

396

24

*Universidad Nacional  
Autónoma de México*



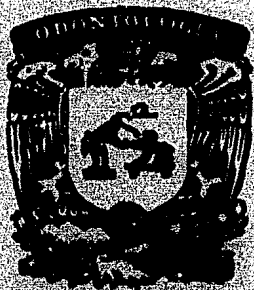
*Facultad de Odontología*

**ENFERMEDADES PERIODONTALES  
AGUDAS**

**T E S I S**

*Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA  
p r e s e n t a*

**ERNESTO RIOS MANZANERO**



*México, D. F.*

**1986**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# INDICE

INTRODUCCION . . . . .	1
CAPITULO I	
PERIODONTO . . . . .	3
ENCÍA . . . . .	4
EPITELIO GINGIVAL . . . . .	6
TEJIDOS CONECTIVOS GINGIVALES . . . . .	9
FIBRAS GINGIVALES . . . . .	10
LIGAMENTO PERIODONTAL . . . . .	11
MECANISMOS DE DEFENSA DEL PERIODONTO . . . . .	13
CEMENTO . . . . .	16
CAPITULO II	
HISTORIA CLÍNICA . . . . .	19
EXAMEN BUCAL . . . . .	24
FICHA PARODONTAL . . . . .	25
CAPITULO III	
EXAMEN RADIOGRÁFICO . . . . .	29
CAPITULO IV	
BOLSA PERIODONTAL . . . . .	34
CAPITULO V	
ABSCESO PERIODONTAL . . . . .	42
ETIOLOGÍA DEL ABSCESO . . . . .	43
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS . . . . .	45
TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIODONTAL AGUDO . . . . .	45

CAPITULO VI	
GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA (GUNA) . . . . .	49
ETIOLOGÍA . . . . .	50
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS . . . . .	52
TRATAMIENTO . . . . .	53
CAPITULO VII	
GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA . . . . .	61
ETIOLOGÍA . . . . .	61
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS . . . . .	61
TRATAMIENTO DE LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA . . . . .	64
CONCLUSIONES . . . . .	66
BIBLIOGRAFIA . . . . .	67

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

EL FIN DE ÉSTA TESIS, ES DESPERTAR LA INQUIETUD DEL ESTUDIANTE Y DEL PROFESIONISTA, PARA OBTENER UN CONOCIMIENTO PANORÁMICO Y A LA VEZ OBJETIVO. LA REALIDAD DE LOS PROBLEMAS QUE A DIARIO SE PRESENTAN EN EL CONSULTORIO Y EN LA VIDA PROFESIONAL, FUÉ POR LO QUE SE HIZO POSIBLE ÉSTA .

LA PERIODONCIA ES UNA DE LAS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA, - QUE SE ENCARGA DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL PARODONTO.

ESTA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA DEBE DE SER CONOCIDA Y ESTUDIADA POR EL ODONTÓLOGO, YA QUE CON FRECUENCIA SE ENCUENTRAN ALTERACIONES QUE NO SON CONOCIDAS Y HAY QUE SABER DIFERENCIAR LAS.

ES POR ÉSTO QUE SE TRATA DE DAR A CONOCER, PRIMERO QUE ES EL PERIODONTO NORMAL, Y CÓMO ESTÁ CONSTITUIDO, ASÍ COMO - ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES PERIODONTALES AGUDAS, SU ETIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO.

CAPITULO I

## PERIODONTO

EL PERIODONTO ES EL TEJIDO QUE PROTEJE Y SOSTIENE A LOS DIENTES Y ESTÁ FORMADO POR DOS TEJIDOS BLANDOS QUE SON LA ENCÍA Y EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y DOS TEJIDOS DUROS QUE SON - EL CEMENTO Y EL HUESO ALVEOLAR.

LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE, CONOCIDOS COLECTIVAMENTE COMO EL PERIODONTO ESTÁN COMPUESTOS POR LAS ENCÍAS, LIGAMENTO PERIODONTAL, CEMENTO, HUESO DE SOPORTE Y ALVEOLAR. ESTOS TEJIDOS SE ENCUENTRAN ORGANIZADOS EN FORMA ÚNICA PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

- 1.- INSERCIÓN DEL DIENTE A SU ALVEOLO ÓSEO.
- 2.- RESISTIR Y RESOLVER LAS FUERZAS GENERADAS POR LA MASTICACIÓN, HABLA Y DEGLUCIÓN.
- 3.- MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA SUPERFICIE CORPORAL SE PARANDO LOS MEDIOS AMBIENTES EXTERNO E INTERNO.
- 4.- COMPENSAR POR LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL DESGASTE Y ENVEJECIMIENTO A TRAVÉS DE LA REMODELACIÓN CONTINUA Y DE REGENERACIÓN.
- 5.- DEFENSA CONTRA LAS INFLUENCIAS NOCIVAS DEL AMBIENTE EXTERNO QUE SE PRESENTA EN LA CAVIDAD BUCAL.

