secreta moco.

Fibroplasia y vascularización. Estos son caracteres generales de todos los fenómenos de reparación, excepto en las circunstancias óptimas, en las cuales la lesión parenquimatosa exclusiva permite la regeneración perfecta y reposición de la arquitectura original.

Estímulos para la proliferación celular. Las nociones actuales se han apartado del concepto de sustancias estimulantes hacia la hipótesis de que en estado normal hay limitaciones que impiden la actividad mitótica constante. Este concepto plantea que todas las células están genéticamente programadas para sintetizar las enzimas indispensables para el ciclo mitótico. Otra hipótesis interesante para explicar el comienzo de la proliferación en heridas guarda relación con los gradientes de oxígeno. Pero la más aceptada es la de Inhibición por contacto, según ésta, las células experimentan inhibición para proliferar por el intercambio de señales o de sustancias en sitios de contacto, pues al desaparecer el contacto como ocurre en los labios de una herida comienza el crecimiento.

Factores que modifican la rapidez de la reacción inflamatoria y de reparación.

1. Los cuerpos extraños son impedimentos patentes para la curación, como por ejemplo los puntos de sutura.
2. Inmovilización. Esta es beneficiosa para la curación de tejidos blandos.

3. Además de estos factores locales, hay influencias generales del huésped que modifican el fenómeno de inflamación y de reparación, sea cual sea la causa.
4. También desde hace largo tiempo se considera que la edad influye de manera importante en la reacción inflamatoria y en la rapidez de la reparación, pero sin embargo, no hay datos concluyentes sobre este tema.
5. La nutrición. Esta es de considerable importancia, puesto que se ha observado en experimentos clínicos que indican que en ausencia grave de proteínas se dificulta la curación de las heridas.

Esto se puede ver afectado por alteraciones en la sangre, diabetes e insuficiencia de riego sanguíneo. Este último en un tejido, es un factor patente que influye en la reparación e inflamación, puesto que en los tejidos bien vascularizados son más resistentes a las inflamaciones.

DEFINICION DE GINGIVITIS

Gingivitis: esta significa literalmente inflamación de la encía, por lo regular o casi siempre, se tiene la costumbre de nombrar Gingivitis a todas las enfermedades de la encía, o bien a cualquier cambio o molestia que se observe sin ver que no sólo en la encía suceden alteraciones inflamatorias, sino también alteraciones de tipo patológico.

También la inflamación juega un papel importante, en casos aislados de gingivitis y varía como sigue:

- 1. La inflamación es el cambio patológico primario y único, este es el tipo de enfermedad gingival de mayor frecuencia.*
- 2. La inflamación es una característica secundaria, superpuesta a una enfermedad gingival de origen general, por ejemplo: a enfermedades causadas por administración de fármacos.*
- 3. La inflamación es un factor desencadenante de alteraciones clínicas, en pacientes con estados generales que por sí mismo no producen la enfermedad gingival detectable, como es el caso de los estados fisiológicos de la mujer.*

Cuando exista enfermedad gingival la vamos a distinguir por ciertos cambios como son:

- 1. Generalmente la inflamación de la encía va a empezar en de las papilas y de allí se va a extender al margen gingival.*

2. Se va a observar cambios de coloración como el rosa coral, rojo encendido o bien azulado, violáceo o negruzco, según sea el grado de la lesión.
3. Pérdida del puntillado.
4. Sangrado al menor estímulo.
5. Gran cantidad de exudado gingival.

CLASIFICACION DE GINGIVITIS DE ACUERDO A SU EVOLUCION

A. Gingivitis Aguda.

Esta se caracteriza por inicio rápido y de evolución corta, manifestándose dos o tres días después de la lesión, siendo bastante dolorosa.

B. Gingivitis Sub-aguda.

También se caracteriza por un inicio rápido y evolución corta, manifestándose dos o tres días después de la lesión, siendo ésta más leve que la anterior.

Gingivitis Recurrentes.

Esta reaparece después de haber sido eliminada bajo tratamiento, o bien que desaparece espontáneamente y luego reaparece.

D. Gingivitis Crónica.

Se instala con lentitud, es de larga duración, siendo indolora por lo común.

De acuerdo al lugar donde se presenta:

A. Gingivitis localizada. - Se limita a la encla de un sólo diente o un grupo de dientes.

B. Gingivitis generalizada. Abarca toda la boca.

- C. *Gingivitis marginal.* Afecta al margen gingival, pero se puede extender a la encla insertada contigua.
- D. *Gingivitis papilar.* Abarca las papilas interdientarias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival.
- E. *Gingivitis difusa.* Abarca la encla marginal, encla insertada y papila interdientaria.

Esta distribución en enfermedades gingivales se pueden describir en combinación.

De acuerdo con sus características microbianas:

- A. *Gingivitis ulcero necrosante.* Es de tipo agudo, en ocasiones puede ser recurrente o bien de tipo crónico, siendo una enfermedad fusoespiroquetal.
- B. *Gingivo estomatitis herpética.* Es causada por un virus llamado herpes simplex, siendo de tipo agudo la infección.
- C. *Gingivitis estreptocócica.* Es de tipo agudo, causada por estreptococo beta hemolítico.

Clasificación de alteraciones que no están dentro de las inflamatorias:

- A. *Gingivitis por administración de fármacos.* Esto es debido a la administración de ciertos fármacos que provocan el edema en encla.

- B. *Atrofia por falta de irrigación. Suele suceder cuando existen cardiopatías o en discrasias sanguíneas.*
- C. *Atrofia por desuso. Se presentará cuando no hay uso de la función en forma normal.*
- D. *Atrofia por traumatismo. Las lesiones se deben al uso inadecuado del cepillado de dientes, espinas de pescado, la deglución de bebidas calientes durante la masticación.*
- E. *Gingivosis. También llamada gingivitis descamática difusa, es una infección degenerativa poco frecuente.*
- F. *Agrandamiento hiperplástico hereditario. Es el aumento de tamaño de la encía, es rara su aparición, también llamada Elefantiasis Familiar. Su etiología aún no está totalmente establecida.*
- G. *Afecciones hematológicas.*

Leucemia aguda, subaguda y crónica.

Existe otro tipo de gingivitis debido a Dermatitis, de manera que tenemos a tres tipos principales :

- a. *Líquen Plano.*
- b. *Pénfigo.*
- c. *Eritema multiforme.*

ETIOLOGIA

Los factores etiológicos pueden clasificarse en: irritantes locales y generales, o factores cualitativos.

Los locales actúan directamente sobre el parodonto, mientras que en el factor general, la resistencia a la desintegración y la respuesta a la agresión en la capacidad de reparación, modifican el defecto de los irritantes locales.

Los irritantes gingivales locales, una vez que empiezan a actuar, pueden desencadenar cambios que originan trastornos funcionales, por ejemplo: en el impacto de alimentos que pueden dar como resultado, la destrucción del tejido en los espacios interdenciales y causar además diastemas. Esta es una simplificación del problema, sin embargo, nos revela algo de la complejidad de la etiología de la enfermedad y el error de buscar siempre un solo agente causal sin investigar más a fondo.

Los factores locales son:

1. Respiración bucal.
2. Restauraciones inadecuadas.
3. Cepillado dentario incorrecto.
4. Agresión repetida de medidas higiénicas bucales
5. Anatomía defectuosa.
6. Impactación de alimentos.
7. Ortodoncia dental mal aplicada.
8. Irritación térmica y química.
9. Materia alba.

10. Residuos alimenticios
11. Tártaro.
12. Placa dentaria.

FACTORES LOCALES

RESPIRACION BUCAL

No es raro encontrar personas que acostumbren respirar por la boca y no por la nariz, esto se puede deber a varios factores como: problemas respiratorios, problemas anatómicos, por tener el labio superior más corto, una mala protusión, o ya sea, simplemente por un hábito o costumbre.

Es frecuente ver gingivitis asociada con la respiración bucal. Las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, agrandamiento y brillo superficial difuso en las áreas expuestas.

En la región anterior es el lugar más común en que se presenta esta lesión. En muchos casos la encía alterada se demarca nítidamente de la mucosa normal adyacente no expuesta.

La encía se seca al entrar el aire en la boca y después se vuelve a humedecer por acción de la saliva, y la gingivitis se produce por hidratación y deshidratación constante de la encía, ocasionando pérdida de la resistencia del tejido.

También es posible que el defecto se deba a resecamiento de toda la cavidad bucal, dando como resultado pérdida de la acción protectora de la saliva o del equilibrio de la flora bacteriana.

Sin embargo, no se ha demostrado la forma exacta en que la respiración bucal afecta a los cambios gingivales.

RESTAURACIONES INADECUADAS

Las restauraciones dentales inadecuadas y las prótesis son causas comunes de gingivitis.

Los márgenes desorbitantes en una restauración como en áreas proximales, proporcionan localidades ideales para la acumulación de la placa bacteriana, la multiplicación de bacterias, favoreciendo la acumulación de agentes irritantes .

Las restauraciones que no reproducen el contorno de las superficies vestibulares de los molares, desvían los alimentos hacia el margen y producen una inflamación.

CEPILLADO DENTARIO INCORRECTO

Es cuando se cepillan los dientes en forma incorrecta, sin ninguna técnica, y como consecuencia agreden a la encía y ocasionan algunas veces sangrado de la encía.

AGRESION REPETIDA DE MEDIDAS HIGIENICAS BUCALES

Esta agresión es por ejemplo cuando se usan dentríficos excesivamente abrasivos, también por el uso incorrecto del hilo dental, palillos o estimulantes dentales de madera, y esto da como resultado la inflama

mación gingival.

ANATOMIA DEFECTUOSA

Esta se trata cuando la anatomía o posición de los dientes no es la ideal, por lo que vamos a tener problemas con la higiene dental, provocando así una irritación gingival.

IMPACTACION DE ALIMENTOS

El impacto de los alimentos guarda relación con la anatomía de los dientes, con los contactos interproximales, con la posición de los márgenes y los contactos con el antagonista. También no es raro que en casos de sobremordida el alimento sea forzado contra la encla palatina por los dientes inferiores.

La relación de la encla con los dientes cambia también, si éste sale de su sitio en la arcada. Entonces ocurre el impacto de alimentos, dando por resultado la inflamación gingival.

