

24/ 10/ 73

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



LA ENFERMEDAD GINGIVAL COMO UN FACTOR
CAUSAL MAS HACIA LA PERDIDA DE LAS
ESTRUCTURAS DE SOPORTE DEL DIENTE.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
GRUPO DENTISTA
P R E S E N T A

ALEJANDRO VILLEGAS BERNAL

México, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I. INTRODUCCION

- a) Antecedentes históricos

II. EL PERIODONTO Y SUS TEJIDOS

- a) La Encía
- b) El Ligamento Periodontal
- c) El Cemento
- d) El Hueso Alveolar

III. LA ENFERMEDAD GINGIVAL : GINGIVITIS

- a) Cambios de coloración en la encía
- b) Cambios de consistencia en la encía
- c) Cambios de textura superficial en la encía
- d) Agrandamientos Gingivales
- e) Hemorragias Gingivales
- f) Infecciones Gingivales Agudas

IV. GINGIVITIS EN:

- a) Pubertad
- b) Menstruación
- c) Embarazo

V. PROPAGACION DEL PROCESO INFLAMATORIO DESDE LA ENCIA HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

VI. ETIOLOGIA DEL PADECIMIENTO GINGIVAL

- a) Factores Locales
- b) Factores Sistemicos

VII. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL

- a) Negligencia
- b) Control de Placa
- c) Técnicas de Cepillado
- d) Elementos auxiliares en autoterapia oral

VIII. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL

- a) Diagnóstico
- b) Pronóstico
- c) Plan de tratamiento

IX. CONTROL DEL PACIENTE

- a) Programa de mantenimiento del paciente

X. CONCLUSIONES**XI. BIBLIOGRAFIA**

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

Antecedentes históricos de la enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal se considera la cuestión -- más significativa en la práctica de la odontología moderna, debiéndose entender la denominación de enfermedad periodontal en un sentido -- amplio para abarcar las enfermedades del periodonto y en un sentido -- específico para poder diferenciar las enfermedades de los tejidos periodontales de soporte (ligamento, hueso y cemento) de las enfermedades propias de la encía.

HISTORIA.

Estudios paleontológicos, señalan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas prehistóricas -- y documentos históricos nos revelan el conocimiento de la enfermedad periodontal así como la necesidad de su tratamiento.

La enfermedad periodontal se presenta como una enfermedad común que se comprueba en los cuerpos embalsamados de los egipcios de hace 4000 años, mencionándose además la enfermedad gingival y recetas para fortalecer los dientes en los papiros quirúrgicos de -- Ebers y Edwin Smith. Los sumerios 3000 años a.c. practicaban la higiene bucal mediante la utilización de delicados palillos de oro.

Los Asirios y Babilonios se sospecha que sufrían de lesiones periodontales, obteniéndose datos históricos en los cuales --

se mencionan tratamientos mediante masaje gingival en combinación con diversas medicaciones de hierbas y enjuagatorios medicinales.

En el tratado chino más antiguo 2500 a.c., la enfermedad bucal se encuentra dividida en tres tipos:

1. Estados Inflamatorios
2. Enfermedad de los tejidos blandos de revestimiento de los dientes
3. Caries dental.

En este tratado la enfermedad gingival se describe de la siguiente manera: "Las encías son rojo pálido o violáceo, duras, hinchadas y a veces sangrantes; el dolor dentario es continuo .

Los chinos se cuentan entre los primeros pueblos que utilizan "el palo de masticación" como palillo y el cepillo de dientes para la limpieza de la dentadura y masajeo de los tejidos gingivales.

Entre los antiguos griegos, se creía que la enfermedad gingival podría ser atribuida a la acumulación de pituita o cálculos, con hemorragia gingival producida en casos de enfermedad persistente.

Los romanos se refieren a enfermedades que ocasionan trastornos en las partes blandas de la boca, mencionando también su tratamiento.

Se describe también el aflojamiento de los dientes causado por la flacidez de la encía y por el debilitamiento de sus raíces.

En el siglo XV, se afirmó que para tratar la enfermedad gingival era preciso eliminar el tártaro poco a poco utilizando instrumentos de hierro o dentríficos. En los siglos XIV y XV también se hace referencia al vino blanco, sal calcinada y sustancias aromáticas como auxiliares de la terapéutica periodontal.

Con el comienzo del siglo XVIII la odontología acusa los primeros signos de curiosidad científica llegándose a afirmar que "No solo las encías afectadas por enfermedad periodontal son las que quedan pálidas, hinchadas e inflamadas, sino también aquellas que no denuncian estos síntomas".

Se recomendaba como tratamiento en esta época la eliminación de cálculos y la utilización de dentríficos, enjuagatorios y ferulización de dientes flojos.

LA PERIODONCIA EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

PERIODONCIA:

Definición.- Es la rama de la Odontología que se refiere a la etiología y el tratamiento de la enfermedad periodontal.

Antes de emprender el estudio detallado de la enfermedad periodontal, es de suma importancia tener una perspectiva adecuada respecto al papel de la periodoncia en el ejercicio de la odontología.

La enfermedad periodontal es la causa más importante en la pérdida de los dientes por los adultos y por muchos años la Periodoncia fue un conglomerado de técnicas terapéuticas con la finali-

dad de tratar de salvar los dientes cuya enfermedad era avanzada.

Gradualmente se fue haciendo claro que la enfermedad periodontal que causa la pérdida dentaria era la etapa final de procesos que se había originado pero no tratado en la juventud.

De esta manera la atención se desplazó hacia el tratamiento temprano de la enfermedad gingival pues es más simple, produce resultados más previsibles y evita en el paciente la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente.

CAPITULO II
=====**EL PERIODONTO Y SUS TEJIDOS**

- A) LA ENCIA
- B) EL LIGAMENTO PARODONTAL
- C) EL CEMENTO RADICULAR
- D) EL HUESO ALVEOLAR

EL PERIODONTO Y SUS TEJIDOS

PARODONTO.- Es la unidad biológica formada por cuatro tipos de tejidos altamente especializados recubiertos por epitelio, dos son blandos:

- a) LA ENCIA
- b) EL LIGAMENTO PARODONTAL

y dos son duros:

- a) EL CEMENTO RADICULAR
- b) EL HUESO ALVEOLAR

MUCOSA BUCAL.- Está constituida por tejido conectivo y epitelial, el primero forma la submucosa y el segundo la mucosa. Para su estudio la mucosa bucal se divide en:

- a) MUCOSA MASTICATORIA
- b) MUCOSA DE REVESTIMIENTO
- c) MUCOSA ESPECIALIZADA

MUCOSA MASTICATORIA.- Es aquella que sufre los embates de la masticación y está constituida por queratina la cual protege el tejido epitelial. Dentro de la mucosa masticatoria se localiza la encía.

ENCIA.- También la denominaremos tejido gingival y es la mucosa que cubre el proceso alveolar hasta el cuello de los dientes, tanto por el lado bucal como por el lado palatino o lingual.

El tejido gingival es denso, blando y firmemente adherido al hueso por intermedio del periostio. En condiciones normales,

la encía es de color rosa y el aspecto de su superficie semeja al de la cáscara de algún cítrico como la naranja o el limón.

Anatómicamente la encía se divide en:

- a) ENCIA MARGINAL
- b) ENCIA INSERTADA
- c) ENCIA INTERDENTARIA

ENCIA MARGINAL.- Es la encía libre que rodea los dientes a manera de collar, se halla demarcada de la encía insertada adyacente por una de presión poco profunda o surco gingival.

SURCO GINGIVAL.- Es una hendidura leve alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía, con profundidad promedio de 1,8 mm.

ENCIA INSERTADA.- Se continúa con la encía marginal, es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar, es de color rosa pálido y el aspecto punteado que presenta se debe a su inserción con el hueso.

ENCIA INTERDENTARIA.- Ocupa el nicho gingival que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario. Consta de dos papilas, una vestibular, y una lingual y el col. Este último es una depresión que une las papilas adaptándose a la forma del área de contacto interdentario.

Cada papila interdentaria es piramidal; su superficie exterior es afilada hacia el área de contacto interproximal, y las su

perfiles mesial y distal son ligeramente cóncavas.

MUCOSA DE REVESTIMIENTO.- Esta mucosa no sufre los embates de la masticación y es la mucosa que recubre el Paladar Duro, Piso de Lengua y Fondo del Vestíbulo.

MUCOSA ESPECIALIZADA.- Se localiza en el dorso de la lengua exactamente en las papilas gustativas.

FIBRAS GINGIVALES.- El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno y contiene un sistema de haces de fibras colágenas - denominadas fibras gingivales las cuales tienen las siguientes funciones:

- 1o. Mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente para proporcionar rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación.
- 2o. Unir la encía marginal o libre en el cemento de la raíz y la encía insertada adyacente.

Las fibras gingivales se dividen en tres grupos:

- a) FIBRAS GINGIVODENTALES
- b) FIBRAS CIRCULARES
- c) FIBRAS TRANSEPTALES

FIBRAS GINGIVODENTALES.- Son fibras de la superficie vestibular, lingual o interproximal. Se hallan incluidas en el cemento. En las superficies vestibular y lingual se proyectan desde el cemento en forma de abanico, hacia la cresta y la superficie externa de la encía margi

nal terminando cerca del epitelio.

FIBRAS CIRCULARES.- Corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdentaria y rodean al diente en forma de anillo.

FIBRAS TRANSEPTALES.- Están situadas interproximalmente formando haces horizontales que se extienden entre el cemento de los dientes vecinos. Estan en el área entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdentario.

ADHERENCIA EPITELIAL.- Es una banda a manera de collar de epitelio escamoso estratificado. Se presentan de tres a cuatro capas de espesor al comienzo de la vida, aumentando a diez o veinte con la edad. Su longitud varía de 0,25 a 1,35 mm.

La adherencia epitelial se une al esmalte por la lámina basal compuesta por una lámina densa y una lámina lúcida, a la cual se unen los hemidesmosomas.

La adherencia epitelial del diente está reforzada por las fibras gingivales que aseguran la encía marginal contra la superficie dentaria.

Por esta razón la adherencia epitelial y las fibras gingivales son consideradas como una unión dentogingival.

LIQUIDO GINGIVAL o LIQUIDO CREVICULAR.- Es un líquido que se filtra desde el tejido conectivo gingival hacia el surco gingival.

COMPOSICION.- El líquido crevicular está compuesto por electrolitos de sodio, potasio y calcio, aminoácidos, proteína plasmática, facto-

res fibrolíticos, gamaglobulinas, albúmina, lisozima, fibrinógeno y - fosfatasa ácida.

FUNCION.

1. Limpia el material del surco
2. Posee propiedades antimicrobianas
3. Contiene proteínas plasmáticas que pueden mejorar la adhesión de - de la adherencia epitelial al diente.
4. Puede ejercer actividad anticuerpo en defensa de la encía.