# ENCÍA

## TIPOS Y GENERALIDADES.

LA PORCIÓN DE LA MEMBRANA MUCOSA BUCAL QUE CUBRE Y SE ENCUENTRA ADHERIDA AL HUESO ALVEOLAR Y REGIÓN CERVICAL DE LOS DIENTES SE CONOCE COMO ENCÍA.

LA ENCÍA NORMAL ES DE COLORACIÓN ROSA SALMÓN. POSEE UN PUNTILLO ESCASO O ABUNDANTE Y NO EXHIBE NI EXUDADO NI ACUMULACIÓN DE PLACA. LA ENCÍA SUELE TERMINAR EN SENTIDO CORONARIO A MANERA DE FILO DE CUCHILLO CON RESPECTO A LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

HISTOLÓGICAMENTE, EL EPITELIO Y LOS TEJIDOS CONECTIVOS SUELEN ESTAR LIBRES DE LEUCOCITOS MIGRATORIOS, AUNQUE SE OBSERVARÁN ALGUNOS GRANULOCITOS NEUTROFÍLICOS DENTRO DEL EPITELIO.

LA ENCÍA POSEE TRES PARTES: LA ENCÍA MARGINAL LIBRE -- QUE SE EXTIENDE DESDE EL MARGEN MÁS CORONARIO DE LOS TEJIDOS BLANDOS HASTA LA HENDIDURA GINGIVAL, LA ENCÍA INTERDENTARIA QUE LLENA EL ESPACIO INTERPROXIMAL, DESDE LA CRESTA ALVEOLAR HASTA EL ÁREA DE CONTACTO ENTRE LOS DIENTES, ESTÁ FORMADA -- POR DOS PAPILAS, UNA VESTIBULAR O BUCAL Y OTRA LINGUAL O PALATINA. LA ENCÍA INSERTADA; QUE SE EXTIENDE DESDE EL SURCO GINGIVAL HASTA LA LÍNEA MUCOGINGIVAL DEL FONDO DEL SACO VESTIBULAR Y PISO DE LA BOCA, SE ENCUENTRA UNIDA CON FIRMEZA MEDIANTE EL PERIOSTIO AL HUESO ALVEOLAR Y POR LAS FIBRAS DE COLÁGENO GINGIVALES AL CEMENTO, LO QUE DA SU CARACTERÍSTICA MOVILIDAD.



LA ENCÍA INSERTADA NORMALMENTE ES DE COLOR ROSA SALMÓN Y PUEDE PRESENTAR UNA TEXTURA CON UN PUNTILLO ÁSPERO. ENCÍA O MUCOSA ALVEOLAR; ESTÁ UNIDA AL CEMENTO Y HUESO SUBYACENTES, TIENE MENOR CANTIDAD DE FIBRAS COLÁGENAS, ES MOVIL, LAXA Y TIENE MAYOR VASCULARIZACIÓN.

## E P I T E L I O   G I N G I V A L

EL TEJIDO QUE RECUBRE LA SUPERFICIE DE LA ENCÍA LIBRE - E INSERTADA ES UN EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO QUERATINIZADO, QUE ESTÁ SEPARADO DE LOS TEJIDOS CONECTIVOS SUBYACENTES POR UNA LÁMINA BASAL; ESTE EPITELIO ESTÁ FORMADO POR LAS CAPAS; BASAL, ESPINOSA, GRANULAR Y CORNIFICADA.

### C A P A   B A S A L

CONTIENE UNA POBLACIÓN HETEROGÉNEA DE CÉLULAS CUBOIDALES O COLUMNARES QUE HACEN CONTACTO CON LA LÁMINA BASAL. SUS EJES MAYORES SE ENCUENTRAN DISPUESTOS MÁS O MENOS EN ÁNGULO RECTO CON RESPECTO A LA LÁMINA BASAL. AL ACERCARSE HACIA LA SUPERFICIE, SE HACEN APLANADAS Y ELONGADAS CON EL EJE MAYOR PARALELO A LA SUPERFICIE DEL TEJIDO. LAS MEMBRANAS PLASMÁTICAS DE LAS CÉLULAS BASALES FORMAN MICROVELLOSIDADES QUE SIGUEN LOS CONTORNOS DE LA LÁMINA BASAL A LA QUE ESTÁN ADHERIDAS LAS CÉLULAS MEDIANTE HEMIDESMOSOMAS. LAS CÉLULAS SE ENCUENTRAN UNIDAS EN SENTIDO LATERAL POR DESMOSOMAS Y POR UNIONES CERRADAS Y ABIERTAS.