ORTODONCIA DENTAL MAL APLICADA

Esta ocasiona necrosis de los tejidos blandos debido a movimientos bruscos o la mala aplicación de las fuerzas ortodónticas. Es importante que se enseñe al paciente los métodos apropiados de higiene bucal, especialmente cuando se le colocan aparatos ortodónticos.

IRRITACION TERMICA

Esta se debe a los cambios de temperatura sobre la encla, ya sea por quemaduras o por bebidas calientes, mismas que la debilitan producien

do así una patología.

IRRITACION QUIMICA

El uso indiscriminado de enjuagatorios bucales fuertes, la aplicación de tabletas de aspirina para aliviar el dolor dentario, el uso imprudente de drogas escaróticas y el contacto accidental con drogas como el fenol o nitrato de plata, es lo que provoca la irritación de la encía. Los elementos más comunes son gases como amoníaco, cloro, bromo, humo, ácidos y polvo metálico.

MATERIA ALBA

La materia alba es un irritante local que constituye una causa común de gingivitis. Es una substancia blanca y suave formada por dentritos alimenticios, materias purulentas y una placa de mucina subyacente.

Estos depósitos generalmente se acompañan de una inflamación gingival ligera y también de un proceso patológico grave.

La materia alba tiende a acumularse en el tercio gingival de los dientes y sobre todo en aquellos que presenten mal posición dentaria, y se puede formar sobre dientes previamente limpiados. Es posible quitarla mediante el chorro de agua, pero se precisa de la limpieza mecánica para asegurar su completa remoción.

La materia alba durante mucho tiempo fué considerada como un compuesto formado por residuos de alimentos, se le reconoce ahora como una concentración de microorganismos, células epiteliales descamadas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivales con pocas partí

culas de alimentos o a veces ninguna. Carece de una estructura interna regular como la que se encuentra en la placa.

RESIDUOS ALIMENTICIOS

La mayor parte de los residuos alimenticios son disueltos por las enzimas bacterianas y eliminados de la cavidad bucal a los cinco minutos de haber ingerido alimentos, pero quedan algunos residuos sobre los dientes y sobre la membrana mucosa. Aunque contengan bacterias los residuos de los alimentos, son diferentes de la placa y de la materia alba y son más fáciles de eliminar, por lo tanto, no son causas importantes de la gingivitis.

TARTARO

Los cálculos han sido reconocidos como una entidad relacionada con la enfermedad periodontal.

El cálculo es una masa adherente, calcificada o en calcificación que se forma sobre la superficie de los dientes naturales y prótesis dentales.

El cálculo está en relación con el margen gingival:

Cálculo Supragingival:

Se refiere al cálculo coronario en la cresta del margen gingival y es visible en la cavidad bucal. El cálculo supragingival por lo regular es blanco o blanco amarillento, de consistencia dura, arcillosa y se desprende con facilidad de la superficie dentaria mediante un instrumento adecuado como podría ser un raspador.

El color por lo regular es distinto debido a los diferentes factores que pueden intervenir, como por ejemplo: el tabaco o pigmentos de alimentos. El cálculo se puede presentar en un solo diente o en varios, o en su caso estar generalizado por toda la boca.

El cálculo supragingival suele aparecer con más frecuencia y en cantidades abundantes en las superficies vestibulares de los molares superiores que frente al conducto de Stenon, y en las superficies linguales de los dientes anteriores inferiores que están frente al conducto de Wharton, y con más frecuencia se presenta en los incisivos centrales que en los laterales. Se ha llegado a encontrar que en casos muy extremos, los cálculos forman una estructura a modo de puente a lo largo de todos los dientes. o también cubren la superficie oclusal de los dientes que carecen de antagonistas funcionales.

Cálculo subgingival.

Este se encuentra debajo de la cresta de la enca marginal.

La determinación de la localización y extensión de los cálculos subgingivales, exige el sondeo cuidadoso con un explorador. El cálculo infragingival es denso, duro, pardo, oscuro o verde negruzco, de consistencia pétreo y unido con firmeza a la superficie dentaria.

Contenido inorgánico. El cálculo supragingival consta de componentes inorgánicos (70 a 90 por 100), y el resto orgánicos. La parte inorgánica consiste en fosfato de calcio (75.9 por 100), carbonato de calcio (3.1 por 100), y fosfato de magnesio, con pequeñas cantidades de otros minerales.

Los componentes inorgánicos principales son: 39 x 100 de fósforo, 19 x 100; 0.8 x 100 de magnesio, 1.9 x 100 de anhídrido de carbónico y pequeñas cantidades de Na, Zn, Sr, Br, Cu, Mn, W, Au, Al, Si, Fe, y P, por lo menos dos tercios de los componentes inorgánicos son de estructura cristalina, hay cuatro formas de cristales: hidroxiapatita, brushita, whitlockita, fosfato cálcico, y se presentan según la frecuencia que tenga el depósito.

La parte orgánica. Esta consiste en una mezcla de compuestos, proteínas, polisacáridos, células epiteliales descamadas, leucocitos y diversas clases de microorganismos.

La unión del cálculo a la superficie dentaria se presenta por los siguientes medios:

1. Por medio de la película adquirida.
2. Por penetración en el cemento y en la dentina.
3. En áreas de resorción cementaria y dentinaria no reparada que quedan expuestas por la recesión gingival.
4. Por el acumulo de cristales inorgánicos del cálculo con la de la estructura dentaria.

También se hace referencia al cálculo supragingival como salival y al cálculo sublingual como sérico, basándose en la suposición de que el primero deriva de la saliva y el último del suero sanguíneo.

Los cálculos supragingival y subgingival por lo regular aparecen en la adolescencia y éste va aumentando con la edad. El tipo supragingival es el más común. Los cálculos subgingivales son poco comunes hasta los 9 años de edad. Por lo general, los cálculos supragingivales y los subgingivales se presentan juntos, pero puede estar uno sin el otro.

PLACA DENTARIA

La placa dentaria es un depósito blando amorfo granular que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios. Esta se adhiere firmemente a la superficie subyacente. A medida que se acumula se convierte en una masa globular visible con pequeñas superficies nodulares, cuyo color varía del gris y gris amarillento al amarillo. Para poder hacer la limpieza sólo se puede hacer por medio mecánico.

La placa aparece en sectores supragingivales, en su mayor parte aparece sobre el tercio gingival de los dientes y subgingivalmente tiene predilección por grietas, defectos y rugosidades y se forma en igual proporción en el maxilar superior como en el inferior.

La placa dentaria se deposita sobre una película adquirida, pero se puede formar también directamente sobre la superficie dentaria. A medida que la placa madura, la película subyacente persiste y experimenta degradación bacteriana o se calcifica.

La película adquirida es una capa delgada, lisa, incolora, translúcida, distribuida sobre la corona y en cantidades algo mayores cerca de la encía. La película se forma sobre una superficie dentaria limpia en pocos minutos, y mide aproximadamente de 0.05 a .08 micrones de espesor y se adhiere con firmeza a los prismas del esmalte.

La película adquirida es un producto de la saliva, no tiene bacterias y contiene glucoproteínas.

La formación de la placa comienza por la aposición de una capa única de bacterias sobre la película adquirida o la superficie dentaria.

Los microorganismos van unidos al diente:

1. Por una matriz adherida interbacteriana.

2. Por una afinidad de hidroxiapatita adamantina, por las glucoproteínas que atrae la película adquirida y las bacterias del diente.

La placa crece por:

1. Agregado de nuevas bacterias
2. Multiplicación de bacterias y
3. Acumulación de productos bacterianos.

Las bacterias se mantienen unidas a una matriz interbacteriana adhesiva y por una superficie adhesiva protectora.

La placa bacteriana se puede producir en un transcurso de 6 hrs., aun que se haya limpiado bien los dientes y su acumulación máxima puede ser alcanzada a los 30 días aproximadamente.

La composición consiste principalmente en microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos y una matriz intercelular adhesiva. Los sólidos orgánicos constituyen alrededor de 20 x 100 de la placa y el resto por agua, las bacterias constituyen el 70 x 100 de material sólido y el resto es una matriz intercelular.

La placa dentaria es una substancia viva y generadora con muchas microcolonias y microorganismos en diversas etapas de crecimiento. A medida que se desarrolla la placa, la población de bacterias cambia de un predominio inicial de cocos a una de bacilos filamentosos. Al comienzo las bacterias son con su totalidad de cocos facultativos y bacilos, los estreptococos forman alrededor de 50 x 100 de la población bacteriana con predominancia de Streptococcus Sanguis.

En los primeros días la placa aparece como una trama densa de cocos con algunos bacilos, cuando la placa madura, los filamentos aumen

tan gradualmente, mientras los cocos decrecen.

La saliva también interviene en la formación de la placa, puesto que la saliva contiene una mezcla de glucoproteínas que en su conjunto se denominan mucina, no se han identificado todas las glucoproteínas salivales, pero éstas se componen de proteínas combinadas como la glucosa, galactosa y 2 Hixosaminas.

Una de las glucosidazas es la enzima neuraminidaza, que separa al ácido sílico de la glucoproteína salival.

La pérdida de ácido sílico, tiene por consecuencia menor viscosidad salival y formación de un precipitado que se considera como un factor en la formación de la placa.

La placa dentaria no es un residuo de los alimentos y la velocidad de formación de la placa, no está relacionada con la cantidad de alimentos consumados.

Algunos investigadores opinan que ni la presencia o ausencia de los alimentos en la cavidad bucal, ni la frecuencia de las comidas, afectan el desarrollo de la placa.

La placa se forma con mayor rapidez durante el sueño, cuando no se ingiere alimentos después de las comidas.

La consistencia de la dieta afecta a la velocidad de la formación de placa, puesto que ésta se forma con rapidez con dietas blandas y con dietas duras que retardan su acumulación.

La importancia de la placa bacteriana en la enfermedad gingival, resíde en la concentración de bacterias y sus productos. La actividad metabólica, la morfología y el pH de la placa, varían de un diente

a otro, en diferentes áreas del mismo diente. Se han realizado muchos estudios acerca de los factores que intervienen para que una placa sea cariogénica, calculogénica o generadora de la enfermedad gingival. Se dice que las placas básicas son productoras de enfermedad gingival y las ácidas son reproductoras de caries.

FACTORES GENERALES

1. Pubertad
2. Mestruación.
3. Embarazo
4. Gingivitis Menopáusica
5. Diabetes
6. Factores Stressantes
7. Influencia nutricional.