El líquido gingival se produce en pequeñas cantidades - en los surcos de la encía normal, indicando que es un producto de fil - tración fisiológico de los vasos sanguíneos modificado a medida que se filtra a través del epitelio del surco.

VASCULARIZACION DE LA ENCIA.- Existen tres fuentes de vasculariza - ción de la encía:

1. Arteriolas suprapariosteicas.
2. Vasos del Ligamento Periodontal.
3. Arteriolas que emergen de la cresta del Tabique Interdentario.

ARTERIOLAS SUPRAPARIOSTICAS.- Se localizan a lo largo de las super - ficies vestibular y lingual del hueso alveolar desde las cuales se -- extienden capilares hacia el epitelio del surco y entre los brotes -- epiteliales de la superficie gingival externa. Algunas ramas de las - arteriolas pasan a través del hueso alveolar hacia el ligamento perig - dontal o corren sobre la cresta del hueso alveolar.

VASOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.- Se extienden hacia la encía y se anastomosan con capilares en la zona del surco.

ARTERIAS QUE EMERGEN DE LA CRESTA DEL TABIQUE INTERDENTARIO.- Se extienden en sentido paralelo a la cresta ósea para anastomosarse -- con vasos del ligamento periodontal, con capilares del área del surco gingival y con vasos que corren sobre la cresta alveolar.

Estas tres fuentes de vascularización de la encía están irrigadas por Las Arterias Alveolares Superiores e Inferiores.



ENCIA NORMAL DE UN ADULTO JUVENI.

Obsérvese el límite (línea mucogingival)

entre la encía insertada y la mucosa al-

veolar más oscura.

EL LIGAMENTO PARODONTAL.- La Raiz del diente está unida al alveolo por un tejido conjuntivo especializado que sirve de pericemento al diente y de periostio al hueso denominado Ligamento Parodontal.

El ligamento parodontal está constituido por fibras colágenas que al estar en tensión se observan rectilíneas, ondulándose en estado de relajamiento, aquí podremos encontrar cementoblastos, osteoblastos y vasos sanguíneos linfáticos y nerviosos.

El ligamento parodontal mide aproximadamente .15 a .38 mm., variando su tamaño y espesor de persona a persona y de diente a diente.

Las fibras que componen el ligamento parodontal de acuerdo a su situación son:

- a) GINGIVALES LIBRES
- b) TRANSEPTALES
- c) CRESTOALVEOLARES
- d) HORIZONTALES
- e) OBLICUAS
- f) APICALES.

FIBRAS GINGIVALES LIBRES.- Van del cuello al diente hacia la encía.

FUNCION.- Mantienen al diente unido a la encía.

FIBRAS TRANSEPTALES.- Son las fibras que van desde el cemento de una parte mesial de un diente hasta el cemento en la parte distal de - -

otro diente contiguo, pasando por encima de la cresta alveolar.

FUNCION.- Ayudan a mantener la distancia entre diente y diente, soportando los puntos de contacto.

FIBRAS CRESTOALVEOLARES.- Van desde la porción cervical de un diente hasta la cresta alveolar.

FUNCION.- Resistir las fuerzas tensionales laterales.

FIBRAS HORIZONTALES.- Son las que se dirigen horizontalmente del cemento del diente hacia el hueso.

FUNCION.- Resistir las fuerzas y presiones laterales y verticales.

FIBRAS OBLICUAS.- Se dirigen oblicuamente desde el cemento dental hasta el hueso alveolar.

FUNCION.- Resistir fuerzas y presiones laterales y verticales.

FIBRAS APICALES.- Van del ápice al hueso en forma irradiada, existiendo estas fibras sólo hasta que está completamente formada la raíz.

FUNCION.- Resistir las fuerzas que tienden a desalojar el diente hacia afuera y lateralmente.

VASCULARIZACION DEL LIGAMENTO PARODONTAL.- Proviene de las Arterias Superior e Inferior y llegan al ligamento parodontal desde tres orígenes:

1. Vasos Apicales
2. Vasos que penetran desde el hueso alveolar.
3. Vasos anastomosados de la encía.

FUNCION DEL LIGAMENTO PARODONTAL.- Las funciones del ligamento parodontal son:

- a) Físicas
- b) Formativas
- c) Nutricionales
- d) Sensoriales.

a) **FUNCION FISICA.**- La función física del ligamento parodontal abarca lo siguiente:

1. Transmisión de fuerzas oclusales al hueso.
2. Inserción del diente al hueso.
3. Mantenimiento de los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes.
4. Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales.
5. Provisión de "una envoltura de tejido blando" para proteger los vasos y nervios de lesiones por fuerzas mecánicas.

b) **FUNCION FORMATIVA.**- El ligamento cumple las funciones de periotio para el cemento y el hueso. Las células del ligamento periodontal participan en la formación y reabsorción de estos tejidos, --

formación y reabsorción que se produce durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones.

FUNCIONES NUTRICIONALES
Y SENSORIALES.

E, El ligamento periodontal provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía - mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.

La inervación del ligamento periodontal confiere sensibilidad propioceptiva y táctil que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes, desempeñando un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

EL CEMENTO.

Es el tejido que cubre toda la raíz del diente hasta el cuello anatómico del mismo. Es de color amarillo, menos duro que el esmalte y dentina pero más duro que el hueso alveolar. La dureza que presenta el cemento es debida a los cristales de hidroxipatita que contiene.

El cemento carece de sensibilidad; consta de dos capas, una extracelular y otra intracelular que se unen a la altura de la dentina.

La capa exterior fija las fibras del ligamento parodontal. Continuamente se está formando cemento con apósitos de capas nuevas, midiendo 0,1 a 1 mm., en el ápice.

PERMEABILIDAD.- Se ha comprobado que tanto el cemento acelular como el celular son permeables por ser materia orgánica. Dentro de las sustancias orgánicas que forman el cemento tenemos Mucopolisacáridos y Glucoproteínas, presentando además calcio, magnesio y fósforo.

DESARROLLO EMBRIOLÓGICO.- La delgada capa mesenquimatoza se diferencia en cementoblastos pero para que dichas células puedan cumplir su función es preciso que el saco dentario se ponga en contacto directo con la dentina. Una vez que se deposita la primera capa de dentina radicular, los cementoblastos perforan la Valva de Herwick - la cual queda desintegrada y los elementos celulares que la integran se atrofian quedando más adelante englobados en el ligamento con el nombre de Restos Epiteliales de Malassez.

HUESO ALVEOLAR.

Las apófisis alveolares son las porciones de los maxilares o mandíbula que forman y sostienen a los alveolos que a su vez soportan los dientes, en las apófisis alveolares se distinguen dos partes:

- a) HUESO ALVEOLAR propiamente dicho y
- b) HUESO DE SOPORTE.

El primero consta de una lámina delgada que recubre a la raíz del diente y en la cual se insertan las fibras del ligamento parodontal.

El hueso de soporte rodea al hueso alveolar y sirve de sostén a su función, consta de láminas corticales de hueso compacto del lado vestibular, palatino y lingual de las apófisis alveolares y de hueso esponjoso que se encuentra entre la lámina cortical y el hueso alveolar.

La pared interna del alveolo se llama también lámina dura, presenta muchas perforaciones para la entrada y salida de vasos, en condiciones normales la altura de la cresta alveolar depende del contorno del diente en la unión cemento-esmalte, del grado de erupción del diente, de la relación mesio-distal de los mismos y de la anchura buco-lingual de los mismos.

Resumiendo el hueso alveolar es un tejido que se adapta al ligamento del diente, está formado para sostenerlo y después

de la extracción se reduce como ocurre con las apófisis alveolares.

La matriz interna celular del hueso está formada por -
substancias orgánicas e inorgánicas.

La porción orgánica está compuesta por fibras colage--
nas y una substancia fundamental de mucopolisacaridos y la porción -
Inorgánica se compone de sales de calcio y pequeñas cantidades de so
dio, potasio, fluor y fierro.

Terminaré este capítulo haciendo notar que el parodon-
to en su estado sano, es extraordinariamente resistente a las presig
nes, por lo que no debe haber ni durante la masticación, ni durante-
el cepillado sangrado del borde libre de la encla, la presencia de -
extravasación sanguínea en esta región nos indica la presencia de un-
proceso patológico.

CAPITULO III**- LA ENFERMEDAD GINGIVAL****- GINGIVITIS****A) CAMBIOS DE COLORACION DE LA ENCIA****B) CAMBIOS DE CONSISTENCIA DE LA ENCIA****C) CAMBIOS DE TEXTURA SUPERFICIAL DE LA ENCIA****D) AGRANDAMIENTOS GINGIVALES****E) HEMORRAGIAS GINGIVALES****F) INFECCIONES GINGIVALES**

LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

GINGIVITIS.

Es la inflamación de la encía. Es la forma más común de enfermedad gingival, se caracteriza por la presencia de exudado inflamatorio y edema en la lámina propia gingival.

Hay cierta destrucción de fibras gingivales y ulceración y proliferación del epitelio del surco.

La gingivitis la clasificaremos de acuerdo a su evolución, duración y distribución.

EVOLUCION Y DURACION,

GINGIVITIS AGUDA.- Presenta una encía rojo brillante, que suele estar ulcerada, hemorrágica y posiblemente dolorosa. Se instala repentinamente y es de corta duración.

GINGIVITIS RECURRENTE.- Enfermedad que reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento, o que desaparece espontáneamente y reaparece.

GINGIVITIS CRONICA - Presenta una encía de color magenta, siendo más fibrosa, no tan hemorrágica. Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. La gingivitis crónica es el tipo más común. Los pacientes pocas veces recuerdan haber sentido síntomas agudos.

La gingivitis crónica es una lesión fructuante en la cual las zonas inflamadas persisten o se tornan normales y las zonas normales se inflaman.

DISTRIBUCION:

LOCALIZADA.- Se limita a la encía de un sólo diente o un grupo de dientes.

GENERALIZADA.- Abarca toda la boca.

MARGINAL.- Afecta al margen gingival, pero puede incluir una zona de la encía insertada contigua.

PAPILAR.- Abarca las papilas interdientarias y con frecuencia se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival. Es común que afecte a las papilas y no al margen gingival; los primeros síntomas de gingivitis aparecen en la papila.

DIFUSA.- Abarca la encía marginal, encía insertada y papila interdientaria.

La distribución de la enfermedad gingival en casos particulares se describe mediante la combinación de los nombres anteriores de la siguiente manera:

GINGIVITIS MARGINAL LOCALIZADA.- Se limita a una área de la encía marginal o más. Por lo general, la lesión afecta también a las papilas.

- GINGIVITIS DIFUSA LOCALIZADA.- Se extiende desde el margen hasta el pliegue mucovestibular, pero en un área limitada.
- GINGIVITIS PAPILAR.- Abarca un espacio interdentario, o más, en un área limitada.
- GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA.- Abarca toda la encía. Por lo común, también la mucosa bucal se halla afectada, de modo que el límite entre ella y la encía insertada queda anulado.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS.- Las características clínicas sobresalientes son los cambios de color, consistencia, textura y posición de la encía y el sangrado. La inflamación puede ser aguda o crónica y puede haber Hiperplasia, Ulceración, Necrosis, Seudomembranas y Exudado purulento y seroso.