LAS CÉLULAS CUYO DESTINO ES ATRAVERZAR EL EPITELIO Y QUE RATINIZARSE SE DENOMINAN QUERATINOCITOS.

LAS CÉLULAS DE LA CAPA BASAL DESEMPEÑAN DOS FUNCIONES PRIMARIAS. SON SUSCEPTIBLES DE AUTORRÉPLICA, SIRVIENDO COMO UNA FUENTE PARA LA RENOVACIÓN CONSTANTE DE LAS CÉLULAS DEL TEJIDO, Y PRODUCEN Y SECRETAN LOS MATERIALES QUE COMPONEN LA LÁMINA BASAL.

## C A P A   E S P I N O S A

ESTÁ LOCALIZADA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CAPA BASAL. DERIVA SU NOMBRE DE LOS PUENTES CARACTERÍSTICOS QUE PARECEN EXTENDERSE DE UNA CÉLULA HASTA LA OTRA EN PREPARACIONES FIJAS. CON RELACIÓN A LA CAPA BASAL, LAS CÉLULAS DE LA CAPA ESPINOSA PRESENTAN CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE MAYOR ESPECIALIZACIÓN Y MADURACIÓN, TIENEN UNA TASA DE MITOSIS DISMINUIDA Y HAN PERDIDO, AL PARECER, SU CAPACIDAD DE SINTETIZAR Y SECRETAR MATERIAL PARA LA LÁMINA BASAL.

EN LAS REGIONES SUPERFICIALES DE ÉSTA CAPA, LAS CÉLULAS CONTIENEN GLICÓGENO Y GRÁNULOS CITOPASMÁTICOS PERIFÉRICOS DENSOS (CUERPOS DE ODLAND O GRÁNULOS DE REVESTIMIENTO DE LA MEMBRANA).

## C A P A   G R A N U L A R

LAS CÉLULAS SE ENCUENTRAN APLANADAS EN DIRECCIÓN PARALELA A LA SUPERFICIE DE LOS TEJIDOS. ESTÁN PRESENTES CUERPOS DE QUERATOHALINA DENSOS A LOS ELECTRONES Y AGLOMERACIONES DE GRÁNULOS DE GLICÓGENO. A LO LARGO DE LOS MARGENES SUPERFICIALES DE LA CÉLULA SE ENCUENTRAN TAMBIÉN NUMEROSOS GRÁNULOS PEQUEÑOS Y DENSOS QUE SON LOS GRÁNULOS DE REVESTIMIENTO DE LA MEMBRANA O CUERPOS DE ODLAND, QUE SE CREE CONTIENEN ENZIMAS Y UNA SUSTANCIA CEMENTANTE. EN LAS CÉLULAS GRANULARES LOS DESMOSOMAS SON MÁS NOTABLES.

## CAPA CORNIFICADA

ÉN GENERAL SE PRESENTA UNA TRANSICIÓN REPENTINA DE LA -  
CAPA GRANULAR AL ESTRATO CORNEO LO QUE REFLEJA LA QUERATINI-  
ZACIÓN DE LAS CÉLULAS Y SU CONVERSIÓN EN CAPAS DELGADAS Y PA-  
RALELAS CARENTES DE NÚCLEO, ÉSTAS SON LAS CÉLULAS QUE SE VAN  
DESCAMANDO;

## TEJIDOS CONECTIVOS

### GINGIVALES.

LOS TEJIDOS CONECTIVOS GINGIVALES ESTÁN ALTAMENTE ORGANIZADOS, ADAPTADOS A UNA FORMA ARQUITECTÓNICA CARACTERÍSTICA Y PROPORCIONAN, ADEMÁS, TONO A LA ENCÍA LIBRE E INSERTADA Y FUERZA TENSIL A LA INTERFASE ENTRE LOS DIENTES Y TEJIDO BLANDO. LOS PRINCIPALES COMPONENTES SON FIBRAS COLÁGENAS, VASOS Y FIBROBLASTOS.