FACTORES GENERALES

PUBERTAD

La pubertad se acompaña de una respuesta exagerada de la encía a una irritación local, provocando una inflamación pronunciada, coloración rojo azulada, edema y agrandamiento. Esto es el resultado de irritantes locales que de ordinario provocan una respuesta gingival leve, - que por lo común genera un encruzamiento anterior excesivo que agrava estos casos a causa de los efectos sobreagregados de la retención de alimentos y lesión de la encía en el sector vestibular anterior, sector palatino y en el maxilar superior.

A medida que se acerca la edad adulta la intensidad de la reacción gingival decrece, incluso cuando siguen estando presentes los irritantes locales.

La gingivitis no es de aparición universal durante este período, puesto que con el cuidado apropiado de la boca se puede prevenir.

MESTRUACION

Como regla general, el ciclo menstrual no presenta cambios gingivales notables, pero puede haber uno que otro problema.

Durante el período menstrual aumenta la frecuencia de la gingivitis.

En la asociación con el ciclo menstrual se registra una serie de cambios bucales que por lo común aparecen varios días antes del ciclo. Las pacientes se pueden quejar de que sus encías sangran y las

sienten inflamadas en los días que preceden al flujo menstrual.

El exudado de la encía inflamada aumenta durante la menstruación, indicando que existe la gingivitis.

La gingivitis de menstruación se caracteriza por hemorragias perididicas con proliferaciones rojo brillante y rosadas en las papilas interdentarias y ulceraciones persistentes en la lengua y mucosa bucal, que empeora justo antes del período menstrual.

Las lesiones bucales sanan en 3 o 4 días y la sensibilidad vaginal desaparece después de la menstruación y por el resto del ciclo las lesiones no aparecen si la paciente queda embarazada, pero éstas se repiten después del parto.

EMBARAZO

El embarazo por sí mismo no produce gingivitis, su origen es por los irritantes locales al igual que en personas no embarazadas.

Se ha señalado que la gingivitis del embarazo se presenta en un 35 a 50 x 100 de todas las mujeres embarazadas, pero con diversos grados de afectación.

Aunque no se conozca la causa exacta se han propuesto muchas teorías, entre ellas se han propuesto: las locales irritantes y alimenticias, falta de estrógenos utilizables en los tejidos gingivales y altos niveles de progesterona circulante.

Por lo general la enfermedad empieza en segundo o tercer mes del embarazo.

Las manifestaciones más sobresalientes son: agrandamiento de una o más papilas interproximales y en algunos casos hay dolor, las papilas se encuentran congestionadas, edematosas y sangran fácilmente. Su superficie es roja o púrpura y brillante, con pérdida de pequeños puntitos en casos intensos, el tejido hiperplásico gingival puede cubrir grandes porciones de las coronas anatómicas.

El 2% de las enfermas con gingivitis del embarazo producen el llamado tumor del embarazo, que es idéntico al granuloma piógeno y parece ser una extensión de la hiperplasia inflamatoria de la gingivitis del embarazo. El tumor crece desde la papila interdental y su tamaño puede variar desde unos milímetros a 2 ó 3 de diámetro.

GINGIVITIS MENOPAUSICA

Es lesión se presenta durante la menopausia o en el período posmenopáusicos, y ésta se caracteriza por encontrarse la encía y el resto de la mucosa bucal secas y brillantes, el color varía entre la palidez o el enrojecimiento anormal y sangra fácilmente, en algunos casos se observa fisuras en el pliegue mucovestibular, el paciente se queja de una sensación de ardor junto con una sensibilidad extrema a los cambios térmicos, las sensaciones de gustos anormales se describen como salado, picante o agrio.

La encía se atrofia de los estratos de células germinativas. Se dice que la lesión nace de la atrofia y menor queratización del epitelio bucal, unidas a la disminución de estrógenos o un desequilibrio en su metabolismo.

DIABETES

En 1882 Seiffert describió una relación entre la diabetes mellitus y

las alteraciones patológicas en la cavidad bucal. Estas alteraciones son las siguientes:

Se presentan una gran variedad de cambios bucales, como sequedad de la boca, eritema difuso de la mucosa bucal, lengua saburral y roja con indentaciones marginales y tendencia a abscesos periodontales y estomatitis diabética, encía agrandada y pólipos gingivales sesiles o pediculados gingivales sensibles, inflamadas que sangran profundamente, proliferaciones gingivales polipoides y aflojamiento de dientes. Estas alteraciones no siguen un patrón de incidencia en los diabéticos no controlados.

La diabetes no causa gingivitis o bolsas periodontales, pero hay signos de que altera la respuesta de los tejidos periodontales a los irritantes locales y a las fuerzas oclusales que aceleran la pérdida ósea en la enfermedad periodontal y retrasan la cicatrización postoperatoria de los tejidos periodontales.

FACTORES STRESSANTES

Hay muchas formas de stress como trauma, frío, fatiga muscular, intoxicación por drogas y estímulos nerviosos que afectan al organismo de manera generalizada y producen cambios tisulares no específicos. El conjunto de reacciones orgánicas como secuencia de la continua exposición al stress se le denomina Síndrome de adaptación general, al cual Selye considera como la base de muchas enfermedades.

El mecanismo de adaptación del cuerpo que responde al stress produce entidades patológicas reconocibles que se denominan enfermedades de adaptación.

1. Respuesta inicial o "reacción de alarma".
2. Adaptación al stress.
3. Una etapa final marcada por la incapacidad de mantener la adaptación al stress, etapa de agotamiento.

Existe desprendimiento epitelial, degeneración de la encla y ligamento paradontal, migración de la adherencia epitelial, produce retraso en la cicatrización de tejido conectivo y gingival.

INFLUENCIA NUTRICIONAL

El estado nutricional del individuo afecta al estado del periodonto, y los efectos lesivos de los irritantes locales y las fuerzas oclusales nutricionales. Sin embargo, ninguna deficiencia nutricional causa por sí misma gingivitis y es preciso que haya irritantes locales para que esas lesiones se produzcan.

Algunas deficiencias nutricionales producen cambios bucales característicos, determinando cambios bucales son comunes a varias deficiencias nutricionales y la misma deficiencia puede manifestarse de diversas maneras.

El carácter físico de la dieta es un factor importante en la etiología de la enfermedad gingival. Dietas blandas de alimentos adecuados, pueden favorecer la acumulación de placa y cálculos de aflojamiento de los dientes. Alimentos fibrosos y duros proporcionan una acción de limpieza superficial y estimulación que desemboca en menor cantidad de placa y gingivitis, incluso si la dieta es inadecuada desde el punto de vista nutritivo.

PATOLOGIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS

GINGIVITIS AGUDA

Como anteriormente se expresó la gingivitis aguda se manifiesta al rededor de tres días después de que se lesionó el tejido gingival, observándose primeramente una Heperemia, la cual se debe a la vaso dilatación, provocándose un mayor aflujo sanguíneo. La encía que estaba rosa coral pasa a un rojo intenso brillante, persistiendo este color debido a que existe más anastomosis de vasos sanguíneos para que de esta manera poder defenderse de los agentes causales, en ocasiones ya no es posible defenderse y se observa el cambio de rojo subido o rojo azulado.

En seguida se ve una extravasación en la que hay salida de los elementos de la sangre, entre ellos los eritrocitos, que se desintegran descomponiéndose en pigmentos, encontrándose la encía afectada con un color rojo negruzco, observándose después anoxia de los tejidos.

Existe edema, siendo éste la respuesta de los tejidos de acuerdo a su capacidad de responder, de esta manera, como se ha dicho anteriormente hay una extravasación existiendo axudado, y se observa al tejido gingival friable, liso, brillante y suave, siendo ésta la respuesta mínima que dan los tejidos.

Existe descamación con partículas de color gris, las cuales se adhieren a la superficie lesionada, se presenta necrosis formando unaseudomembrana, constituida por bacterias, leucocitos, polimorfonucleares, células epiteliales en degeneración y una matriz de fibrina.

En ocasiones se presenta la formación de vesículas o úlceras. Se encuentra edema extracelular e intercelular, los núcleos de las células están en degeneración y la membrana celular puede observarse destruida.

GINGIVITIS CRÓNICA

Esta tiene un inicio lento, de evolución bastante larga y es común que no existan manifestaciones de dolor.

Se presenta primero un color rojo en forma moderada, de tal manera que en el transcurso de la enfermedad va cambiando de tonos de color rojo más oscuro hasta llegar a un negruzco.

Se presenta edema de tipo fibroso, esta respuesta es de acuerdo a la capacidad de responder de los tejidos al sentir el agente agresor, es capaz de aumentar las fibras, por lo tanto, hay aumento de fibroblastos, de colágenas y de esta manera observamos a la encía afectada con las siguientes características: consistencia dura, firme y a veces hay aumento del puntilleo, se podrá observar zonas más pálidas precisamente por la presencia de este tejido fibroso.

Hay una infiltración de exudado gingival, degeneración de tejido conectivo y epitelial con adelgazamiento del epitelio e invasión leucocitaria.

Se dice que la gingivitis crónica es una situación que está entre la destrucción y la reparación de tejido, cuando los agentes etiológicos están persistiendo en la encía y está constantemente agredida, por lo que se prolonga la situación anormal, afectando de esta manera la coloración, forma, textura, etc.

GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE

Esta enfermedad es llamada también : Infección de Vincet, boca de trinchera, gingivitis ulcero membranosa aguda, gingivitis fagénica, gingivitis fusoespiroquetal o gingivitis ulcerativa aguda.

Esta enfermedad es mas frecuente, se produce con características epidémicas, ya que brota en un grupo de personas en estrecho contacto, puesto que la manera de propagarse de esta enfermedad, en muchos casos indicaba que era una infección contagiosa, pero ahora en la actualidad no se acepta esta teoría.

Sus características clínicas se presentan en cualquier edad, pero es más común, según los informes. En adultos jóvenes y de edad mediana entre los 15 y 35 años, es muy rara en los niños.

Esta afección inflamatoria ataca fundamentalmente el margen gingival libre, cresta de la encía y a las papilas interdetales. En raras ocasiones la enfermedad se extiende a paladar blando y zona amigdalina y entonces se le aplicará el término de angina de Vincent.

La enfermedad se caracteriza por una encía hiperémica y dolorosa, con erosiones netamente socavadas en papilas interdetales. Los restos ulcerados de las papilas y encía libre sangran al ser tocadas y por lo general están cubiertas de una pseudomembrana necrótica gris.