Al examinar la encía es preciso tener presente el cuadro de lo que se considera encía "normal", con esta guía es fácil observar la extensión de la reacción inflamatoria; la distribución de las lesiones y el estado de la inflamación; debiendo recordar que las características de la gingivitis se determinan mediante la atenta valoración de la reacción inflamatoria.

- A) CAMBIOS DE COLORACION DE LA ENCIA. - Los cambios de color son - signos clínicos muy importantes en la enfermedad gingival.

CAMBIO DE COLOR EN LA GINGIVITIS CRÓNICA. Comienza por un rubor muy leve, y después el color pasa por una gama de diversos tonos de rojo, azul rojizo y azul oscuro, a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio.

Los cambios aparecen en las papilas interdentarias y se extienden hacia la encía insertada. El diagnóstico y el tratamiento apropiado demandan la comprensión de los cambios tisulares que alteran el color de la encía a nivel clínico.

PATOLOGIA DE LA GINGIVITIS CRÓNICA. - Los microorganismos bucales sintetizan productos lesivos capaces de afectar a la substancia intercelular del epitelio y de ensanchar los espacios intercelulares para permitir que otros agentes dañinos penetren en el tejido conectivo.

La primera respuesta a la irritación es el eritema; está señalado por la dilatación de capilares y el aumento de flujo sanguíneo, que produce el rubor inicial.

La intensificación del color rojo es consecuencia de la proliferación capilar, la formación de numerosas asas capilares y el desarrollo de anastomosis entre arterias y venulas.

Cuando la inflamación se hace crónica, los vasos sanguíneos se ingurgitan y congestionan, el retorno venoso está dificultado y el

flujo sanguíneo se espesa. La consecuencia es una anoxemia de los tejidos que añade un tinte azulado a la encía enrojecida. La extravasación de eritrocitos en el tejido conectivo y la descomposición de la hemoglobina en sus pigmentos intensifica el color de la encía y es frecuente que origine una tonalidad negruzca.

CAMBIOS DE COLOR EN LA GINGIVITIS AGUDA. - Difieren algo de los de la gingivitis crónica en su naturaleza y distribución.

El cambio de color puede ser marginal, difuso o en manchas, según la clase de lesión aguda. Los cambios de color varían según la intensidad de la inflamación. En casos agudos hay un eritema rojo brillante inicial. Si el estado no empeora, éste constituirá el único cambio de color hasta que la encía recupera la normalidad.

En la inflamación aguda intensa, el color rojo se transforma en gris pizarra brillante, que poco a poco se torna gris blanquecino opaco.

El color gris, producido por la necrosis del tejido, está separado de la encía adyacente por una zona eritematosa bien definida.

B) CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA DE LA ENCIA. - Tanto la inflamación crónica como la aguda, producen cambios en la consistencia firme-resiliente normal de la encía de la manera siguiente:

GINGIVITIS CRONICA

CAMBIOS CLINICOS:

- 1.- Hinchazón esponjosa que se hunde a la presión.
- 2.- Blandura marcada, con fragmentación a la exploración con una sonda y áreas delimitadas de enrojecimiento y descamación.
- 3.- Consistencia firme, semejante al cuero.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS SUBYACENTES:

- Para 1.- Infiltración de exudado inflamatorio líquido y celular
- Para 2.- Degeneración de tejido conectivo y epitelio asociado a sustancias lesivas que provocan inflamación y exudado inflamatorio.
- Para 3.- Fibrosis y proliferación epitelial concomitante con inflamación crónica muy anterior.

GINGIVITIS AGUDA

CAMBIOS CLINICOS:

- 1.- Hinchazón difusa y Ablandamiento.
- 2.- Descamación con partículas grises de aspecto escamoso.
- 3.- Formación de Vesículas.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS SUBYACENTES:

- Para 1.- Edema difuso de origen inflamatorio agudo.

Para 2.- Necrosis con formación de una seudomembrana compuesta de bacterias, leucocitos polimorfonucleares y células epiteliales degeneradas en una malla de fibrina.

Para 3.- Edema intercelular e intracelular con degeneración de los núcleos y citoplasma y rotura de las paredes celulares.

C) CAMBIOS EN LA TEXTURA SUPERFICIAL DE LA ENCIA.- La pérdida del punteado superficial es un signo temprano de gingivitis. En la inflamación crónica, la superficie es lisa y brillante o firme y nodular según el predominio de cambios exudativos o fibrosos.

La textura superficial lisa asimismo, es producida por la atrofia epitelial en la gingivitis atrofia senil, y la descamación de la superficie ocurre en la gingivitis descamativa crónica.

La hiperqueratosis genera una superficie semejante al cuero y la hiperplasia gingival no inflamatoria produce una superficie firmemente nodular.



GINGIVITIS DELISA LOCALIZADA

Abanca encia marginal e inserada.



GINGIVITIS MARGINAL GENERALIZADA

Tambien está afectada la papila-
interdentaria.



GINGIVITIS CRÓNICA

La encía marginal y la encía interdental
 con lisis y edematosa; su color está altera-
 rado.

D) AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.- El agrandamiento gingival o aumento de tamaño, es una característica común de la enfermedad gingival. Existen muchas clases de agrandamientos gingivales, que varían según los factores etiológicos y los procesos patológicos que los producen, mencionándose en este capítulo sólo los agrandamientos gingivales producidos como consecuencia de la alteración inflamatoria crónica o aguda.

CLASIFICACION:

AGRANDAMIENTOS
INFLAMATORIOS

a) CRONICO

b) AGUDO

1.- Localizado o Generalizado

2.- Circunscrito (Aspecto Tumoral)

1.- Absceso Gingival

AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO.- El agrandamiento gingival como ya se mencionó puede ser consecuencia de alteraciones inflamatorias crónicas o agudas. Las primeras son, con mucho, la causa más común.

AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRONICO

LOCALIZADO O GENERALIZADO.- Comienza con un abultamiento leve de la papila interdental, la encía marginal o ambas. En los primeros estadios se produce un abultamiento en forma de salvavidas alrededor del diente afectado. Este abultamiento aumenta de tamaño hasta que cubre parte de las coronas.

Por lo general el agrandamiento es papilar o marginal y puede ser

ser localizado o generalizado, su crecimiento es lento e indoloro salvo que se complique con infección aguda o trauma.

CIRCUNSCRITO.- (Aspecto Tumoral).- En ocasiones el agrandamiento evoluciona como una masa circunscrita, sessil o pediculada que se asemeja a un tumor. Puede ser interproximal o hallarse en el margen gingival o en la encía insertada.

Las lesiones son de crecimiento lento y por lo general, indoloras. Es factible que disminuya espontaneamente de tamaño y que luego reaparezcan y se agranden continuamente. A veces, se produce la ulceracion dolorosa del pliegue entre la masa y la encía adyacente.

HISTOPATOLOGIA. Las siguientes características producen el agrandamiento gingival inflamatorio.

- 1.- Líquido Inflamatorio y Exudado Celular
- 2.- Degeneración del Epitelio y Tejido conectivo
- 3.- Neoformación de capilares
- 4.- Ingurgitación capilar
- 5.- Hemorragia
- 6.- Proliferación del Epitelio y Tejido Conectivo
- 7.- Nuevas Fibras Colágenas.

ETIOLOGIA.- Las causas del agrandamiento gingival crónico es la irritación local prolongada. Los siguientes son factores etiológicos característicos:

- 1.- Higiene bucal insuficiente
- 2.- Relaciones anormales de dientes vecinos y antagonistas
- 3.- Falta de función
- 4.- Caries de cuello
- 5.- Márgenes desbordantes de restauraciones
- 6.- Restauraciones dentales mal contorneadas
- 7.- Irritación generada por retenedores o sillas de protesis --
parcial removibles.
- 8.- Respiración bucal
- 9.- Obstrucción nasal
- 10.- Reubicación de dientes con tratamientos ortodonticos.
- 11.- Hábitos de presionar la lengua contra la encía.



GRANDINENTO - OCLAMATORIO - EREDO CO

Obsérvese la gran vascularización

de la lesión en el incisivo lateral.

AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO AGUDO

ABSCESO GINGIVAL.- El absceso es una lesión localizada, dolorosa de expansión rápida, que por lo general se instala rápidamente. Se limita al margen gingival o papila interdentalia.

En los primeros estadios se presenta como una hinchazón roja cuya superficie es lisa y brillante. Entre las 24 y 48 horas es común que la lesión sea fluctuante y punteaguda, con un orificio en la superficie, del cual puede ser expulsado un exudado purulento. Los dientes vecinos pueden ser sensibles a la percusión. Si se deja que avance, las lesiones se rompen espontáneamente.

HISTOPATOLOGIA.- El absceso gingival es un foco purulento en el tejido conectivo, rodeado de infiltrado difuso de leucocitos polimorfonucleares, tejido edematizado e hinchazón vascular. El epitelio presenta grados variables de edema intracelular y extracelular, invasión de leucocitos y úlceras.

ETIOLOGIA.- El agrandamiento gingival inflamatorio agudo es respuesta a irrigación de cuerpos extraños, como cerdas de cepillos de dientes, cáscaras de manzana u objetos extraños introducidos en la encía por la fuerza. La lesión se limita a la encía y no hay que confundirla con el absceso periodontal o lateral.

E) HEMORRAGIA GINGIVAL.

HEMORRAGIA GINGIVAL ANORMAL CAUSADA POR FACTORES LOCALES.- La hemorragia gingival anormal es un signo común de enfermedad gingival. Varía de intensidad, duración y facilidad con que se produce.

HEMORRAGIA CRÓNICA Y RECURRENTE.- La causa más común de hemorragia gingival anormal es la inflamación crónica. La hemorragia es crónica o recurrente y es provocada por traumatismos mecánicos como el cepillado dentario, palillos y retención de alimentos, o por el rechinar de los dientes (Bruxismo).

HISTOPATOLOGIA.- Los vasos sanguíneos de la encía se hallan en el tejido conectivo papilar. En la superficie externa están protegidos de las agresiones por un espesor considerable de epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado o queratinizado.

Junto al diente hay un plexo de capilares que se localiza cerca del espacio del surco, separado de él por una capa de epitelio delgado semipermeable.

En la inflamación gingival, las siguientes alteraciones provocan hemorragia gingival anormal:

La dilatación y la ingurgitación de los capilares; aumentando la susceptibilidad a lesiones hemorrágicas.

La intensidad de la hemorragia y la facilidad con que es provocada dependen de la intensidad de la inflamación. Después de la rotura de los vasos, un mecanismo complejo induce la hemostasia.

las paredes de los vasos se contraen y el flujo sanguíneo disminuye; las plaquetas se adhieren a los bordes de los tejidos; se forma un coágulo fibroso que se contrae y aproxima los bordes -- del área lesionada. Sin embargo la hemorragia se repite cuando esa zona es irritada.