### ARQUITECTURA GENERAL.

EL APORTE SANGUINEO PRINCIPAL DE LA ENCÍA PROVIENE DE LAS ARTERIAS ALVEOLARES POSTERO SUPERIORES E INFERIORES QUE NUTREN A LOS DIENTES. ALGUNAS RAMAS DE ÉSTAS PENETRAN EN EL TABIQUE INTERPROXIMAL, CERCA DE LOS ÁPICES DE LOS DIENTES, SALIENDO A TRAVÉS DE NUMEROSOS AGUJEROS NUTRICIOS EN LA PLACA CORTICAL PARA NUTRIR A LA ENCÍA MARGINAL Y A LA ENCÍA INSERTADA.

OTRA FUENTE ADICIONAL DE IRRIGACIÓN SALE DE LAS RAMAS PERIÓSTICAS DE LAS ARTERIAS LINGUAL, BUCCINADORA, MENTONIANA Y PALATINA QUE PENETRAN EN LA ENCÍA DESDE FONDO DE SACO VESTIBULAR, PISO DE LA BOCA Y PALADAR.

## FIBRAS GINGIVALES

EL TEJIDO DE LA ENCÍA ES DENSAMENTE FORMADO DE COLÁGENA, CONTIENE UN SISTEMA DE FIBRAS DENOMINADAS FIBRAS GINGIVALES; ESTAS HAN SIDO DESCRITAS CLASICAMENTE EN BASE A SU LOCALIZACIÓN, ORIGEN E INSERCIÓN.

## FIBRAS DENTOGINGIVALES

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN DESDE LA UNIÓN CEMENTO ESMALTE HASTA LA INSERCIÓN EPITELIAL, Y CORREN LATERAL Y CORONALMENTE HACIA LA LÁMINA PROPIA DE LA ENCÍA.

## FIBRAS DENTOPERIÓSTICAS

SE EXTIENDEN DESDE EL PERIÓSTIO DEL HUESO ALVEOLAR HASTA EL DIENTE.

## FIBRAS ALVEOLOGINGIVALES

NACEN EN LA CRESTA ALVEOLAR Y SE INSERTAN CORONALMENTE EN LA LÁMINA PROPIA DE LA ENCÍA.

## FIBRAS CIRCULARES

ESTAS FIBRAS CARECEN DE INSERCIÓN Y SE ENCUENTRAN RODEANDO AL DIENTE EN LA ENCÍA LIBRE.

## FIBRAS TRANCEPTALES

SURGEN DE LA SUPERFICIE DEL CEMENTO, ATRAVIESAN EL HUESO INTERDENTARIO Y SE INSERTAN EN UNA REGIÓN COMPARABLE DEL DIENTE ADYACENTE.

## L I G A M E N T O   P E R I O D O N T A L

LOS TEJIDOS CONECTIVOS BLANDOS QUE ENVUELVEN A LAS RAICES DE LOS DIENTES Y QUE SE EXTIENDEN EN SENTIDO CORONARIO - HASTA LA CRESTA DEL HUESO ALVEOLAR, CONSTITUYEN AL LIGAMENTO PERIODONTAL.

CARACTERÍSTICAMENTE ESTÁ FORMADO POR: FIBRAS, CÉLULAS, TERMINACIONES NERVIOSAS Y SUBSTANCIA FUNDAMENTAL AMORFA.

### F O R M A C I O N

EL LIGAMENTO PERIODONTAL SE FORMA AL DESARROLLARSE EL DIENTE Y AL HACER ERUPCIÓN ÉSTE HACIA LA CAVIDAD BUCAL. LA ESTRUCTURA O FORMA FINAL SE LOGRA HASTA QUE EL DIENTE ALCANZA EL PLANO DE OCLUSIÓN Y SE APLICA LA FUERZA FUNCIONAL. INICIALMENTE ÉSTE TEJIDO ESTÁ FORMADO POR FIBROBLASTOS INDIFERENCIADOS O EN DESCANSO, CONTIENEN UNA GRAN CANTIDAD DE GLUCÓGENO Y POCOS ORGANELOS. LOS FIBROBLASTOS SE TRANSFORMAN EN CÉLULAS CON GRAN ACTIVIDAD, RICAS EN ORGANELOS BIEN DESARROLLADOS. AL AVANZAR EL DESARROLLO, SE FORMA UNA CAPA DENSA DE TEJIDO CONECTIVO, LA QUE SE DEPOSITA CERCA DE LA SUPERFICIE DEL CEMENTO CON UNA ORIENTACIÓN QUE SUELE SER PARALELA - AL EJE MAYOR DEL DIENTE.