La ulceración suele extenderse y llegar a abarcar todos los márgenes gingivales, por último, el paciente suele referir un olor fétido desagradable.

El paciente se queja de no poder comer a causa del dolor gingival intenso y tendencia a la hemorragia gingival, el dolor es de tipo superficial a la presión. El paciente también suele padecer dolor de cabeza, malestar general y fiebre de baja intensidad.

Se suele notar una salivación excesiva y gusto metálico de la saliva, y la linfadenopatía casi invariablemente, está presente.

En casos avanzados y más serios pueden haber manifestaciones generalizadas o sistemáticas, que incluyen leucocitos, trastornos gastrointestinales y taquicardia.

Actualmente la etiología no está bien establecida, ya que la opinión de la mayoría de los autores de la gingivitis ulceronecrosante aguda, es una enfermedad primaria causada por un bacilo fusiforme y la Borelia Vincent, una espiroqueta que coexiste en una relación simbiótica. En esta enfermedad fusoespiroquetal, los dos microorganismos están siempre presentes, aunque también se encuentran otras espiroquetas, microorganismos fusiformes y filamentos.

El hecho de que estos dos microorganismos se encuentren en cantidades moderadas en otras enfermedades bucales, así como en muchas bocas sanas, sugiere que los factores predisponentes son esenciales para que se produzca la gingivitis ulceronecrosante aguda.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA

Es causada por el Herpes Simplex que se multiplica en el núcleo de las células, siendo el hombre el único transmisor.

La gingivoestomatitis herpética es muy común que aparezca en lactantes y niños menores de 6 años, pero también en algunos casos se observa en adolescentes y adultos. Su frecuencia es igual tanto en hombres como en mujeres.

El virus se encuentra presente en bocas de portadores sanos y es raro que se presenten casos de epidemias.

Esta enfermedad tiene preferencia de invadir mucosas y tejido gingival, se presenta en cualquier época del año.

Factores desencadenantes: fiebre, deficiencias nutricionales, agotamiento, stress, por contagio directo o en ocasiones por estadios como la menstruación.

Aparece después de cinco a siete días después de su contagio, desapareciendo a los diez días más o menos o hasta quince días, en los primeros días de su aparición se alcanza a ver una zona difusa, eritematosa, brillante en relación con el tejido subyacente, tiene diversas formas o grados de inflamación o de hemorragia.

El período primario se caracteriza por la presencia de vesículas circunscritas de forma esférica, y de color gris en la encía, mucosa labial o bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual o lengua. Aproximadamente las vesículas se rompen a las 24 hrs. y dan lugar a pequeñas úlceras muy dolorosas, con un margen rojo elevado a modo de halo y una porción central hundida, amarillenta o grisácea.

La inflamación y el eritema que se presentaron desde que se inició, persisten algunos días más, una vez que han desaparecido las úlceras. Cuando se rompen estas úlceras se vierte un líquido amarillento, formándose posteriormente una costra, para después desaparecer sin dejar cicatriz. Las vesículas que se llegan a romper se convierten en zonas de mayor malestar, con mayor dolor, siendo muy sensibles al tacto, a bebidas ácidas, calientes, condimentadas, presentándose adenitis cervical. Se ve acompañada de una disminución de la salivación, temperatura elevada, pudiendo llegar a treinta y nueve grados y a veces hasta cuarenta, pérdida del apetito y malestar general.

Para su diagnóstico es necesario aislar el virus mediante métodos de laboratorio, para que nos proporcionen el dato mandamos una muestra

de tejido lesionado, de esta manera, aunado a las características de la enfermedad se llegará a un diagnóstico certero.

GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA

Los estreptococos constituyen un grupo heterogéneo voluminoso de bacterias que persiguen al hombre, la clasificación más sencilla, simple y útil para signos clínicos se basa en una acción en el agar agar con sangre. Los estreptococos (B) hemolíticos, crean una placa clara alrededor de la colonia, debido a la producción de hemolisinas.

Se observa una inflamación exagerada de la encía insertada, eritema difuso, hemorragia, con bastante dolor, elevación de la temperatura, malestar general y pérdida del apetito.

Se transmite por contacto directo, pudiendo aparecer tanto en niños, jóvenes como en adultos, siendo indistinta su incidencia con respecto al sexo.

GINGIVITIS POR ADMINISTRACION DE FARMACOS

Su aparición y severidad no se relaciona necesariamente con la dosis o la duración del tratamiento con la droga.

La lesión primaria o básica comienza con un agrandamiento indoloro, periférico en el margen gingival vestibular o lingual y en las papilas interdentarias, conforme avanza se convierte en una gran masa de tejido que puede llegar a cubrir las coronas e interponerse en la oclusión. La encía aparece rosada, firme y no tiene tendencia a san

grar.

Esta Gingivitis por lo regular es generalizada. En personas desdentadas es poco común.

Además de los fármacos existen otros factores que intervienen en la aparición de la enfermedad que son: irritantes locales, como la placa, materia alba, cálculos, márgenes desbordantes de restauraciones y retención de alimentos.

GINGIVOSIS

Es debido a desequilibrios hormonales tanto en hombres como en mujeres y en deficiencias nutricionales, afectando a personas entre 35 a 40 años estando desdentados o no.

Se presenta en diversos grados:

Grado leve:

Es una hiperemia difusa en la encla libre, papilar e insertada, es indolora, lo que cambia es el color en forma generalizada.

Grado Intermedio:

Es de mayor evolución que la anterior, se caracteriza por presentar manchas rojas brillantes, con zonas grises en las encías - libre e insertada, la encla es blanda y se hunde un poco a la - presión, al frotar levemente la mucosa se observa que es lisa y brillante.

Grado Severo:

Hay formas irregulares en la encía, se encuentra descamada, con una coloración rojo intenso, se observa con aspecto moteado, debido a que existen áreas de color gris azulado. Hay algunos vasos superficiales que se rompen liberando un líquido acuoso. Esta afección es bastante dolorosa, algunos autores dividen esta enfermedad en dos: de tipo bulboso y la linquenoide.

Estos pacientes se quejan también, de la extremada sensibilidad de tejidos gingivales, en general suelen tener dificultades para comer cosas calientes, frías o condimentadas, y el cepillado cada vez es más imposible por el dolor y la hemorragia que produce.

AGRANDAMIENTO HIPERPLASTICO HEREDITARIO

Es bastante raro que se encuentre la etiología, pues aún es desconocida, por lo cual se le han designado varios nombres: fibroma difuso, elefantiasis familiar, fibromatosis idiopática, fibromatosis gingival hereditaria y fibromatosis familiar congénita.

Este agrandamiento afecta a la encía insertada, encía marginal y papilas interdentarias, es común que abarque a las superficies vestibulares y linguales de los dos maxilares, pero la lesión puede circunscribirse en un solo maxilar. La encía agrandada es rosada, firme y de consistencia semejante a la del cuerpo y se presenta una superficie característica, finamente guijarrosa. En casos muy avanzados, el agrandamiento llega a cubrir totalmente los dientes.

AFECCIONES HEMATOLOGICAS

Con frecuencia las alteraciones bucales son las primeras señales de una afección hematológica pero no es posible confiar en ellas para el diagnóstico de alguna afección hematológica del paciente.

Leucemia:

Las manifestaciones bucales son más frecuentes en la leucemia monocítica aguda y subaguda, menos frecuente en la leucemia mielógena y linfática aguda y subaguda, y raras veces se presentan en la leucemia crónica.

Leucemia aguda y subaguda:

Los cambios clínicos en la leucemia aguda y subaguda son: color rojo azulado, difuso, cianótico, de toda la mucosa gingival (cuya superficie se torna brillante), y un agrandamiento difuso - edematoso que borra los detalles de la superficie gingival.

El agrandamiento gingival leucémico que se presenta, es una respuesta exagerada a la irritación local que se manifiesta por una infiltración de leucocitos inmaduros y proliferantes.

La consistencia que va a presentar, va a ser moderadamente firme, algunas veces hay tendencia a la friabilidad y a la hemorragia espontánea o la irritación más leve.

Con frecuencia hay inflamación ulcero necrozante aguda en el surco que se forma entre la encía agrandada y las superficies dentarias contiguas.

Leucemia Crónica:

En la leucemia crónica no suelen haber cambios bucales clínicos que indique una enfermedad hematológica. Puede haber agrandamiento de tipo tumoral de la mucosa bucal, como respuesta a una irritación de tipo local y por lo tanto resorción alveolar, espacios periodontales difusos e irregulares, osteoporosis, elevación subperiostática en la región mentoniana y cambios análogos en otros huesos.

GINGIVITIS POR DERMATOSIS

Líquen Plano:

Esta lesión se presenta en la piel, y se caracteriza por la presencia de pápulas anguladas violáceas brillantes. Cuando la lesión se limita a la piel, puede ser aguda, subaguda, crónica. La lesión bucal se clasifica como lesión crónica.

Es una enfermedad frecuente que aparece aproximadamente en un 50 por ciento de individuos. Se presentan dos tipos de lesiones, las cuales aparecen en edades de veintiuno a treinta años, o bien en ancianos. No ha quedado establecida su etiología, pero parece ser que en una gran parte de los casos intervienen factores psicosomáticos.

Las lesiones no tienen características únicas ni específicas, de tal manera que se presenta en diferentes formas, dependiendo del tipo de tejido afectado. El líquen plano afecta mucosa oral, en la y lengua, con mayor frecuencia en labios, piso de la boca y paladar.

Las lesiones pequeñas miden más o menos un centímetro de diámetro. Como se dijo antes, el líquen plano no se presenta de igual forma, así tenemos sus diferentes formas de presentarse en la boca:

a) Reticular:

Es más frecuente en la mucosa bucal, siendo la de mayor facilidad para el diagnóstico. Se caracteriza por presentarse en forma de líneas estrechas ligeramente elevadas, de color blanco o blanco grisáceo, juntándose estas líneas - unas con otras en diferentes ángulos formando una red.

b) Papular:

Son manchas pequesísimas más o menos del tamaño de una cabeza de alfiler. Son redondas, prominentes, de color blanco, pueden estar en un número grande o en poco número, a veces son tantas que forman una especie de placa que está elevada ligeramente.

c) Forma de Placa:

Es sólida, con una coloración grisácea o blanquesina. Presenta una elevación, a veces esto es lo único que se encuentra en esta enfermedad.

d) Ulcerativa o Erosiva:

Estos tipos son de muy poca frecuencia, por lo común aparecen en la lengua, mucosas y en raras ocasiones en la encía.