HEMORRAGIA AGUDA.- Los episodios de hemorragia gingival aguda - tienen su origen en lesiones o se producen espontáneamente en la enfermedad gingival aguda.

Las laceraciones de la encía por un cepillado enérgico o trozos cortantes de alimentos duros producen hemorragia gingival, incluso en ausencia de enfermedad gingival. Las quemaduras gingivales producidas por comidas calientes o fármacos aumentan la facilidad de hemorragia gingival.



ACORDAMIENTOS DEL COMITÉ DE LA OMS

Índice del Segundo Número

1. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
2. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
3. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
4. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
5. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
6. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
7. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
8. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
9. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1
10. <i>El problema de la salud pública en el mundo</i> (Dr. J. G. P. van Rooyen)	1

F) INFECCIONES GINGIVALES.- Dentro de este capítulo se mencionará sólo las de tipo agudo.

INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS.- Basicamente tenemos dos:

a) GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE,

b) GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA,

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.- También se denomina infección de Vincent o Boca de Trinchera.

Es una alteración que incide con mayor frecuencia entre los varones que entre las hembras, se presenta hacia los 20 años de vida y es raro que aparezca en niños. Como sabemos los gérmenes se consideran saprofitos en la cavidad oral normal y pueden convertirse en patógenos facultativos siempre que las influencias desfavorables externas o internas alteren el equilibrio entre la resistencia del huésped y la virulencia de los gérmenes.

Las localizaciones más exactas de la *Borrelia Vincenti* son las bolsas periodontales y la zona posterior oral, fronteriza con la faringe.

La enfermedad según su localización, se presenta como una gingivitis ulceronecrotica y más raramente como una estomatitis, si bien en casos excepcionales se afecta la totalidad de la mucosa oral.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Al principio se observa como una tumefacción circunscrita de la mucosa, de color rojo apagado que rapidamente se ulcera y necrosa, recubriéndose de una pseudembrana gris. la cual a su vez se desprende apareciendo una ulcera cronica y profunda que se llena de un liquido gris-amarillento o de material necrótico hemorrágico.

La mucosa adyacente apenas sufre modificaciones. El aliento tiene un olor fétido y a la vez dulzón, hay sialorrea y los ganglios regionales que están tumefactos y dolorosos se vuelven sensibles.

En los casos agudos el paciente presenta malestar general, dolor y gusto fétido. Con frecuencia aunque no siempre aparece fiebre.

Las lesiones ulceronecróticas cicatrizan al cabo de la tercera semana.

SINTOMAS BUCALES.

Las lesiones son en sumo grado sensibles al tacto y el paciente se queja de un dolor constante, irradiado que se intensifica al contacto con alimentos condimentados, calientes y con la masticación. Hay un sabor metálico desagradable y el paciente tiene conciencia de una cantidad excesiva de saliva 'pastosa'.

EVOLUCION CLINICA.

La evolución clinica es indefinida. Si no se realiza tratamien-

to puede tener como consecuencia "Destrucción progresiva del periodonto y Denudación de las raíces".

Es importante comprender la real relación que existe entre la -- gingivitis ulceronecrotizante aguda y la enfermedad periodontal- destructiva crónica.

La gingivitis ulceronecrotizante puede instalarse en bocas sin - enfermedad gingival preexistente o puede superponerse a una gin- givitis crónica o a bolsas periodontales. Destruye rapidamente- los tejidos en contraste con las alteraciones inflamatorias y -- proliferativas, las cuales generan las formaciones de bolsas.

HISTOPATOLOGIA DE LA LESION

Microscópicamente la lesión se observa como una inflamación ines- pecífica aguda, necrotizante, en el margen gingival que abarca - el epitelio escamoso estratificado y el tejido conectivo subya-- cente. El epitelio de la superficie es destruido y reemplazado- por una trama pseudomembranosa de fibrina, células epiteliales ne- cróticas, leucocitos polimofonucleares y varias clases de micro- organismos.

El examen al microscopio electrónico nos revela además que en - la gingivitis ulceronecrotizante aguda la encía puede estar divi- dida en cuatro zonas que siguen y se mezclan unas con otras:

ZONA 1: Zona Bacteriana, es la más superficial y consiste en una masa de diversas bacterias, incluso espiroquetas de di- versos tamaños.

- ZONA 2: Zona rica en neutrófilos, leucocitos y espiroquetas entre estos.
- ZONA 3: Zona Necrótica, presenta células desintegradas, material fibrilar, restos de fibras colágenas y espiroquetas.
- ZONA 4: Zona de Infiltración de espiroquetas, en la que se observa tejido sano infiltrado sin otros microorganismos.



ENIGMÁTICAS - ULCERONECROTIZANTES

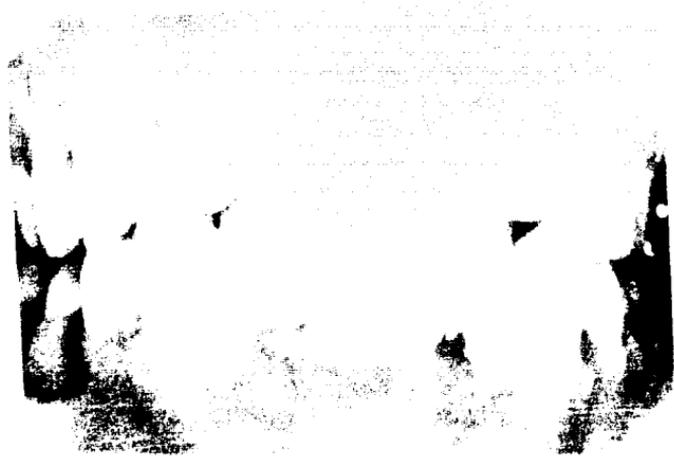
Papilas interdentarias con sobreelevado
característico.



GINGIVITIS ULCEROCRODIZANTE EN UN NIÑO

Lesiones características de destrucción progresiva del tejido.

En la fotografía se muestra el interior de la boca de un niño con gingivitis ulcerocrodozante. Se observan lesiones características de destrucción progresiva del tejido gingival. El tejido gingival está inflamado, rojo y ulcerado, lo que indica una enfermedad grave que requiere atención médica inmediata. Las lesiones se ven como áreas oscuras y profundas que destruyen el tejido de la encía.



GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA
Lesiones características por hemorragia espontánea.



GINGIVITIS ALICERNECRIZANTE AGUDA

En este caso se presenta sobregregada a la enfermedad periodontal crónica -- subyacente.

GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA:

Es una infección de la cavidad bucal causada por el virus del herpes simplex, aparece con mayor frecuencia en los lactantes y niños menores de seis años. Pero también se ve en adolescentes y adultos de ambos sexos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

SIGNOS BUCALES.

La afección aparece como una lesión difusa eritematosa y brillante de la encía y mucosa oral con grado variables de edema y hemorragia gingival.

La gingivostomatitis herpética aguda se caracteriza por la presencia de vesículas esféricas grises, que se localizan en la encía, mucosa oral, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. Aproximadamente de 20 a 24 horas las vesículas se rompen quedando pequeñas úlceras dolorosas rodeadas de un halo rojo y una porción central amarillenta o gris.

La enfermedad dura de 7 a 10 días curando sin dejar cicatrices.

SINTOMAS BUCALES:

1. Irritación generalizada de la mucosa oral.
2. Dolor al tacto, variaciones térmicas y condimentos.

SIGNOS Y SINTOMAS EXTRABUCALES Y GENERALES:

1. Manifestaciones herpéticas en comisuras labiales y cara con-

vesícula y formación de costras superficiales.

2. Adenitis Cervical

3. Fiebre entre 38^o C

HISTOPATOLOGIA.

Las ulceraciones circunscritas de la gingivostomatitis herpética que se originan de la ruptura de las vesículas presentan una porción central de inflamación aguda con ulceraciones y exudado purulento rodeado de una zona rica en vasos ingurgitados. Las vesículas presentan edema intra y extracelular y degeneración de células epiteliales. El citoplasma celular es claro y licuefacto y la membrana y el núcleo resaltan en relieve. Más tarde el núcleo degenera, pierde su afinidad tintorial y por último se desintegra. La formación de las vesículas es la consecuencia de la fragmentación de células epiteliales degeneradas.



STINDIVOSTIGMATITIS HERPETICA ACUTA

Observese el eritema difuso característico.

CAPITULO IV

GINGIVITIS EN:

- a) PUBERTAD
- b) MENSTRUACION
- c) EMBARAZO

GINGIVITIS EN LA PUBERTAD.

Con frecuencia la pubertad va acompañada de una respuesta exagerada de la encía a la irritación local, produciéndose una inflamación pronunciada, coloración rojo azulada, edema y agrandamiento, los cuales originan una respuesta gingival leve. El entrecruzamiento anterior u overbite excesivo agrava estos casos a causa de los efectos sobreagregados de la retención de alimentos y lesión de la encía del sector vestibular anterior y sector palatino en el maxilar superior.

Conforme se acerca la edad adulta, la intensidad de la reacción gingival decrece incluso aún en presencia de irritantes locales; los cuales se deberán eliminar para regresar a la normalidad completa.

Aunque la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival aumenta en la pubertad, es preciso comprender que la gingivitis no es de aparición universal durante este período.

GINGIVITIS EN LA MENSTRUACION

Por lo regular el ciclo menstrual no presenta cambios gingivales notables, aunque en ocasiones se presentan problemas.

Durante el ciclo menstrual aumenta la frecuencia de la gingivitis quejándose las pacientes que sus encías sangran y las sienten hinchadas en los días que preceden al flujo menstrual.

El exudado de la encía inflamada aumenta durante la --
menstruación, indicando que la gingivitis existente se agrava con la
menstruación.

CAMBIOS BUCALES

Por lo común aparecen varios días antes del ciclo mens-
trual. Son ulceraciones de la mucosa bucal, lesiones vesiculares y -
hemorragias en la cavidad bucal. Las papilas interdientarias presen-
tan una coloración rosada y la lengua está ulcerada.

Las lesiones curan de 3 a 4 días y la sensibilidad de-
saparece después de la menstruación y por el resto del ciclo. Las le-
siones no aparecen si la paciente queda embarazada pero se repiten --
después del parto.

Se observa mejoría mediante la administración de estró-
genos por vía general.

En el examen microscópico se observa como característi-
ca principal la escamación de células epiteliales del manto granuloso
y de la superficie.

GINGIVITIS EN EL EMBARAZO.

El embarazo por sí mismo no produce gingivitis. La --
gingivitis en el embarazo tiene su origen en los irritantes locales.
El embarazo acentúa la respuesta gingival a los irritantes locales --

considerándose como un factor modificador secundario.

La intensidad de la gingivitis aumenta durante el embarazo a partir del segundo y tercer mes. En pacientes con gingivitis crónica, durante el embarazo sufren inflamaciones excesivas, color más llamativo y hay un aumento de la tendencia hemorrágica. La gingivitis más intensa se observa entre el octavo y noveno mes.