### E S T R U C T U R A

EL COMPONENTE COLÁGENO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL MADURO ESTÁ ORGANIZADO DENTRO DE FIBRAS PRINCIPALES, ÉSTAS SON:

## F I B R A S   H O R I Z O N T A L E S

VAN DEL CEMENTO RADICULAR HACIA EL HUESO, FORMANDO UN ÁNGULO RECTO RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE, Y SE ENCUENTRAN EN EL TERCIO CORONAL DE LA RAIZ.

## F I B R A S   O B L I C U A S

SON LAS MÁS NUMEROSAS Y SE INSERTAN OBLICUAMENTE EN SENTIDO CORONAL AL HUESO O APICAL AL CEMENTO.

## F I B R A S   A P I C A L E S

RODEAN AL ALVEOLO EN LA PORCIÓN DEL ÁPICE Y NO SE ENCUENTRAN SINO HASTA QUE SE FORMA COMPLETAMENTE LA RAIZ.

## F I B R A S   I N T E R R A D I C U L A R E S

ESTAS SE ENCUENTRAN EN LA BI O TRIFURCACIÓN DE LOS DIENTES MULTIRADICULARES.

## G R U P O   D E   L A   C R E S T A

### A L V E O L A R

SE EXTIENDEN OBLICUAMENTE DESDE EL CEMENTO, INMEDIATAMENTE DEBAJO DEL EPITELIO DE UNIÓN HASTA LA CRESTA ALVEOLAR.



LAS FUNCIONES PRINCIPALES DE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO - PERIODONTAL SON: EQUILIBRAR EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS MÁS APICALES AYUDANDO ASÍ A MANTENER AL DIENTE DENTRO DE EL ALVEOLO Y RESISTIR LOS MOVIMIENTOS LATERALES DEL DIENTE.

EL APORTE SANGUÍNEO AL LIGAMENTO PERIODONTAL EMANA PREDOMINANTEMENTE DE TRES FUENTES. LOS VASOS PENETRAN AL LIGAMENTO DESDE EL HUESO ALVEOLAR A TRAVÉS DE CONDUCTOS NUTRICIOS DE LA PLACA CRIBIFORME. LOS VASOS SANGUÍNEOS FORMAN UNA RED A MANERA DE CANASTA A TRAVÉS DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL. LA MAYOR PARTE DE LOS VASOS CORREN ENTRE LOS HACES DE FIBRAS PRINCIPALES EN DIRECCIÓN PARALELA AL EJE MAYOR DE LA RAIZ Y POSEEN ANASTOMOSIS HORIZONTALES.

ALGUNOS VASOS LINFÁTICOS CIEGOS SURGEN EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y TOMAN UNO DE TRES CURSOS: PUEDEN PASAR SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR Y PASAR HACIA LA SUBMUCOSA DE LA ENCÍA O EL PALADAR, PERFORAR EL HUESO ALVEOLAR Y PASAR HACIA EL TEJIDO ÓSEO ESPONJOSO O PASAR EN DIRECCIÓN APICAL DIRECTAMENTE - AL LIGAMENTO PERIODONTAL. EL LIGAMENTO ALREDEDOR DE LOS DIENTES YA ERUPCIONADOS ESTÁ INERVADO POR FIBRAS QUE NACEN DE LOS RAMOS DENTARIOS DE LOS NERVIOS ALVEOLARES. EN DIENTES INCLUIDOS EL LIGAMENTO PERIODONTAL ES INERVADO POR PEQUEÑAS FIBRAS NO MIELINIZADAS QUE ESTÁN ASOCIADAS CON LOS VASOS SANGUÍNEOS.

## M E C A N I S M O S   D E   D E F E N S A D E L   P E R I O D O N T O

LOS DIENTES Y LA ENCÍA SE ENCUENTRAN EN UN AMBIENTE SÉPTICO QUE CONTIENE INNUMERABLES ESPECIES DIFERENTES Y CAPAS - DE MICROORGANISMOS, ASÍ COMO MASAS DE SUSTANCIAS EXTRAÑAS Y ANTIGÉNICAS.

EXISTEN VARIAS LÍNEAS DEFENSIVAS PARA PROTEGER AL HUESPED DE ÉSTAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

LA LÍNEA DE DEFENSA O BARRERA SUPERFICIAL POSEE CUATRO COMPONENTES:

1.- LOS TEJIDOS BLANDOS ESTÁN CUBIERTOS POR EPITELIO ES CAMOSO ESTRATIFICADO, UN TEJIDO QUE EXPERIMENTA UNA REGENERACIÓN RÁPIDA. LAS CÉLULAS PRODUCIDAS EN LA CAPA BASAL, SE DESPLAZAN HACIA LA SUPERFICIE Y SON DESCAMADAS, LLEVANDO CONSIGO LAS SUSTANCIAS TÓXICAS QUE PUDIERAN HABER PENETRADO LA CUBIERTA EPITELIAL.