La lesión se observa con erosión, siendo plana, de color rojo brillante, rodeado por estrias, pudiendo encontrar ulceraciones arriba de la lesión en forma de placa, existiendo exudado serofibrino en el centro.

Casi no presenta molestias, de esta manera el paciente no

se percata de la presencia de la lesión, solo hay ligero dolor por presencia de ulceraciones.

e) Pénfigo:

Es una enfermedad dermatológica y de las mucosas orales, pueden aparecer las lesiones en forma simultánea, primero en la piel y después a las pocas semanas o meses en la boca, puede persistir hasta tres años.

Hay varios tipos de Pénfigo:

- A. Pénfigo vulgar: Es una forma leve en tejidos orales
- B. Pénfigo vegetante: Es una forma leve pero no se presenta en boca.
- C. Pénfigo eritematoso: Se presenta en cara y en el torax.
- D. Pénfigo colíáceo: Siendo una forma muy rara, en pocas ocasiones afecta tejidos orales.
- E. Pénfigo agudo: Tiene un comienzo sábito con lesiones numerosas en boca y en piel.
- F. Pénfigo crónico: Es de aparición lenta y progresiva, con escasas lesiones, es de síntomas leves.

PENFIGO VULGAR

La duración de la enfermedad es variable, persistente en ancianos, por lo general crónica y este sigue un curso de varios años con períodos de remisión espontánea y se caracteriza por brotes sucesivos de ampollas que tienden a curar en los estadios primarios de la enfermedad y dejan áreas maculares pigmentadas.

Su etiología es desconocida, pero se ha sugerido que la autoinmuni

dad puede ser uno de los factores.

ERITEMA MULTIFORME

Es una enfermedad general inflamatoria de la piel, que también afecta a los tejidos orales en un setenta y cinco por ciento de los individuos, se presentan lesiones de la piel, también se presentan lesiones en boca y en ocasiones contadas, sólo se presentan lesiones exclusivamente en boca.

Primero se presenta fiebre por un tiempo de diez días más o menos. Las lesiones en boca consisten en máculas de color rojo oscuro, con lesiones papulosas intercaladas, son dolorosas, sobre todo durante la masticación.

Hay degeneración licuefácta de tejido epitelial superficial, con cambios degenerativos en membrana fundamental.

TRATAMIENTO

El tratamiento lo veremos en dos partes:

- A) Tratamiento a nivel prevención local.
- B) Tratamiento a nivel sistémico.

A) La prevención comienza con la salud bucal, por lo cual conseguimos con ella preservarla utilizando los métodos de aplicación más simples.

Gran parte de las gingivitis pueden ser prevenidas, ya que uno de sus principales orígenes son factores locales, los cuales son muy accesibles, corregibles y controlables. Para esto debemos realizar un programa de cooperación entre el odontólogo, su personal auxiliar y sobre todo, con la colaboración del paciente para poder lograr una buena preservación de la dentadura natural y previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la enfermedad.

Uno de los problemas más importantes en la prevención es la negligencia que se tiene en una boca sana, lo cual permite que se produzca la enfermedad, el descuido de la enfermedad incipiente hace que destruya los tejidos de soporte de los dientes.

También es importante la mala higiene bucal, la cual permite la acumulación de placa, cálculos y materia alba, ya que ésta, enmascara la enfermedad gingival y determina el estado, frecuencia y gravedad de la gingivitis.

En la prevención, el método más seguro que se dispone hasta ahora, es la limpieza mecánica con cepillo de dientes dentríficos y - otros auxiliares de la higiene dental, así mismo, hay un avance considerable en el control de la placa con inhibidores químicos y enjuagatorios, sin embargo, para que haya una prevención total de la acumulación de la placa, es preciso llegar a todas las su superficies susceptibles, mediante alguna forma de limpieza mecánica, ya que esto es muy importante porque todavía no se sabe que ni vel de placa pueda tolerar la encía por debajo de ésta, sin que hubiera necesidad de reducir la placa.

Los principales auxiliares en la prevención de la higiene bucal son:

- a) Cepillo de dientes: es uno de los principales auxiliares, ya que elimina la materia alba y al hacerlo reduce la instalación y la frecuencia de la gingivitis, retardando la formación de cálculos. Las cualidades de un cepillo de - dientes son muy importantes y son: limpiar eficazmente y proporcionar una accesibilidad a todas las áreas de la boca. La elección va a ser cuestión de preferencia personal. La manipulación debe ser fácil para el paciente, lo cual es un factor importante en la elección del cepillo. En el diseño los más aceptables son: que la superficie del cepillo sea de 2.5 a 3 cm. de largo y de 0.75 a 1.0 cm. de ancho, de 2 a 4 hileras y de 5 a 12 penachos por hilera. Las cerdas ya sean naturales o de nilón, son igualmente satisfactorias, aunque las cerdas de nilón conservan su fuerza más tiempo. No es recomendable alternar cerdas naturales con cerdas de nilón, porque los pacientes se acostumbran a la blandura de un cepillo viejo de cerdas naturales y traumatizan a la encía cuando usan cerdas de nilón nue-

vas. Los extremos redondeados de las cerdas son más seguros que los de corte plano. Los bordes cortantes de las cerdas planas se redondean lentamente con el uso.

En el mercado se encuentran cepillos eléctricos, alguno de ellos con movimiento en arco o una acción recíproca hacia atrás y adelante, o una combinación de ambos o en su caso, un movimiento elíptico modificado. Los cepillos eléctricos son más eficaces para individuos impedidos y para la limpieza alrededor de los aparatos de ortodoncia.

Los resultados dependerán de como se le instruya al paciente, - puesto que tanto un cepillo como otro son buenos. Es preciso recomendarle al paciente que el cepillo debe ser reemplazado periódicamente antes de que las cerdas se deformen, ya que después no limpian con eficacia y puede ser lesivo para la encía. Para ello es necesario pedirle al paciente que nos muestre su cepillo dental y si se considera pertinente se le darán las indicaciones necesarias para que lo reemplace por uno nuevo.

Dada la importancia del cepillado, es indispensable tener un amplio conocimiento de las técnicas con que contamos, para saber cual es la apropiada para cada caso en particular.

METODO DE STILLMAN

Este es uno de los más utilizados, de acuerdo a este método las cerdas del cepillo descansan en la encía y parte del tercio cervical de las piezas dentarias (Ver Fig. 1). Teniendo en cuenta que las cerdas estarán dirigidas hacia cervical, se hace presión en el margen gingival hasta ver que se ha producido una ligera

isquemia, en seguida se retira el cepillo para dejar fluir la sangre, se dirige luego hacia incisal o hacia oclusal, esto es con respecto a la superficies vestibulares. En las superficies oclusales se realizarán movimientos circulares y para las superficies linguales se realizarán movimientos de barrido.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO

Es un método bastante parecido al anterior, lo único que los diferencia, es que hay un movimiento suplementario del cepillado que se inicia en la encía marginal. La ventaja que se atribuye a esta modificación, es que tiene mayor efectividad de limpieza en la zona de los dientes, con la reducción de posibilidad alguna de trauma de la encía marginal.

METODO DE CHARTERS

En esta técnica el cepillo se debe colocar con una angulación más o menos de cuarenta y cinco grados en relación al eje mayor del diente (Ver Fig. 2), tomando las precauciones necesarias a manera de no lesionar la encía con las cerdas del cepillo dental.

En los espacios interproximales se hacen movimientos de rotación bastante lentos, de manera que también las cerdas estén en contacto con el margen gingival. Después de tres o cuatro movimientos rotatorios se pasa a masajear el área siguiente. Para limpiar las caras oclusales las cerdas se colocarán hacia las fisuras y fosetas, y se realizará un movimiento rotatorio lento, de esta manera se procederá a limpiar todas las áreas dentarias de

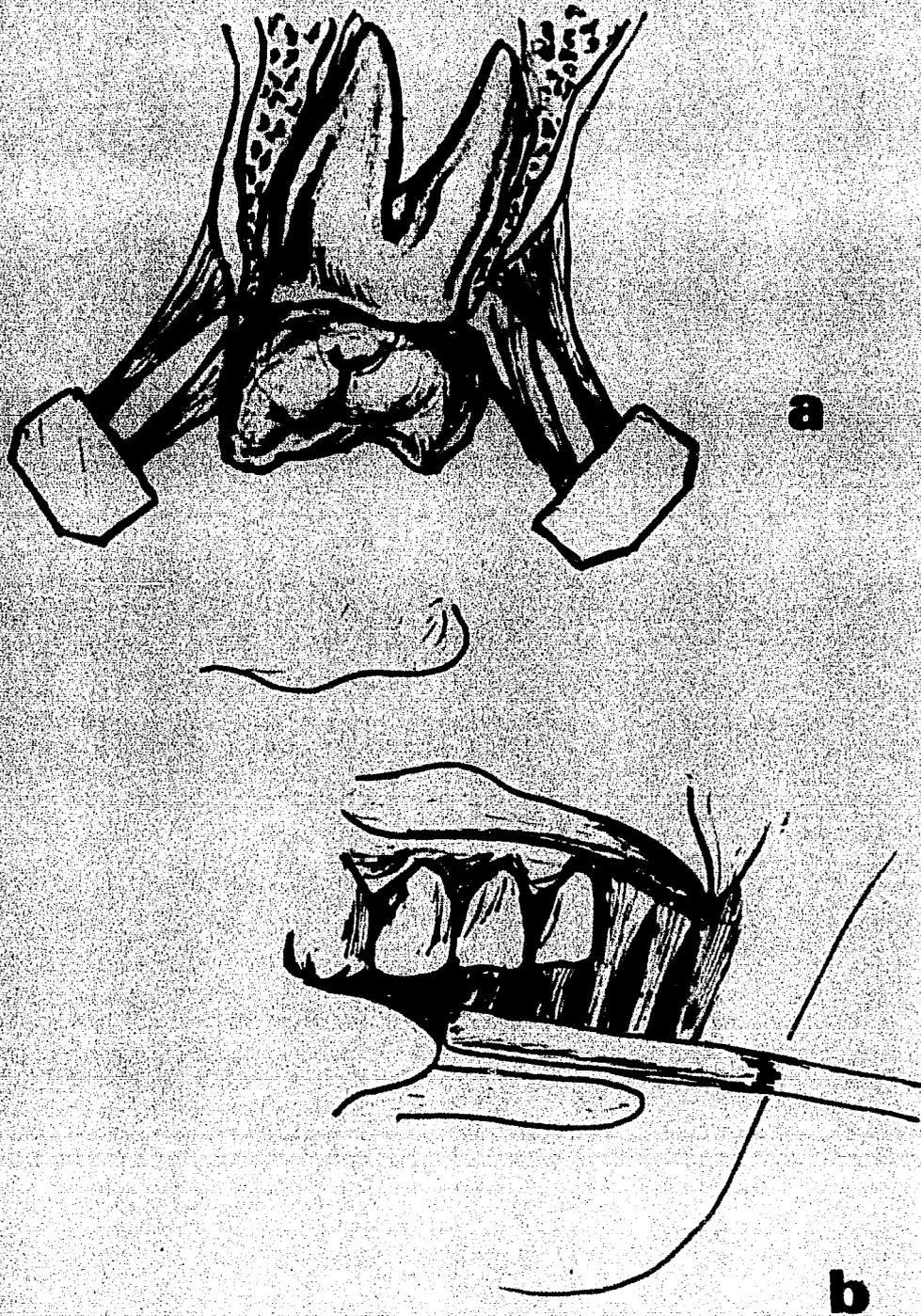
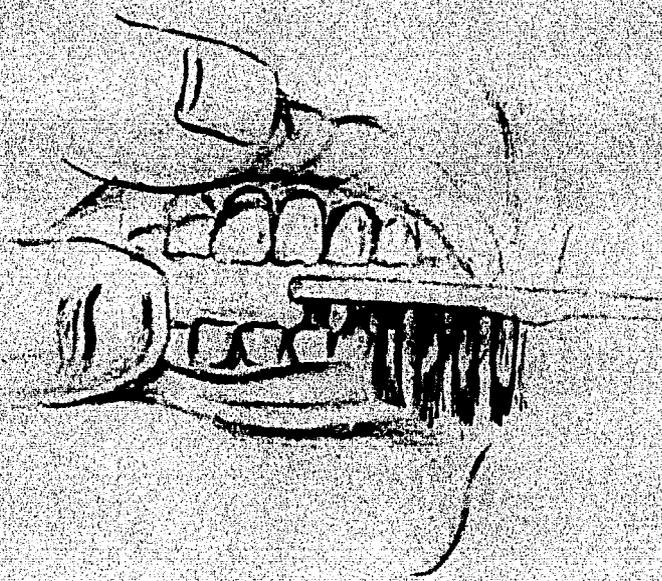