El embarazo afecta sólo a áreas inflamadas con anterioridad no inflamando encías sanas. Así mismo el embarazo aumenta la movilidad dentaria, la profundidad de la bolsa y el líquido gingival.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

- 1.- Vascularidad pronunciada de la encía.
- 2.- Encía inflamada y de color rojo brillante-rojo azulado.
- 3.- La encía marginal e interdentaria están edematizadas, blandas, lisas y brillantes.
- 4.- Aumento de la tendencia hemorrágica.

Hay una reducción parcial de la severidad de la gingivitis a los dos meses después del parto y luego de un año el estado de la encía es comparable al de pacientes no embarazados. Sin embargo, la encía no vuelve a la normalidad mientras existan irritantes locales. Después del embarazo también disminuye la movilidad dentaria el líquido gingival y la profundidad de la bolsa.

HISTOPATOLOGIA.

El cuadro histopatológico de la gingivitis durante el embarazo es el de una inflamación inespecífica vascularizada. Hay infiltrado celular abundante con edema y degeneración del epitelio gingival y tejido conectivo.

C A P I T U L O V

**PROPAGACION DEL PROCESO INFLAMATORIO DESDE LA
ENCIA HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SO--
PORTE:**

PROPAGACION DEL PROCESO INFLAMATORIO DESDE LA ENCIA HACIA LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

La propagación o extensión de la inflamación desde el margen gingival hacia los tejidos periodontales de soporte, nos va a marcar "La transición de gingivitis a periodontitis", produciéndose ya a partir de esta etapa la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

Durante muchos años difirieron las opiniones respecto de las vías de extensión de la inflamación gingival hacia los tejidos de soporte, siendo de la aceptación general aquella que nos indica -- que la inflamación gingival sigue el curso de los vasos sanguíneos a través de los tejidos laxos que los rodean dentro del hueso alveolar.

Las vías de propagación de la inflamación son importantes, porque afectan a la forma de la destrucción ósea en la enfermedad periodontal.

VÍAS DE PROPAGACION DE LA INFLAMACION GINGIVAL.

Los diferentes tipos de irritantes locales producen -- la inflamación del margen gingival y de la papila interdientaria. La inflamación penetra en las fibras gingivales y las destruye, por lo general a corta distancia de su inserción en el cemento. Después se propaga hacia los tejidos de soporte por las siguientes vías:

VÍAS INTERPROXIMALES.

En las zonas interproximales la inflamación se extiende

por el tejido conectivo laxo que rodea a los vasos sanguíneos, a través de las fibras transeptales y luego dentro del hueso a través de los conductos de los vasos, que perforan la cresta del tabique interdentario.

El lugar en que la inflamación entra en el hueso depende de la localización de los conductos vasculares. Pudiendo penetrar por el tabique interdentario en el centro de la cresta hacia un costado de la cresta o en el ángulo del tabique y puede entrar al hueso por más de un conducto.

Una vez que alcanza los espacios modulares la inflamación puede retornar desde el hueso al ligamento periodontal. Con menor frecuencia la inflamación se extiende desde la encía directamente hacia el ligamento periodontal y de allí al tabique interdentario.

VIAS VESTIBULARES Y LINGUALES.

En vestibular y lingual la inflamación de la encía se extiende por la superficie periostica externa del hueso y penetra en los espacios modulares a través de los conductos vasculares en la corteza exterior.

RESTABLECIMIENTO DE LAS FIBRAS TRANSEPTALES.

Durante su trayecto desde la encía hacia el hueso el proceso inflamatorio va a provocar la destrucción de las fibras tran-

septales y las reduce a fragmentos granulares los cuales se van a encontrar desorganizados y dispersos entre las células y el edema inflamatorio.

Sin embargo, se presenta una tendencia continua a regenerar fibras transeptales por la cresta del tabique interdentario a medida que la destrucción ósea avanza. Como consecuencia de lo anterior tendremos fibras transeptales incluso en los casos de pérdida ósea periodontal externa.

Las fibras transeptales densas son de importancia clínica cuando se emplean procedimientos quirúrgicos para la eliminación de bolsas parodontales, formando una capa firme sobre el hueso, que se encuentra una vez eliminado el tejido de granulación superficial.

ASPECTOS CLINICOS DEL PROCESO INFLAMATORIO.

Tanto si se extiende directamente desde la encía como a través del hueso alveolar, la inflamación está, con frecuencia, presente en el ligamento periodontal; en la enfermedad periodontal contribuye a la enfermedad de las piezas dentarias provocándoles movilidad y dolor.

MOVILIDAD DENTARIA.

La inflamación del ligamento periodontal es uno de los factores causales de la movilidad dentaria patológica junto con la --

perdida del hueso alveolar y el trauma de la oclusión.

El exudado inflamatorio reduce el soporte dentario al producir la degeneración y destrucción de las fibras principales y una solución de continuidad entre la raíz y el hueso.

La extensión con que la inflamación del ligamento periodontal contribuye a la movilidad dentaria queda demostrada claramente cuando se elimina la inflamación mediante el tratamiento y los dientes se afirman.

DOLOR

La inflamación del ligamento periodontal suele ser crónica y asintomática. No obstante, la inflamación aguda sobreagregada es la causa frecuente del dolor considerable. Al influir el exudado agudo el diente se eleva del alveolo y el paciente siente el deseo de frotar contra él. El contacto repetido entre dientes antagonistas hace que el diente se torne sensible a la percusión. Este estado puede evolucionar hacia un absceso periodontal agudo, salvo que se eliminen los agentes irritantes.



VIAS DE PROPAGACION DE LA INFLAMACION GINGIVAL

- A. VIAS INTERPROXIMALES
 - 1.- De la encía hacia el hueso
 - 2.- Del hueso hacia el ligamento Periodontal
 - 3.- De la encía hacia el ligamento Periodontal
- B. VIAS VESTIBULARES Y LINGUALES
 - 1.- De la encía a lo largo del periostio externo
 - 2.- Del periostio hacia el hueso
 - 3.- De la encía hacia el ligamento Periodontal.

C A P I T U L O V I**ETIOLOGIA DEL PADECIMIENTO GINGIVAL****a) FACTORES LOCALES****b) FACTORES SISTEMICOS**

La Etiología del Padecimiento Gingival se divide en -
dos grandes grupos:

- a) FACTORES LOCALES
- b) FACTORES SISTEMICOS.

FACTORES LOCALES.

Se considera como factor local, a aquel que actúa irri-
tando directamente a los tejidos del periodonto.

Los factores irritantes locales principales son:

- 1.- MATERIA ALBA
- 2.- PLACA BACTERIANA
- 3.- DEPOSITOS CALCAREOS
- 4.- IMPACTO ALIMENTICIO
- 5.- CEPILLADO DEFECTUOSO
- 6.- HIGIENE INADECUADA
- 7.- RESPIRACION BUCAL
- 8.- RESTAURACIONES MAL AJUSTADAS
- 9.- HABITOS PERNICIOSOS
- 10.- OCLUSION TRAUMATICA

MATERIA ALBA.

Se denomina materia alba a la substancia de color blan-
co que se forma a consecuencia de restos alimenticios y que se adhig

re a la mucina formando una malla sobre el diente.

Generalmente se acumula sobre el tercio gingival de las coronas. Contiene células epiteliales, bacterias, hongos y con frecuencia sales de calcio.

Estos depósitos de materia alba producirán finalmente una ligera inflamación gingival; las bacterias encuentran en esta placa un medio ideal para su proliferación, lo que redundará en perjuicio para el tejido parodontal.

Desempeña asimismo, un papel importante en el proceso carioso y con frecuencia se observa descalcificación del esmalte al quitar los depósitos de materia alba.

PLACA BACTERIANA.

Se denomina así a una placa de proteína salival que se adhiere a una pequeña porción de la superficie del esmalte dentario, principalmente a aquellas zonas que no están sujetas a la auto-clisis y en las que se adhieren posteriormente los microorganismos.

Los microorganismos que contiene la placa van a estar en relación directa con la dieta, ya que son los alimentos ingeridos los que sirven de sustrato para la nutrición de las bacterias.

Por lo consiguiente si la ingestión es predominantemente a base de carbohidratos los microorganismos acidogénicos en-

contrarán condiciones óptimas para su desarrollo y serán predominantes en la placa.

Los microorganismos más abundantes son casi siempre estreptococos y leptotricias, Fusobacterium Nucleatum, Neisserias, Actinomicas, Levaduras, Estafilococos y Lactobacillos.

DEPOSITOS CALCAREOS (Sarro o Tartaro Dental)

En uno de los principales factores de irritación gingival, y tiene lugar preponderante en la producción de enfermedades periodontales. Es una masa calcificada que se forma sobre la superficie dentaria adheriéndose a los dientes. Tiene mayor frecuencia en los adultos, aunque se han dado casos en que lo padezcan los niños.

Según su posición con respecto al margen gingival, el sarro se clasifica en:

a) SARRO SUPRAGINGIVAL O SALIVAL (Visible)

Se encuentra bordeando al margen gingival. Es de color blanco amarillento hasta café, de consistencia arcillosa. Se forma por la precipitación de las sales de la saliva que se combinan con los materiales coloidales que se encuentran en torno a las coronas, es fácilmente desprendible con la ayuda de un instrumento adecuado, debido a que este tipo de sarro se forma rápidamente, por lo que es más suave.

Su distribución es irregular y aparece generalmente en-

mayor cantidad en la superficie vestibular de los molares superiores y en lingual de los dientes anteriores inferiores, debido a que en estas zonas desembocan los conductos de las glándulas salivales.

b) SARRO SUBGINGIVAL

Es el que se encuentra adherido a la superficie del diente por debajo de la encía. Es un material denso, duro de aspecto de escamas de color negro verdoso y café oscuro y está sumamente adherido al diente. Está compuesto en su mayor parte por fosfato de calcio dispuesto estructuralmente de manera similar a la del hueso, tiene además materia orgánica, agua, células epiteliales de descamación, leucocitos y restos alimenticios.

IMPACTO ALIMENTICIO.

Este para que puede considerarse dañino, debe hacer presión anormal sobre el tejido perodontal, debido a la pérdida de un elemento anatómico del diente o a un contorno defectuoso del mismo, o sea que el impacto alimenticio guarda relación con la anatomía del diente, con la posición de los márgenes gingivales, con los puntos de contacto interproximales y con los puntos de contacto con el diente antagonista.

CEPILLADO DEFECTUOSO

La irritación causada por un cepillado defectuoso, pue

de dar como resultado migración gingival. El problema será mayor en las superficies labiales y en la encía se ha llegado a observar hendiduras gingivales e inflamación generalizada.

HIGIENE INADECUADA.