2.- EL EPITELIO GINGIVAL Y EN PARTE EL EPITELIO DEL SURCO EXPERIMENTAN QUERATINIZACIÓN PARA PRODUCIR UNA CAPA SUPERFICIAL RESISTENTE E IMPENETRABLE.

3.- EL EPITELIO DE UNIÓN EN CONTACTO CON LAS SUPERFICIES DENTARIAS CALCIFICADAS ELABORA UNA SUSTANCIA A MANERA DE LÁMINA BASAL QUE SELLA, EN FORMA EFICAZ, LA INTERFASE ENTRE LOS TEJIDOS BLANDOS Y EL DIENTE.

4.- TODOS LOS TEJIDOS SUPERFICIALES, INCLUYENDO EL DIENTE ESTÁN CUBIERTOS POR UNA CAPA DE GLUCOPROTEÍNAS.

LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES EMIGRAN CONTINUAMENTE DESDE LOS VASOS DE LOS TEJIDOS CONECTIVOS HACIA EL EPITELIO DE UNIÓN, EL SURCO GINGIVAL Y LA CAVIDAD BUCAL.

LOS MACRÓFAGOS SE ENCUENTRAN DENTRO DEL SURCO GINGIVAL, EN EL EPITELIO DE UNIÓN Y EN EL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE.

LAS CÉLULAS LINFOIDES, LAS CUALES POSEEN LA CAPACIDAD - DE DESENCADENAR LAS REACCIONES INMUNOLÓGICAS CELULARES Y HUMORALES, TAMBIÉN EXISTEN EN EL EPITELIO DE UNIÓN ASÍ COMO EN LOS TEJIDOS CONECTIVOS SUBYACENTES.

EL SURCO GINGIVAL CONTIENE UN LÍQUIDO QUE SE FILTRA -- DESDE EL TEJIDO CONECTIVO GINGIVAL, A TRAVÉS DE LA DELGADA - PARED DEL SURCO.

EL LÍQUIDO GINGIVAL LIMPIA EL MATERIAL DEL SURCO, CONTIENE PROTEÍNAS PLASMÁTICAS QUE PUEDEN MEJORAR LA ADHESIÓN DE - LA ADHERENCIA EPITELIAL AL DIENTE. POSEE PROPIEDADES ANTIMICROBIANAS Y PUEDE EJERCER ACTIVIDAD DE ANTICUERPO EN DEFENSA DE LA ENCÍA.

EL LÍQUIDO GINGIVAL SE PRODUCE EN PEQUEÑÍSIMAS CANTIDADES EN LOS SURCOS DE LA ENCÍA NORMAL, INDICANDO QUE ES UN PRODUCTO DE FILTRACIÓN FISIOLÓGICA, DE LOS VASOS SANGUÍNEOS.

## C E M E N T O

EL CEMENTO RADICULAR ES UN TEJIDO CONECTIVO ESPECIALIZADO QUE PRESENTA CALCIFICACIÓN Y QUE SE CARACTERIZA POR SER AVASCULAR Y CARECER DE INERVACIÓN, SU LOCALIZACIÓN ES EN TODA LA SUPERFICIE RADICULAR Y EN ALGUNAS OCACIONES PUEDE LLEGAR A CUBRIR LA CORONA.

EXISTEN TRES TIPOS DE UNIÓN CEMENTO ESMALTE QUE SON:

1.- CUANDO EL CEMENTO SE LOCALIZA JUNTO AL ESMALTE, ESTO OCURRE CON UNA FRECUENCIA DEL 30%.

2.- EL CEMENTO SEPARADO DEL ESMALTE, CON UNA FRECUENCIA DEL 10%.

3.- EL CEMENTO CUBRIENDO AL ESMALTE, QUE SE PRESENTA EN EL 60% DE LOS DIENTES.

LA FORMACIÓN DEL CEMENTO OCURRE CUANDO SE INICIA LA FORMACIÓN DE LA DENTINA, LA VAINA EPITELIAL PIERDE SU CONTINUIDAD Y ENTRE SUS CÉLULAS SE VAN INTRODUCIENDO ELEMENTOS CELULARES DE ORIGEN MEZENQUIMATOSO, LOS CUALES VAN A INICIAR LA GÉNESIS DE LA MATRIZ CEMENTARIA, OCURRIENDO ASÍ LA FORMACIÓN DEL CEMENTOIDE O PRECEMENTO.