Figura 1a, 1b.

- a, Cepillo en las superficies vestibulares y palatina de los dientes posteriores superiores.
- b, Cepillo en la región anterior.



C

*Figura 1c,
Cepillo en la zona anterior inferior.*

la misma forma.

METODO DE FONES

En esta técnica el cepillo se colocará firmemente contra los dientes y encía, estando el mango del cepillo en forma paralela a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies de los dientes. Se realizó un movimiento circular con los dientes en oclusión, abarcando el movimiento hasta los límites del fondo de saco.

METODO FISIOLOGICO

Dos personas describen una técnica de cepillado, ellos son: Smith y Bell, quienes establecieron una técnica en la cual se va a seguir una trayectoria parecida a la del bolo alimenticio. Se debe sostener el mango del cepillo en posición horizontal, haciendo movimientos de arriba hacia abajo de manera que se empiece en la superficie vestibular de las piezas dentarias, continuándose por la encía marginal hasta llegar a la encía insertada, repitiéndolo varias veces .

La unión de la encía en las piezas dentarias es la única zona que necesita cepillado (el cepillado cuando se realiza en forma correcta, es lo que los pacientes llaman masaje). Para cepillar la cara bucal de los dientes, la boca ha de estar semiabierta, para que de esta manera simple, las arcadas tanto superior como inferior estén casi en contacto. Esto es de suma importancia porque proporciona un espacio para el cepillo y su movimiento entre los dientes, carrillo o labios, pues con la boca completamente abierta, la cara bucal de la arcada no se cepilla de manera adecuada.

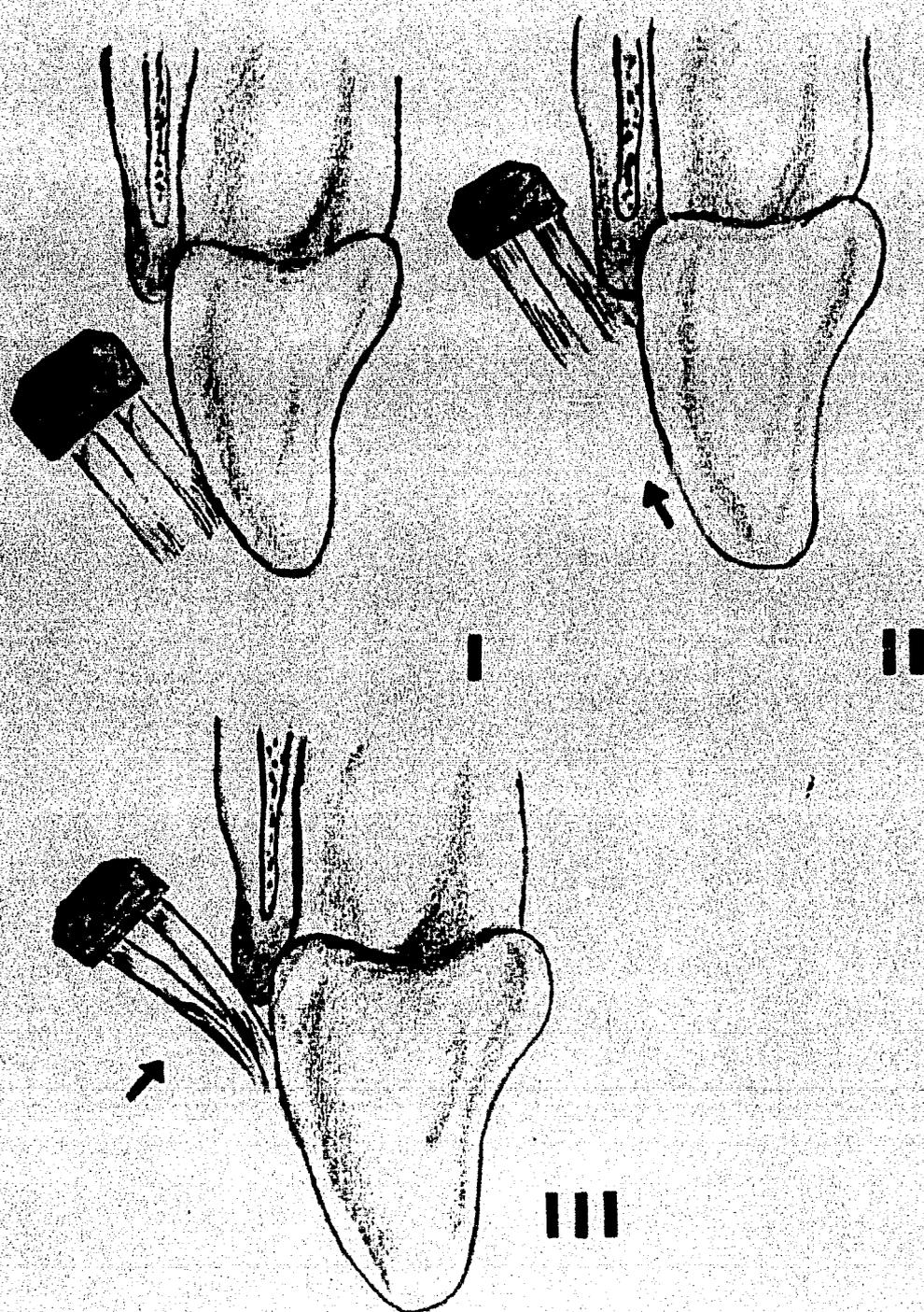


Figura 2: Técnica de Cepillado de Charters. Posición I, Cepillo colocado sobre el diente con las cerdas anguladas hacia la corona. Posición II, Cepillo desplazado de modo que las cerdas descansan sobre la enca marginal.

Todos los intentos resultan inadecuados cuando no se realiza el cepillado correctamente, siendo lo ideal efectuarlo después de cada alimento.

Después de haber realizado una revisión breve, es necesario hacer hincapié, acerca de la función que realiza el cepillo o bien, los objetivos que persigue. Así mismo tenemos que estimular la circulación gingival, la queratinización de los tejidos blandos, haciéndolos más resistentes a las agresiones, reducción de microorganismos, quitar residuos alimenticios y materia alba.

- b) El hilo dental es un buen auxiliar para la higiene dental. Este es un medio eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales, cuya finalidad es eliminar la placa. No desprenden restos fibrosos de alimentos acunados entre los dientes y retenidos en la encla. La remoción de alimentos retenidos con hilo dental, simplemente proporciona un alivio temporal y esto hay que aclarárselo al paciente.

Es muy necesario explicarle al paciente como debe utilizar correctamente el hilo dental, por que de lo contrario, con el mal uso en lugar de ayudarlo, puede ser lesivo para sus encías.

Existen varias formas de usar el hilo dental. Se recomienda la siguiente: se corta un trozo de hilo de alrededor de 90 cm., y éste se envuelve de los extremos, alrededor del dedo medio de cada mano. Se pasa el hilo sobre el pulgar derecho y el índice izquierdo, introduciéndolo en la base del surco gingival, por detrás de la superficie distal del último diente en el lado derecho del maxilar superior. Con un movimiento vestibulo lingual firme, hacia atrás y adelante, llévase el hilo hacia oclusal pa

ra desprender todas las acumulaciones superficiales blandas. (Ver fig. 3). Repitiendo varias veces y pasando al espacio interproximal mesial. Hacemos pasar suavemente el hilo a través del área de contacto, con movimiento hacia atrás y adelante. No se debe forzar bruscamente el hilo en el área de contacto, porque ello lesionará la encla. Se coloca el hilo en la base del surco gingival, en la superficie mesioproximal. Se limpia el área del surco y se mueve el hilo con firmeza a lo largo de la superficie dentaria con un movimiento de atrás hacia adelante, hacia el área de contacto. Trasladamos el hilo sobre la papila interdientaria hacia la base del surco gingival adyacente y repetimos el proceso en la superficie distoproximal.

c) Limpiadores interdentarios de caucho.