La falta de uno o varios dientes trae como consecuencia una serie de cambios en el tejido parodontal, que puede llegar a un estado patológico. La mayoría de los problemas que encontramos en el caso de una extracción serán migraciones e inclinaciones de los dientes con alteraciones de las áreas de contacto, por lo que aumentará la retención alimenticia, factor causal corriente de enfermedad periodontal, siempre y cuando no se siga una conducta de higiene adecuada.

RESPIRACION BUCAL

A pesar de que no está muy determinado el hecho de que la respiración bucal actúe como factor local de irritación, se dice que su acción patogénica se debe a la deshidratación de la encía con pérdida de la resistencia del tejido y por lo tanto con pérdida de la acción protectora de la saliva y del equilibrio de la flora bacteriana.

RESTAURACIONES MAL AJUSTADAS

Las restauraciones defectuosas son muchas veces causa-

de inflamación gingival y de pérdida ósea porque actúan irritando --- constantemente sobre dichos tejidos, además de la irritación mecánica que producen, favorecen la acumulación de restos de comida y bacterias.

En esas zonas vamos a encontrar bolsas, gingivitis y - diversos grados de pérdida ósea y en general desarmonía funcional, -- con lesiones en los tejidos parodontales circunvecinos; se deben tomar en cuenta todos los factores anatómicos de una pieza a reconstruir y su relación con los dientes proximales de antagonistas, al hacer -- una restauración para evitar los problemas mayores y molestias inese- sarias al paciente.

HABITOS PERNICIOSOS

Dentro de este capítulo podemos mencionar un sinnúmero de hábitos nocivos a la salud bucal como son;

1. Bruxismo
2. Morder la pipa
3. Morder lápices
4. Mascar tabaco
5. Destapar botellas
6. Hábito de dedo
7. Morderse labios o mejillas
8. Cortar el hilo con los dientes.

OCCLUSION TRAUMÁTICA.

Un alineamiento irregular de los dientes produce arumg

lación de restos alimenticios, lo que puede producir regresión gingival, interferencias con las excursiones funcionales de la mandíbula,-- destrucción del ligamento periodontal y resorción de las apófisis radiculares y del hueso.

Tres de los signos más importantes del traumatismo oclusal son:

- 1.- Regresión de la encía
- 2.- Movilidad
- 3.- Migración de los dientes

Estos tres factores se verán afectados en mayor o menor grado de acuerdo con el problema que exista.

Entre las causas que producen el traumatismo oclusal tenemos:

- 1.- Restauraciones defectuosas
- 2.- Interferencias cuspidas
- 3.- Hábitos compulsivos
- 4.- Desarmonías en los movimientos del maxilar inferior en relación con el superior.

Debemos hacer notar que si no se hacen reparaciones adecuadas al problema se producirá destrucción del aparato de inserción o se podrá llegar hasta la pérdida de los dientes, por lo tanto hay que eliminar al agente causal del problema para que el tejido de reparación, dé lugar a la nueva formación del tejido sano.

FACTORES SISTEMICOS.

Son muchas las enfermedades generales que afectan al -
parodonto; entre las más importantes podremos mencionar a las provoca
das por carencias nutricionales, trastornos endócrinos, los produci
dos por la administración de ciertos fármacos que pueden provocar ---
trastornos morfológicos en el parodonto y las enfermedades debidas a
factores locales que son complicadas o agravadas por un padecimiento-
general. Finalmente encontramos que hay relación entre los factores-
psicosomáticos y las manifestaciones parodontales.

INFLUENCIA DE UNA DIETA BIEN BALANCEADA EN RELACION CON LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

Trataré de presentar las diversas influencias genera -
les que son factores etiológicos potenciales en la iniciación y pro-
greso de la enfermedad del parodonto. Siempre hay que recordar que la
susceptibilidad a la enfermedad depende de la reacción de la consti-
tución individual, características que son adquiridas por medio de la -
herencia, otras congénitas y otras que vienen como resultado de los -
cambios sufridos durante la vida.

TRASTORNOS PRODUCIDOS POR CARENCIA DE VITAMINA "A"

En este caso encontraremos susceptibilidad aumentada a
la infección. Se cree que la deficiencia de vitamina "A" es un fac-
tor en la producción de leucoplasia en algunas zonas de la mucosa -

oral, también puede producir hiperplasia gingival y formación de bolsas y sarro subgingival.

A esta vitamina se le conoce con el nombre de antiinfecciosa y antixeroftálmica.

HIPERVITAMINOSIS "A"

Quando existe sobredosis de esta vitamina encontraremos reabsorción ósea generalizada y osteoporosis lo que producirá fracturas múltiples.

DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO VITAMINICO "B"

Dentro del complejo "B" tenemos las siguientes sustancias:

- a) Tiamina o vitamina "B" 1
- b) Riboflavina o vitamina "B" 2
- c) Niacina o vitamina "B" 6
- d) Vitamina "B" 12
- e) Vitamina "G" y
- f) Acidos pantoténico, fólico y aminobenzóico.

Es muy difícil encontrar un signo atribuible a la falta de una sola de estas vitaminas, la deficiencia es generalmente múltiple, entre los cambios atribuidos a deficiencias del complejo "B" - figuran:

- 1.- Gingivitis
- 2.- Queliosis
- 3.- Glositis
- 4.- Estomatitis angular
- 5.- Agrandamiento papilar
- 6.- Inflamación general e hipersensibilidad de la mucosa.

VITAMINOSIS "C" (Acido Ascórbico)

La ausencia de esta vitamina produce el escorbuto, que es una enfermedad que se caracteriza por retardo en la cicatrización y tardancia a las hemorragias. Habrá también degeneración del ligamento parodontal y muy poca actividad osteoclástica en el hueso alveolar pudiéndose llegar a la enfermedad parodontal destructiva crónica generalizada.

CALCIO, VITAMINA "D" Y FOSFORO

Para que exista una correcta formación del diente y --- huesos necesitamos de la vitamina "D", que es esencial para la absorción del calcio en el tracto intestinal y por lo tanto para el mantenimiento del equilibrio calcio-fósforo.

El calcio también interviene en el metabolismo muscular nervioso y en la coagulación sanguínea.

Hay un equilibrio constante entre calcio y fósforo en el torrente sanguíneo, huesos, dientes y fluidos tisulares.

El fósforo junto con el calcio interviene en el metabolismo de los carbohidratos, grasa y proteínas.

En la deficiencia de vitamina "D" en boca encontramos, osteoporosis en el hueso alveolar y reducción del espacio parodontal. La calcificación del cemento es defectuosa y hay retardo en la erupción de ambas denticiones.

En el exceso de vitamina "D" encontramos osteoclerosis, calcificación patológica de la membrana parodontal y de la encía aumento en la formación de sarro, hipercementosis y anquilosis de los dientes.

VITAMINA "K"

Se ha comprobado que esta vitamina es necesaria para la formación de protrombina en el hígado, por lo tanto interviene en la coagulación sanguínea. Se sintetiza en el tracto intestinal con la intervención de bacterias y sales biliares. Se usa en la prevención de hemorragias.

VITAMINA "P"

Interviene en la prevención de la fragilidad capilar, se usa para el control de hemorragias y el tratamiento de disrasias sanguíneas.

VITAMINA "E"

A pesar que aún se encuentra en fase de investigación se ha demostrado que su administración en pacientes con enfermedad parodontal da resultados favorables.

P R O T E I N A S

Cuando faltan las proteínas, el cuerpo humano resentirá numerosos cambios:

- a) Curación lenta de heridas.
- b) Reducción de resistencia a la infección.
- c) Retardo en la formación del cemento
- d) Degeneración del tejido gingival
- e) Degeneración del ligamento parodontal
- f) Osteoporosis del hueso alveolar

M A G N E S I O

Se ha observado en la deficiencia de magnesio, reducción en la formación del hueso alveolar, hiperplasia del tejido conjuntivo en la encía, excesiva aposición de tártaro y dientes extruidos.

RELACION DE LOS TRASTORNOS ENDOCRINOS CON LOS CAMBIOS EN EL TEJIDO --
PARODONTAL.

GLANDULAS SUPRARRENALES.

Su efecto sobre la cavidad oral no es muy claro sin --
embargo puede estar relacionado con piorrea alveolar y con la pérdida
de dientes.

PANCREAS.

Un mal funcionamiento de la porción endócrina del pán-
creas trae como consecuencia la enfermedad conocida como Diabetes cu-
yas manifestaciones orales son las siguientes:

- a) Constante formación de tartaro dentario
- b) Gingivitis y retracción gingival con aumento en la
sensibilidad en el cuello dentario.
- c) Enrojecimiento de la mucosa
- d) Sangrado fácil
- e) Halitosis cetónica
- f) Bolsas parodontales
- g) Cráteres en las papilas
- h) Movilidad y pérdida dentaria

HIPOFISIS.

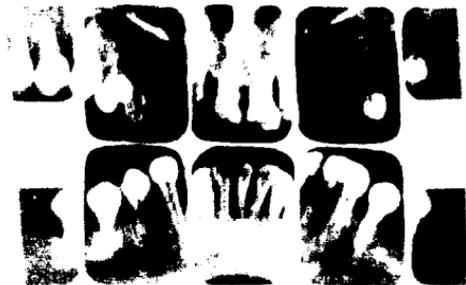
Un hiperfuncionamiento de esta glándula como en el caso
de la acromegalia que se produce por el exceso en la liberación de --

la hormona del crecimiento, va a manifestar oralmente con un espaciamiento de los dientes que se acompaña con prognatismo mandibular. Esta separación de los dientes va a facilitar el empaquetamiento alimenticio lo que redundaría en perjuicio del parodonto.

GONADAS.

No existen fundamentos para expresar que las glándulas masculinas produzcan cambios en el parodonto.

Se han observado trastornos parodontales sobre todo durante la pubertad y en períodos de gestación, estos trastornos ginecológicos se manifiestan como enrojecimiento, congestión y fácil sangrado gingival.



PACIENTE DIABÉTICO

- A) Inflamación gingival y bolsa periodontales.
- B) Pérdida ósea extensa generalizada.

C A P I T U L O V I I**PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL**

- a) NEGLIGENCIA
- b) CONTROL DE PLACA
- c) TÉCNICAS DE CEPILLADO
- d) ELEMENTOS AUXILIARES EN AUTOTERAPIA ORAL

a) NEGLIGENCIA

Es la culpable de todas o la mayoría de las enfermedades gingivales y periodontales.

La negligencia respecto a la boca sana permite que se produzca la enfermedad, el descuido de la enfermedad incipiente hace que se destruyan los tejidos de soporte de los dientes; y el descuido de la boca tratada hace que la enfermedad se repita.

La mala higiene bucal que permite la acumulación de placa, cálculos y materia alba enmascara todos los otros factores causales locales de la enfermedad gingival. El estado de la higiene bucal determina la frecuencia y gravedad de la enfermedad gingival.

Una mayor atención en la prevención de la enfermedad y su tratamiento en sus períodos tempranos ocasiona menos problemas que el tratamiento a partir de lesiones avanzadas y agudas.

b) CONTROL DE PLACA

En este capítulo debemos concentrarnos en el conocimiento y establecimiento de un programa eficaz para la prevención y el tratamiento de la inflamación periodontal mediante la eliminación regular de placa dentaria.