LA MATRIZ SE VA CALCIFICANDO Y CONFORME OCURRE ESTO, LOS CEMENTOBLASTOS SE DESPLAZAN HACIA LA SUPERFICIE, POR LO QUE LA PRIMERA CAPA DEPOSITADA ES ACELULAR.

CUANDO LOS CEMENTOBLASTOS SE ENCUENTRAN ATRAPADOS DAN LUGAR AL CEMENTO CELULAR.

EL CEMENTO SE CLASIFICA EN CELULAR O ACELULAR.

EL CEMENTO ACELULAR ES LA PRIMERA CAPA QUE SE DEPOSITA, POR LO QUE SE ENCUENTRA ADYACENTE A LA DENTINA Y SE CARACTERIZA POR NO TENER ELEMENTOS CELULARES.

EL CEMENTO CELULAR SE LOCALIZA CASI SIEMPRE EN LA PORCIÓN MEDIA Y APICAL DE LA RAIZ, SE CARACTERIZA POR PRESENTAR CÉLULAS QUE QUEDAN ATRAPADAS EN LAGUNAS Y SE DENOMINAN CEMENTOCITOS.

DEPENDIENDO DE LA ÉPOCA DE FORMACIÓN EL CEMENTO SE CLASIFICA EN: PRIMARIO Y SECUNDARIO.

EL CEMENTO PRIMARIO ES AQUEL QUE SE LOCALIZA ADYACENTE A LA DENTINA Y SE DEPOSITA ANTES DE LA ERUPCIÓN DENTARIA.

EL CEMENTO SECUNDARIO ES AQUEL QUE SE DEPOSITA COMO RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS FUNCIONALES DURANTE TODA LA VIDA.

LAS FUNCIONES DEL CEMENTO SON:

1.- INSERCIÓN DE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL A LA SUPERFICIE RADICULAR.

2.- AYUDA AL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL DEBIDO AL DESPLAZAMIENTO MESIAL NORMAL Y LA ERUPCIÓN COMPENSATORIA.

3.- SIRVE COMO MEDIO DE REPARACIÓN DE LESIONES RADICULARES POR SU DEPOSICIÓN CONTINUA.

CAPITULO II

## HISTORIA CLINICA

LA HISTORIA CLÍNICA ES EL DOCUMENTO DE MAYOR IMPORTAN--  
CIA Y UTILIDAD PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD, ASÍ COMO UN  
RECURSO LEGAL, PUES EN ELLA SE ANOTARÁN TANTO DATOS ADMINIS-  
TRATIVOS, PERSONALES ASÍ COMO DATOS MÉDICOS.

LA HISTORIA CLÍNICA SERVIRÁ PARA OBTENER, CON AYUDA DE  
UNA BUENA EXPLORACIÓN Y OBSERVACIÓN CLÍNICA UN MEJOR DIAGNÓS-  
TICO Y UN PRONÓSTICO MÁS REAL.

SE ENCONTRARÁ UN MEJOR CAMINO PARA EL MANEJO DE NUESTROS  
CONOCIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS A REALIZAR, ASÍ COMO LA TERA-  
PÉUTICA PREQUIRÚRGICA Y POSTQUIRÚRGICA EN BASE A LOS CONOCI-  
MIENTOS QUE SE TENGAN DEL PACIENTE.

## HOJA CLINICA

### DATOS ADMINISTRATIVOS.

FECHA \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU MÉDICO GENERAL \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

### DATOS MEDICOS

MOTIVO DE LA CONSULTA \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

VIVEN SUS PADRES \_\_\_\_\_, HERMANOS \_\_\_\_\_, ABUELOS \_\_\_\_\_ TIOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, SI MURIERO EXPLIQUE LA CAUSA \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

HÁBITOS DE NUTRICIÓN, DIETA GENERAL \_\_\_\_\_, QUE ALIMEN

TOS ACOSTUMBRA TOMAR NORMALMENTE \_\_\_\_\_

HÁBITOS DE HIGIENE. BAÑO \_\_\_\_\_, CAMBIOS DE ROPA \_\_\_\_\_

HIGIENE BUCAL \_\_\_\_\_, CUANTAS VECES LA REALIZA AL DÍA \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO DESDE LA NIÑEZ \_\_\_\_\_