Hay varias clases de conos eficaces para la limpieza de las superficies proximales, inaccesibles para los cepillos. Estos pueden ser de gran utilidad cuando se han creado espacios interdentarios por la pérdida de tejido gingival. Si la papila interdientaria llena el espacio, la acción de limpieza de las puntas se limita al surco en las superficies proximales de los dientes. Es muy importante indicarle al paciente que en ningún caso force las puntas entre la papila interdientaria intacta y los dientes, pues ello creará un espacio donde no lo había antes.

El cono se deberá colocar con una angulación aproximadamente de 45° en relación con el diente, con su extremo en el surco y el costado presionado contra la superficie dentaria.

Después se desplaza el cono por el diente, siguiendo la base del surco hasta el área de contacto. Se repite el procedimiento en la superficie proximal adyacente, por vestibular y por lingual. Cuando hay un espacio interdentario, la punta de caucho se colo

ca con una angulación de aproximadamente 45 ° con el extremo puntiagudo hacia la superficie oclusal y las zonas laterales contra la encla interdentaria (ver Fig. 4). La inflamación de las papilas gingivales se puede reducir de 26.3 por 100 mediante la combinación de conos de caucho con cepillo, en comparación de 6.6 x 100 mediante el cepillado solamente, y puede ser aumentada la queratinización de la encla interdentaria.

Como otros limpiadores interdentarios podemos citar a los de madera, punta de plástico, las puntas de palillos colocados en soportes especiales y limpiadores, (ver fig. 5) también son útiles para la limpieza interdentaria, en bifurcaciones y particularmente en espacios muy pequeños para el cono de caucho.

d) Aparatos de irrigación bucal.

La irrigación con agua es un accesorio eficaz de la higiene bucal, que cuando se utiliza además del cepillo, proporciona ventajas mayores que las obtenibles mediante el cepillado solamente (ver fig. 6).

No desprende la placa de los dientes, pero retarda la acumulación de los cálculos y reduce la inflamación gingival y la profundidad de la bolsa. Así mismo, aumenta la queratinización gingival y elimina bacterias de la cavidad bucal con mayor eficacia que el cepillo y los enjuagatorios. Esté aparato en particular es útil para la limpieza de los aparatos de ortodoncia y prótesis fija.

e) Enjuagatorios

El uso único de enjuagatorios, no es suficiente para mantener una buena higiene bucal o salud gingival, pues Estos nada más son -

usados como coadyuvantes del cepillo, puesto que éstos no desprenden la placa dentaria.

f) Masaje gingival.

Se sabe que el masaje mejora la circulación, el aporte de nutrientes, oxígeno a los tejidos, la remoción de productos de deshecho y el metabolismo de los tejidos, pero también se reconoce el riesgo de la lesión gingival cuando el masaje no está bien controlado.

INHIBIDORES QUIMICOS DE LA PLACA Y LOS CALCULOS

Los productos químicos preventivos que impidieran la formación de la placa o su adherencia al diente, que destruyan o eliminen la placa antes que se calcifique o que alteren la química de la placa bacteriana de manera que impidiera la calcificación, reducirían significativamente la formación de los cálculos.

Procedimientos para el paso de control de la placa.

El control de la placa tiene como finalidad la prevención de la recurrencia de la enfermedad en la boca tratada.

A) Motivación al paciente.

Antes de enseñar al paciente, hay que hacerle saber el por qué lo hace, y que esté consciente de que la limpieza que debe hacer a su boca es para su propio beneficio, y no por complacer al dentista, y así mismo hacerle comprender, que la enfermedad se puede prevenir, ya que está propenso a ella.

B) Educación al paciente.

Se le necesita explicar al paciente que el cepillo de dientes no nada más sirve para la limpieza de ellos, sino también para prevenir la enfermedad gingival, ya que el cepillo es el mejor auxiliar para la terapéutica preventiva. Y que en ningún otro campo de la medicina el paciente puede ayudarnos tan eficazmente.

También el paciente deberá comprender, que el raspado y la limpieza periódicamente de los dientes en el consultorio dental, son medidas preventivas útiles, pero para que sean más eficaces hay que combinarlas con protección con tínua a la enfermedad y que ellos mismos se pueden proporcionar mediante procedimientos en su casa, y explicándoles, que la combinación de visitas regulares al consultorio con la higiene bucal en su casa reduce, significativamen te la gingivitis y la pérdida de los tejidos de soporte de sus dientes.

Es muy importante la demostración de la enseñanza de cómo limpiar los dientes, pues con esto es posible, que los pa cientes reduzcan la frecuencia de la enfermedad. En la en señanza hay que hacerle sentir al paciente que él es ca paz de realizar su limpieza, por lo que más adelante le pediremos que nos demuestre que ya ha adquirido la habi lidad necesaria para ello.

Primera visita de enseñanza.

El paciente se presentará a la primera visita de enseñan za con cepillo y limpiadores interdentarios nuevos, mis mos que dejará en el consultorio para su uso en visitas ulteriores. Primero, se hace la demostración del cepilla do sobre un modelo. Después se hace la demostración en la boca del paciente, mientras éste se observa con un es pejo de mano. Luego el paciente usa el cepillo, mientras el operador lo guía y corrige. Se repite el procedimien to con hilo dental y limpiadores interdentarios e irriga ción de agua a presión según las necesidades del paciente.

Serán utilizados como auxiliares de la enseñanza, la proyección de películas y diapositivas en aquellos casos en que no sea posible una demostración de persona a persona.

Localización de la placa.

Es difícil ver cantidades pequeñas de placa, pero acumulaciones más intensas aparecen como un material gris - amarillento o blanco (materia alba), acumulado sobre los dientes. Se usan colorantes reveladores en forma de soluciones o tabletas en forma masticable para localizar la placa, que de otra manera escapan a la detección. La solución reveladora (tintura de fusina básica al 6 x 100) se aplica sobre los dientes con una torunda de algodón o rociado breve o diluida en agua con enjuagatorio. Las tabletas (eritrocina u otros colorantes), se mastican y se desplazan por la boca alrededor de un minuto. Es útil cubrir los labios con vaselina antes de usar el colorante.

Se le muestra al paciente la placa coloreada con pequeños espejos de aumento iluminados, especialmente diseñados con este propósito, mismos que le ofrecerán una imagen grande.

El paciente tendrá que eliminar la placa teñida con su cepillo de dientes. Se le vuelve a pintar los dientes y se le demuestra como se le cepillaron con mayor eficacia. Se le deberá enseñar al paciente como limpiar las superficies proximales con hilo dental y limpiadores interdentarios. Se le vuelve a pintar los dientes con la solución reveladora y esto se repite hasta que la enseñanza quede bien entendida por el paciente.

Se concluye la visita y se le dan las instrucciones al paciente. Limpiará sus dientes por lo menos dos veces al día, después de las comidas, en un tiempo mínimo de cinco mínutos con reloj cada vez. Se le explicará que deberá de ser más de cinco minutos mientras no se adquiriera la habilidad necesaria. El hecho de limpiar los dientes tres veces por día es levemente más benéfico que hacerlo dos veces por día, pero el paciente ha de limpiarse una vez que termina todas las comidas y antes de dormir. Al paciente se le cita para la siguiente semana.

Segunda visita de enseñanza y ulteriores.

Se le pintan los dientes con solución reveladora y se le pide al paciente que haga la demostración del cepillado y otros procedimientos que se le hayan indicado anteriormente. Después de la demostración, en ningún caso hay que de desalentarlo, nada más se harán las correcciones necesarias asegurándose nada más que el paciente comprenda cuáles son o por qué son necesarias. También hay que explicarle que los pacientes suelen hacer sus propias variaciones sobre lo que se les ha enseñado, con las que están cómodos y que ofrecen los resultados adecuados siempre que se realiza con minuciosidad.

Se programan las visitas subsiguientes, alargando los intervalos entre ellas, hasta que el paciente consiga la destreza que se precisa para mantener la boca limpia y sana.

La dieta es muy importante para el control de la placa, por lo que como parte del programa de control de la placa, hay que aconsejar al paciente que incluya alimentos fibro

sos en su dieta, particularmente al final de la comida.

En el control de la placa también debe de estar incluida la profilaxia bucal.

Para hacer una buena profilaxia hay que seguir las siguientes indicaciones:

1. Uso de la solución reveladora o tabletas para detectar la placa.
2. Eliminación de la placa y cálculos supragingivales y subgingivales y otras sustancias acumuladas en la superficie.
3. Limpieza y pulido de los dientes.
4. Se aplican agentes tópicos preventivos de caries, salvo que estuvieran incluidos en la pasta pulidora.
5. Se examinan las restauraciones y prótesis, se corrigen los márgenes desorbitantes, los contornos proximales de restauraciones, se limpian las prótesis removibles y se checa la adaptación.
6. Se buscan signos de impactación de alimentos, cúspides, émbolos, contactos proximales anormales o rebordes marginales desgastados, mismos que serán corregidos para prevenir o corregir el acuíamiento de alimentos.

Restauraciones dentales en preventiva.

Las restauraciones dentales contribuyen significativamente a la salud del periodonto, pero también introducen el riesgo de crear enfermedad gingival. Es preciso evitar condiciones generadoras de enfermedad producidas por el hombre, como márgenes desbordantes, contornos incorrectos, contactos proximales inadecuados y relaciones oclusales traumáticas.

En los pacientes que respiran por la boca, el tratamiento exitoso depende fundamentalmente de la corrección del hábito. El paciente debe consultar a un otorrinolaringólogo, para saber si hay o no obstrucción de las vías aéreas superiores.

TRATAMIENTOS SISTEMICOS

Para poder hablar de tratamientos, cualesquiera que sean, es necesario primero, el tener un buen diagnóstico debiendo ser sistémico, organizado, con una finalidad específica, para saber el estado general del paciente, de ello valiéndonos para esto de una historia clínica.

HISTORIA CLINICA.

a) *Ficha personal del paciente. Se anotan los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, domicilio, ocupación.*

b) *Antecedentes hereditarios familiares.*

Qué enfermedades de importancia han padecido sus familiares como sus padres, hermanos, tíos, primos, abuelos tanto maternos como paternos, enfermedades como: cardiopatías, diabetes, hemofilia, neoplasias, etc.

c) *Antecedentes patológicos personales.*

Enfermedades propias de la niñez, cuáles se han padecido, lo mismo acerca de la hepatitis, tifoidea, alergias, accidentes, si se le han realizado intervenciones quirúrgicas, etc.

d) *Antecedentes personales no patológicos.*

Se le preguntará si se cepilla los dientes con regularidad, si tiene buena alimentación balanceada, si fuma, bebe o ingiere alguna droga.

e) Interrogatorio de aparatos y sistemas.