AGENTES REVELADORES

COLORANTES DE LA PLACA.- Como resulta difícil ver la placa, se aplican colorantes para hacerla más fácilmente visible entre ellos tenemos:

1. Fucsina básica
2. Pardo bismark
3. Eritrosina

La coloración da al paciente un objetivo, es decir, la eliminación completa de la placa de las superficies dentarias. También le da un medio eficaz de determinar si su objetivo a sido alcanzado, a saber, la ausencia de coloración roja sobre las superficies dentarias expuestas al colorante, es índice de ausencia de placa dentaria.

SOLUCIONES Y TABLETAS REVELADORAS

Para que la placa sea visible también se utilizan soluciones y tabletas reveladoras elaboradas a base de fucsina básica, la cual impartirá un color rojo brillante a la placa, las pigmentaciones y los depósitos calcificados. De igual manera tiñe los márgenes irregulares de obturaciones plásticas y la mucosa de labios, carrillos y lengua.

Cuando se usen tabletas reveladoras el paciente ha de masticar bien la tableta, mezclándola con la saliva y después mover el líquido vigorosamente en la boca durante un minuto. El examen se hará de inmediato. El paciente observará el procedimiento con un espejo. En este momento se hará el índice de la placa, la puntuación indicará al dentista y al paciente el resultado de los esfuerzos de higiene bucal del paciente, tal como lo señale la placa que se halle en las superficies dentarias.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Consisten en programar visitas diarias o alternadas, durante cuatro o cinco sesiones. En cada visita se hará un índice de placa para mostrar la mejoría al paciente. El índice de placa tiene un papel motivador muy importante en la prevención de la enfermedad y también sirve de registro.

c) TECNICAS DE CEPILLADO

Dentro de este capítulo se mencionara las características y funciones que debe cubrir el cepillado dental.

El cepillo mas adecuado es el que tiene mango recto, 2-4 hileras de cerdas cortas a una misma altura; el material de las cerdas -- puede ser de nylon o cerdas naturales y la consistencia de preferencia dura. Por supuesto que la firmeza de las cerdas dependerá del tipo de masaje que se requiera.

Los objetivos del cepillado son:

1. Quitar todos los restos alimenticios, materia alba, mucina y reducir los microorganismos.
2. Estimular la circulación gingival
3. Estimular la queratinización de los tejidos haciéndolos más resistentes a cualquier tipo de agresión.
4. Masaje a las encías.

MÉTODO DE STILLMAN

Se recomienda que el paciente se coloque frente al espejo, sus - -

dientes en posición de borde a borde, el cepillo con las cerdas - descansando parte en la encía y parte en la porción cervical de los dientes; se presiona con ellas sobre el margen gingival y posteriormente se dirige el cepillo hacia incisal u oclusal, realizándose este movimiento por lo menos seis veces. Las caras oclusales se limpian en forma circular, y las linguales se cepillan barriendo los dientes siempre hacia el borde incisal u oclusal.

TECNICA DE CHARTESS

El cepillo se deberá colocar en un ángulo recto con respecto al eje mayor del diente, con las cerdas en los espacios interproximales sin tocar la encía, allí se harán movimientos para que los lados de las cerdas entren en contacto con el margen gingival.

TECNICA FISIOLOGICA

Se realiza siguiendo el trayecto que sigue el bolo alimenticio, para ello se utilizará el cepillo con cerdas de la misma longitud y de tamaño mediano; el paciente sostiene el mango del cepillo en posición horizontal, y las cerdas se dirigen en ángulo recto hacia los dientes y se hacen movimientos suaves de arriba hacia abajo.

METODO PARA REGIONES DIFICILES

Cuando las coronas sean mayores que la anchura del cepillo se necesita colocarlo en posición vertical y cepillar solo un diente - cada vez con movimientos de arriba hacia abajo y en forma circun-

lar. Esto mismo se recomienda cuando existen dientes fuera de -- alineamiento a fin de evitar empaquetamiento alimenticio en la en cía marginal. Cuando se trata de cepillar las caras distales de los últimos dientes, también se recomienda esta técnica.

d) ELEMENTOS AUXILIARES EN AUTOTERAPIA ORAL

Ya que muchas veces el cepillado no es suficiente para eliminar - todos los restos alimenticios tenemos algunos elementos que sir- ven solo como complemento de los instrumentos de limpieza y son:

1.- PUNTAS INTERDENTALES

Las puntas más usuales son las que se encuentran en los ex- tremos de los cepillos, son de hule y se adaptan a los dis- tintos tamaños de los espacios interproximales. Su función - consiste en comprimir las papilas y de esta manera liberar - cualquier resto alimenticio.

2.- PALILLOS DE DIENTES DE FORMA FISIOLÓGICA

Son elaborados con madera de balsa y tienen forma triangular terminando en punta.

Se pueden usar con sumo cuidado después de cada alimento, co- locándolos en los espacios interdentes. El movimiento, de - saloja resalta residuos alimenticios y da masaje a la encía.

3.- HILO DENTAL

La seda dental también se utiliza para eliminar restos alimenticios interdentes. Se sostienen ambos extremos y se hace pasar cuidadosamente por el espacio interproximal, se debe tener mucho cuidado de no lastimar la encía, no siendo conveniente utilizarla cuando exista empaquetamiento crónico de comida.

4.- COLUTORIOS

Se deben utilizar vigorosamente para que nos sean beneficios, forzando la solución en los espacios interproximales a fin de que desalojen partículas olvidadas. Estos colutorios tienen sabor agradable lo que los hace más accesibles.

5.- LIMPIADORES DE PIPA

Son útiles para limpiar regiones interproximales inaccesibles y bifurcaciones expuestas. Se introducen suavemente entre las bifurcaciones y se pasan hasta el otro extremo.

6.- CEPILLO AUTOMÁTICO

Existen varios tipos de cepillos eléctricos, uno de ellos mueve las cerdas de adelante hacia atrás y otro provoca un movimiento en arco. Se ha observado que con este tipo de cepillos mejora la higiene bucal y el tono gingival reduciéndose las hemorragias provocadas.

7.- AGUAFIER

Este aparato consiste en una bomba que expelle un chorro de --

agua intermitente con fuerza graduable . Tiene como aditamentos boquillas intercambiables para que lo utilicen varias personas, las boquillas se colocan en los espacios interproximales y áreas de difícil acceso, así se remueven restos alimenticios y se produce masaje en la encía, se debe usar agua tibia.

CAPITULO VIII**TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL**

- a) **DIAGNOSTICO**
- b) **PRONOSTICO**
- c) **PLAN DE TRATAMIENTO**

DIAGNOSTICO

El diagnóstico y reconocimiento de los procesos nasológicos y de su etiología involucran una familiaridad íntima y completa con lo normal. Es sólo por la desviación de la normalidad que podemos determinar la extensión y gravedad de una enfermedad. Por lo tanto es de gran importancia establecer que es un periodonto normal o sano.

Este objetivo declarado parece implicar que existe una sola norma de salud. No es así. La salud y la normalidad no constituyen un concepto estático, sino que representan una gama de variaciones -- dentro de las cuales reside la salud. dicha gama como ya se indicó -- en capítulos anteriores está presente en el color, la textura y en -- cierto grado en la forma. Y se modifica por factores de edad, de relación de las diversas partes entre sí y aún por características raciales.

El método único más eficaz que poseemos en el diagnóstico lo constituye LA OBSERVACION. Como en todos los otros métodos deberá -- evolucionar y refinarse por una práctica constante. La observación -- rutinaria rendirá sólo una información superficial y muchos datos de valor quedarán sin ser descubiertos. La observación no cesa con el -- arribo a una opinión, sino que debe mantenerse durante todo el contacto con el caso. Es en esta forma que se descubrirán los problemas y se llegará a las soluciones que no eran aparentes en la fase inicial de la familiarización.

Este es el sello del terapeuta imaginativo y de recursos. No

es posible tratar lo que no existe y para el observador accidental -- hay mucho que parece no existir cuando en realidad está presente y -- aguardando que se le descubra.

SIGNOS Y SINTOMAS PARA EL DIAGNOSTICO

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

Los signos y síntomas pueden ser agrupados de la siguiente manera:

1.- MODIFICACIONES DEL COLOR GINGIVAL

- a) Zona Marginal
- b) Zona papilar
- c) Encía adherida
- d) Mucosa alveolar

2.- MODIFICACIONES DE LA FORMA, POSICION Y ASPECTO DE LA ENCIA

- a) Hiperplasia
- b) Retracción
- c) Desaparición del punteado
- d) Aspecto brillante
- e) Grietas
- f) Festoneamiento acentuado

3.- RETRACCION DE LOS TEJIDOS GINGIVALES.

- 4.- FORMACION DE BOLSAS
- 5.- HEMORRAGIA
- 6.- PRESENCIA DE EXUDADO
- 7.- MOVILIDAD
- 8.- MIGRACION
- 9.- MODIFICACIONES DE LAS APOFISIS ALVEOLARES
- 10.- ALTERACIONES DE LA OCLUSION

PRONOSTICO.

El pronóstico periodontal es un factor primordial con cada paciente tratado. De la opinión del dentista sobre las posibilidades de conservación de los componentes de una dentición dependen, su plan de tratamiento y las restauraciones recomendadas.

Es obvio que en formulación de un pronóstico entran muchos intangibles que pueden ser calificados como juicios terapéuticos.

Igualmente es obvio que cuando menos experto es el profesional esta será la zona de su mayor deficiencia. Se verá enfrentado -- con dientes de amplio soporte que están flojos, con dientes de escaso soporte que están firmes y con todas las variantes intermedias.

Se considera como pronóstico la valoración del estado actual, basada sobre los factores etiológicos responsables del proceso patológico y los beneficios derivables de las medidas terapéuticas a instituir, así como de la posibilidad de mantener el estado de una reparación funcionalmente dinámica.

El pronóstico depende de una combinación de factores entre -
los cuales tenemos:

- 1.- Extensión y tipo del Proceso Nasológico
- 2.- Factores Causales
 - a) Factores Ambientales Locales
 - b) Estado de salud física que influye sobre la terapia periodontal.
 - c) Hábitos
- 3.- Factores Oclusales
- 4.- Numero y Distribución de los dientes Remanentes
- 5.- Edad del paciente
- 6.- Cooperación del paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos, el éxito o fracaso de un caso da-
do depende de la elección correcta de las técnicas. Aún la técnica -
apropiada, sin embargo, da origen a un tratamiento incierto y peli-
groso si no se emplea un enfoque ordenado, se emplea mucho tiempo sin ne-
cesidad y se invierte demasiado esfuerzo cuando no se utiliza un enfo-
que sistemático. Es por esta razón que el plan de tratamiento asume -
una importancia de primera magnitud.

No ha de olvidarse que estamos tratando a un paciente y no a-
un órgano masticatorio. Los pacientes exigen cierta predilección de-
los factores de tiempo, aún cuando sea con un carácter general.

La terapéutica periodontal puede ser un procedimiento prolongado que puede consumir mucho tiempo; se observará que muchos pacientes interrumpen el tratamiento por descorazonamiento por el tiempo transcurrido para apreciar resultados. Es obvio que eso será más común cuando una organización deficiente lleve el tiempo terapéutico a dimensiones desproporcionadas.

En periodoncia contamos con una gran variedad de métodos, destinados cada uno a obtener una u otra ventaja en el tratamiento de la enfermedad periodontal.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL

Está encaminado hacia la eliminación de la inflamación producida por los factores locales o generales mediante la combinación de las técnicas de RASPAJE RADICULAR y CURETAJE GINGIVAL.

RASPAJE RADICULAR

El raspaje radicular es parte de todo tratamiento de gingivitis o periodontitis y se define como la serie de procedimientos que se realizan para limpiar la superficie radicular de depósitos calcáreos y cemento blando o rugoso.

Hecho con minuciosidad el raspaje radicular deja la superficie de la raíz lisa, limpia, dura y pulida. El raspaje radicular es el tratamiento fundamental de la inflamación periodontal.

El raspaje radicular demanda el uso de instrumentos que se adaptan a las exigencias del trabajo a que están destinados. Todos los instrumentos utilizados para el raspaje reciben el nombre general de raspadores dividiéndose en cinco grupos:

1. Cinceles
2. Azadas
3. Hoces
4. Limas
5. Curetas.

Estos instrumentos son auxiliados por el explorador de bolsas que determina la profundidad de la bolsa y la cantidad de cálculo acumulado.

En el raspaje radicular no es necesario utilizar anestesia, salvo si hay sensibilidad gingival o dentaria. Si las superficies radiculares no están sencibles usese anestesia tópica, aplicandola con torundas de algodón. Si la sencibilidad dentaria es considerable usese anestesia local infiltrativa o regional.

Los dientes se raspan con orden y secuencia. Hay dos maneras: Una, es raspar a fondo cada diente antes de comenzar con el siguiente completando toda la boca. La otra consiste en seleccionar un determinado cuadrante y usar un instrumento en todas las superficies dentarias a las que sea aplicable, después cambiese de instrumento y repita el procedimiento hasta raspar lo mas posible el cuadrante.

Este método requiere de varias sesiones tratando un cuadrante por sesión.

La extensión del raspaje dependerá del estado de los tejidos, de la cantidad de calculos y del tiempo reservado para el paciente.

APOSITOS

Los clasificaremos en: PREOPERATORIOS y POSOPERATORIOS

APOSITOS PREOPERATORIOS

Se colocan con la finalidad de reducir el edema y facilitar la visión de los depósitos, el apósito se deja de uno a tres días antes de raspaje retrayéndose los tejidos gingivales y facilitándose el raspado.

APOSITOS POSOPERATORIOS

Tienen como finalidad reducir la hemorragia y el dolor posoperatorio, contribuyendo a la comodidad del paciente.

CURETAJE GINGIVAL

El curetaje gingival es una operación que tiende a eliminar parte o todo el revestimiento gingival con inflamación crónica y ulcerado de la bolsa.

Los objetivos del curetaje son:

- a) Eliminar la inflamación
- b) Erradicar la bolsa
- c) Restaurar la salud gingival

d) Eliminar el edema clínico

TECNICA.

El curetaje gingival corta o desprende el revestimiento de la bolsa y elimina el tejido inflamatorio adyacente. El procedimiento se realizará bajo anestesia local trabajando el operador en un diente o segmentos del arco en una sesión.

No se debe tratar de curetar la encla delgada ya que existe el peligro de desgarrarla o perforarla. Se debe cortar y no desgarrar o mutilar la pared blanda de la bolsa, llevando el tejido enfermo a la superficie y limpiando cada vez la hoja de la cureta con gasa esterilizada.

Después del curetaje, se lavan las bolsas con solución salina normal estéril, auxiliados de una geringa también estéril. Se inspecciona la zona para constatar que se hizo la limpieza completa de las superficies radiculares. Se afrontan los tejidos con cuidado a la superficie dentaria, colocándose un apósito quirúrgico en caso de ser necesario.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE

Los objetivos del tratamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda son:

- 1.- Reducción de los síntomas agudos (eliminación del proceso necrotizante).

- 2.- Eliminación de factores predisponentes (restauración de la salud de los tejidos).
- 3.- Corrección de las deformaciones de los tejidos mediante cirugía.

PRIMERA SESION

Se examina la boca y se hace el diagnóstico .

Se limpia la boca con un chorro de agua para eliminar la seudomembrana. Si fuera preciso, se utilizará anestesia tópica. El lavado es un elemento muy útil para la limpieza de bacterias y tejido necrótico y facilita la cicatrización de heridas.

Se indicará al paciente que haga enjuagatorios con agua caliente como tratamiento casero, el buche de agua tan caliente como se pueda soportar. Los enjuagatorios deberán ser hechos varias veces al día. Las seudomembranas necróticas se aflojarán y los microorganismos anaerobios disminuirán en número. En substitución del agua caliente se puede utilizar una solución diluida de peróxido de hidrógeno (una parte en cuatro de agua). Esta solución da resultados favorables, pero no se sabe si el efecto terapéutico se debe a la oxigenación o a la efervescencia burbujeante de los enjuagatorios. La aplicación tópicamente de proxi-gel (antiséptico e higienizador) también produce efectos beneficiosos.

El odontólogo debe supervisar el uso de las drogas oxigenadas y debe suspender su uso después de dos semanas. El uso prolongado

do lleva a la formación de lengua negra y a descalcificación de las - sustancias dentarias.

En el tratamiento se pueden utilizar antibióticos localmente o por vía general. La ventaja de utilizar antibióticos reside en la remisión rápida del proceso ulceronecrotizante, disminuyendo así las lesiones permanentes del tejido. La desventaja de la utilización de antibióticos radica en la posibilidad de sensibilización del paciente a la droga.

Las recomendaciones sobre la dieta incluyen jugos de fruta - cuando es preciso. Durante los primeros días que siguen al ataque la dieta será blanda y líquida, aconsejándose a veces se hagan refuerzos vitamínicos.

SEGUNDA SESION.

Uno o dos días después, en este momento el paciente debe presentar una considerable mejoría clínica el dolor debe haberse reducido mucho o desaparecido.

Se siguen haciendo raspajes con anestesia tópica y se enseñan procedimientos de higiene bucal con un cepillo blando multipenachado.

SESIONES SUCCESIVAS.

A partir de ahora se verá al paciente una vez por semana, completando el raspaje y pulido de los dientes; valorando y modificando la higiene bucal según las necesidades del paciente.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA.

Es una enfermedad de curación espontánea y que dura unas 2 semanas. El tratamiento incluye el uso de antibióticos para combatir invasores secundarios, y el de líquidos intravenosos de apoyo en casos muy graves, pudiéndose utilizar además aplicaciones tópicas de Clortetraciclina y enjuagatorios suaves y calmantes o aplicar pomadas para mucosa (orabase).

A estos pacientes la alimentación le puede producir dolor recomendándose por lo tanto alimentos blandos.

CAPITULO IX

CONTROL DEL PACIENTE

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DEL PACIENTE.

CONTROL DE PACIENTE.

Al completarse el tratamiento dental, el estado de salud es óptimo para el paciente. Sin embargo, la esperanza de que seguirá con igual nivel no es del todo realista.

Con el paso del tiempo, el estado de salud puede ser alterado por las diversas modificaciones intrínsecas y extrínsecas -- que se producen durante la vida. Tanto el profesional como el paciente deben, por continuo esfuerzo mancomunado tratar de reducir al mínimo estos cambios para proporcionar al paciente una dentadura funcional y sana para toda la vida.

EXAMEN DE CONTROL

En cada visita de control deberá examinarse al paciente. Se hace anotaciones fechadas para establecer comparaciones con exámenes anteriores y posteriores.

El examen de control a de incluir lo siguiente:

- 1.- Inspección de la cavidad bucal para detectar neoplasias.
- 2.- Minucioso examen de caries
- 3.- Revaloración de la movilidad dentaria
- 4.- Examen de la profundidad de la bolsa
- 5.- Examen de color, consistencia y textura de los tejidos.

- 6.- Estimación de los procedimientos de higiene bucal
- 7.- Examen de la oclusión
- 8.- Examen de la vitalidad pulpar
- 9.-Control de los niveles óseos.

Una vez efectuados estos procedimientos se informará al paciente sobre su estado actual de salud dental. Esta revaloración que concluye la sesión, sirve para recordar al paciente la necesidad de continuidad de la supervisión y estimular la cooperación dental del control de la placa hasta el control siguiente. Después se despide al paciente e incorporamos su ficha a nuestro sistema de citas de control.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La enfermedad periodontal constituye la causa más importante en la pérdida de los dientes, de lo que se desprende que su atención se desplazará hacia el tratamiento temprano ya que es simple y nos dará por lo consiguiente una serie de resultados más previsibles.

El mantenimiento del estado de salud periodontal se realizará mediante raspajes periódicos y un programa de control personal de placa.

De lo anterior se desprende de manera ineludible la conclusión de que es posible prevenir en gran parte la alta mortalidad dentaria causada por la enfermedad periodontal mediante el raspaje temprano y adecuado con el fin de evitar que nuestros pacientes sufran la pérdida innecesaria de sus piezas dentarias y estructuras de soporte.

Por lo tanto los periodos de mantenimiento preventivo, nos servirán para extender el éxito del tratamiento y prolongar la vida de una dentadura natural.

Resumiendo, los exámenes y revaloraciones de control - unificarán todos nuestros esfuerzos hacia un tratamiento dental en -- torno a una meta preventiva común que consiste en preservar la dentadura natural del paciente en estado de salud, comodidad y estética.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|--|--|
| PERIODONTOLOGIA CLINICA | Irving Glickman |
| - PERIODONCIA TEORIA Y PRACTICA DE ORBAN | Daniel A. Grant
Irving B. Stern
Frank G. Everett |
| TERAPEUTICA PERIODONTAL | Goldman |
| PATOLOGIA ORAL | Thoma |
| APUNTES ODONTOLOGIA PREVENTIVA | Facultad Odontología |
| APUNTES MICROBIOLOGIA | Sergio López Blando |
| APUNTES CLINICA INTEGRAL | Rosalía Yamaguchi |
| SIMPOSIO DE INFLAMACION | Revista <i>M.D.M.</i> Vol. XXXIV No. 2 |
| TERMINOLOGIA DE LAS CIENCIAS MEDICAS | Editorial Salvat I lva. Ed. |

TESIS HERRERA
TEMA POR COMPUTADORA
UNICO SISTEMA EN EL PAIS
PABLO DE LAS FACULTADES
No. 23-C
148-61-13 148-21-17
CIUDAD UNIVERSITARIA