Aparato Cardiovascular.

Si se ha observado dolores o pequeñas molestias del lado del corazón, si se marea con facilidad, si se agita al subir o bajar escaleras y se repone con facilidad, etc., si es hipertenso o bien hipotenso. Como es el sangrado en alguna extracción que se le hubiese realizado, si es excesivo o normal, - etc.

Aparato Digestivo.

Cómo es su digestión, si tiene dolores antes o después de comer, si tiene o tuvo gastritis, úlcera; cuántas veces pasa al baño, si existe dolor epigástrico, diarreas con frecuencia, - estreñimiento, etc.

Aparato Respiratorio.

Si respira por la nariz o por la boca, si tiene o ha tenido problemas con los pulmones, etc.

Aparato Genito Urinario.

En ambos sexos, si ha llegado a tener dolor de vejiga, si existe sangrado en la orina, si ha padecido enfermedades venéreas; en las mujeres, si su ciclo menstrual es regular o no, si tiene alergia a algún alimento, medicamento o a alguna otra cosa.

Sistema Endocrino.

Se verá si está obesa la persona, si ha padecido parotiditis, diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc. y se investiga la causa.

Pruebas de Laboratorio.

Después de revisar esta historia clínica en forma minuciosa, se resolverá que tipo de pruebas de laboratorio se tienen - que mandar hacer.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS AGUDA

Primeramente hay que eliminar la causa que la produjo, de tal manera que se procederá a enseñar al paciente a cepillarse, pues en este tratamiento la técnica del cepillado es lo mejor para su curación (las técnicas de cepillado que ya se expusieron, aplicando la más indicado según sea el caso).

Después de enseñarle la técnica de cepillado, se le puede agregar al tratamiento pequeñas dosis de analgésicos.

TRATAMIENTO PARA GINGIVITIS CRONICA

Para el tratamiento de la gingivitis crónica es necesario realizar un gingivectomía.

Explicaré brevemente lo que se conoce como Gingivectomía, la cual se utilizará en varios casos:

1. Para que se puede realizar la intervención se debe de llevar en un orden, ésto se deberá hacer en toda la boca, se tendrá que realizar por cuadrantes, a intervalos de dos semanas cuando menos, por lo común se inicia por el cuadrante inferior de recho, a excepción de que necesite empezar en otras zonas que lo necesiten debido a la gravedad de la enfermedad.
2. Se procede a anestésicar la zona por medio de técnicas regionales, locales, etc., de manera que garantice una buena anestesia.
3. Se marcará con pinzas marcadoras lo que se cortará, por medio de un punto de sangría.

4. La encía se puede cortar con tijeras quirúrgicas y con bisturí de hojas intercambiables. La incisión que se aplique deberá ser nítida, llevando el corte hasta hueso tanto por lingual como por vestibular, el instrumento cortante deberá tener una angulación aproximada de cuarenta y cinco grados con respecto al eje mayor del diente y el filo será con dirección coronaria.
5. Se retira el tejido tanto por vestibular como en lingual sin olvidar los espacios interdentarios.
6. Se legra con curetas, con la finalidad de eliminar todo el tejido de granulación, de cálculos depositados y cemento necrótico, realizándolo en las superficies de los dientes por todas sus caras.
7. Se lava perfectamente toda el área con agua tibia, bidestilada de preferencia.
8. Con bisturí o tijeras quirúrgicas se procede a realizar una gingivoplastia, que es la forma que se le dará a la encía, es decir, una forma anatómica y fisiológica acercándose a lo normal lo más posible que se pueda.
9. Se prepara el apósito quirúrgico, existiendo muchas clases de ellos.

El apósito deberá de ser de una consistencia un poco dura, para que de esta manera se puede colocar sin el peligro de que se caiga, se colocará lo mejor posible sin excedentes. Los apósitos se unen por medio de la papila interdientaria, todo esto deberá estar lo más limpio y seco posible.

10. Se cita al paciente ocho días después, se le retira el apósito, se observa la cicatrización, se lava perfectamente y se le coloca el apósito quirúrgico nuevamente, con las mismas

precauciones y medidas adoptadas.

11. Se cita al paciente a los siguientes ocho días y deberá de estar ya cicatrizado, se le dice que empiece a cepillarse esta zona pero con cepillo de cerdas finas y suaves.
12. Se le recomendará al paciente que si se llegará a despegar el apósito o una parte, será necesario que se presente al consultorio y se le colocará de nuevo, se le dirá que pasando la anestesia tal vez se presente una pequeña molestia. Se le dirá además que tome alimentos suaves, como huevos, gelatinas, pasta y alimentos semisuaves o semisólidos, o que estén bien picados. Que no tome alimentos picantes, irritantes condimentados, frutas cítricas, ácidas, alcóhol, etc.

En caso de que llegará a presentar inflamación se le indica que utilice hielo, y en caso que ésta persista que se comunique con el médico.

TRATAMIENTOS DE LA PUBERTAD

El agrandamiento gingival en la pubertad se trata por raspaje, curetaje y eliminación de todas las fuentes de irritación, medante el control de la placa, el problema de estos pacientes lo constituye la recidiva a causa de mala higiene bucal.

TRATAMIENTO EN LA MESTRUACION

La eliminación de los irritantes locales y la mejor higiene bucal antes del período menstrual siguiente, suelen ser la mayo _

ría de las veces suficientes para solucionar los problemas.

Es posible que después de raspaje y curetaje extensos haya hemorragia gingival excesiva, y se evitarán durante el período menstrual o el día inmediatamente anterior a él.

TRATAMIENTO GINGIVAL DEL EMBARAZO

La eliminación de los irritantes locales al comienzo del embarazo es una medida preventiva contra la enfermedad gingival, preferible al tratamiento del agrandamiento gingival una vez que éste se produjo. La inflamación del agrandamiento de la encía interdientaria y la encía marginal se tratan por raspaje y curetaje. El tratamiento de los agrandamientos gingivales de aspecto tumoral, consisten en la extirpación quirúrgica, más el raspaje y alisado de las superficies dentarias. El agrandamiento recivará, salvo que se eliminen todos los irritantes.

La lesión se debe tratar tan pronto como se descubra. No se la debe dejar hasta que concluya el embarazo, creyendo que desaparecerá espontáneamente.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVOESTOMATITIS MENOPAUSICA

El tratamiento consiste en la administración de estrógeno, para calmar el dolor por vía bucal, 1 mg. de estilbertrol por

vía bucal diariamente o por vía parenteral.

TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE

Lo primero que se hará, es eliminar la molestia mediante torundas de algodón o con una gasa con agua oxigenada, se desprende la capa gris, se le administran medicamentos que contengan analgésicos y oxigenantes, si es un caso extremo grave, se le administrarán seis ampolletas con un lapso de 6 hrs. cada una, dos serán por vía endovenosa y las otras por vía intramuscular.

Cuando es en forma leve, solo será la aplicación en forma tópica, además de consultas para modificar el pH neutralizándolo.

Si la persona es muy nerviosa, se le agregará a la medicación unos sedantes.

Cuando está en las últimas fases de restablecimiento se le realizará una profilaxis, recomendándole una técnica de cepillado adecuada.

LEUCEMIA AGUDA Y SUB AGUDA

Consiste en mantener la mejor higiene posible, aliviar el dolor y disminuir la irritación de las lesiones necróticas. Se puede emplear un enjuague tibio, levemente alcalino. El agrandamiento se tratará por raspaje y curetaje realizado por -

etapas bajo anestesia tópica. La primera sesión consiste en la eliminación suave de todas las acumulaciones mediante una torunda de algodón, raspaje superficial y enseñanza del control de la placa bacteriana. En las lesiones siguientes se realizan raspajes progresivamente más profundos. Se administran antibióticos por vía general la noche anterior y 48 hrs. después de cada tratamiento, para disminuir el riesgo de infección.

TRATAMIENTO DEL LIQUEN PLANO

Tiende a resistirse al tratamiento; y lesiones bucales pueden persistir durante años. La administración de bismuto, 2 tabletas 3 veces diarias, es una forma difundida de tratamiento, pero en algunos casos reacciona intoxicando al cuerpo con malestar gastrointestinal y cefalea. Así mismo se usarán con cierto éxito drogas tranquilizantes, vitaminas, antibióticos y corticoides.

TRATAMIENTO DE PENFIGO VULGAR

Se puede mantener y controlar a los pacientes con corticoides por vía general, pero los efectos de la droga llegan a ser graves.

También se le dará un tratamiento de sostén, dando órdenes estrictas sobre la nutrición y administración de líquidos.

TRATAMIENTO PARA ERITE MULTIFORME

En realidad no existe tratamiento específico. La terapéutica esteroide suprime los síntomas mientras la enfermedad sufre su curso.

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

El conocer las estructuras normales de los tejidos paradontales, nos permite hacer una diferenciación con lo que respecta a lo patológico, como es en éste caso el proceso de la gingivitis. Por lo tanto, la elaboración de una Historia Clínica correcta nos permite hacer un diagnóstico adecuado y preciso, aunado Esto a nuestros conocimientos del desarrollo de los procesos patológicos, los cuales nos permitirán poder aplicar un tratamiento adecuado y correcto, podremos tener la seguridad de que los resultados que obtengamos serán exitosos. Por lo que una vez conocido el cuadro patológico de la enfermedad actuaremos a nivel de prevención, tratando de aplicar todas las medidas conocidas, así como los métodos más sencillos.

BIBLIOGRAFIA

PERIODONCIA

Goldman - Schluger- Chaikin - Fox - Cohen
Primera Edición, 1960
Editorial Interamericana.

PERIODONTOLOGIA CLINICA

Irving Glickman
Cuarta Edición, 1974
Editorial Interamericana

PATOLOGIA BUCAL

William G. Shafer, Maynard K. Hine, Barnett y Levy
Tercera Edición, 1977
Editorial Interamericana.

PATOLOGIA BASICA

Robins Angell
Editorial Interamericana
1973

MEDICINA BUCAL

Diagnóstico y Tratamiento
Dr. Lester W. Burket
Sexta Edición, 1973
Editorial Interamericana.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES

Orban Sicher
La Prensa Médica Mexicana
1969.