ENFERMEDAD MÁS IMPORTANTE ÚLTIMAMENTE \_\_\_\_\_

CUANDO \_\_\_\_\_ TIEMPO DE DURACIÓN \_\_\_\_\_



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS \_\_\_\_\_ TIPO DE INTERVENCIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, FECHA \_\_\_\_\_, HUBO COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

DE QUE TIPO \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

ES ALÉRGICO A: ANTIBIOTICOS \_\_\_\_\_, ANALGÉSICOS \_\_\_\_\_

ANESTÉSICOS \_\_\_\_\_, ALGÚN OTRO MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

ALIMENTOS \_\_\_\_\_, CÓMO SE MANIFIESTA \_\_\_\_\_

ESTÁ BAJO TRATAMIENTO O CONTROL \_\_\_\_\_

### ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD QUE PADECE ACTUALMENTE \_\_\_\_\_ ESTÁ TOMANDO AL-

GUÍN MEDICAMENTO. CUAL \_\_\_\_\_, FRECUENCIA \_\_\_\_\_

### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

#### APARATO DIGESTIVO

DIFICULTAD AL INGERIR ALIMENTOS \_\_\_\_\_, DOLORES ESTOMACALES

O ABDOMINALES \_\_\_\_\_, CÓLICOS \_\_\_\_\_, GASTRITIS \_\_\_\_\_, ULCE-

RAS \_\_\_\_\_, DIARREAS \_\_\_\_\_ HAY DOLOR \_\_\_\_\_, ARDOR \_\_\_\_\_

SANGRADO \_\_\_\_\_, ESTREÑIMIENTO \_\_\_\_\_

## APARATO RESPIRATORIO

FRECUENCIA DE RESFRIADOS \_\_\_\_\_, DIFICULTAD AL RESPIRAR \_\_\_\_\_

ALTERACIONES PULMONARES \_\_\_\_\_

## APARATO CIRCULATORIO

ALTERACIONES DE LA PRESIÓN \_\_\_\_\_, ES BAJA \_\_\_\_\_, ALTA \_\_\_\_\_

PRESIÓN ACTUAL \_\_\_\_\_

## APARATO GENITO URINARIO

MICCIÓN \_\_\_\_\_, CUANTAS VECES \_\_\_\_\_, COLOR \_\_\_\_\_, HAY DOLOR \_\_\_\_\_, HAY SANGRADO \_\_\_\_\_

SOLO A MUJERES. CICLO MENSTRUAL \_\_\_\_\_, CUANTOS DÍAS TARDA \_\_\_\_\_, CADA CUANDO SE PRESENTA \_\_\_\_\_, EL SANGRADO ES ABUN-

DANTE O ESCASO \_\_\_\_\_, MENOPAUSIA \_\_\_\_\_, EMBARAZOS \_\_\_\_\_,

ABORTOS \_\_\_\_\_, CUANTOS HIJOS TIENE \_\_\_\_\_, SUS PARTOS HAN SI-  
DO NORMALES \_\_\_\_\_.

## SISTEMA ENDOCRINO

DIABETES \_\_\_\_\_, POLIFAGIA \_\_\_\_\_, POLIDIPSIA \_\_\_\_\_, POLIU-  
RIA \_\_\_\_\_, PIERDE PESO CON FACILIDAD \_\_\_\_\_

## SISTEMA HEMATOPOYETICO ( PRUEBAS DE LABORATORIO )

TIEMPO DE COAGULACIÓN \_\_\_\_\_, TIEMPO DE SANGRADO \_\_\_\_\_, TIEMPO DE PROTROMBINA \_\_\_\_\_, BIOMETRÍA HEMÁTICA \_\_\_\_\_.

## SISTEMA NERVIOSO

ES TRANQUILO \_\_\_\_\_, ADAPTABLE \_\_\_\_\_, ESTÁ BAJO SEDANTES \_\_\_\_\_, PRESENTA CEFALEAS CONTINUAS \_\_\_\_\_, HAY TEMBLOR DE MANOS \_\_\_\_\_.

## ALTERACIONES DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

OIDOS \_\_\_\_\_, VISTA \_\_\_\_\_, TACTO \_\_\_\_\_, OLFATO \_\_\_\_\_.

TODOS ESTOS DATOS DEBEN SER LLENADOS CORRECTAMENTE, EN LOS CASOS QUE EL PACIENTE NIEGUE O DESCONOSCA DATOS SE ANOTARÁ: " EL PACIENTE NIEGA O DESCONOCE ESTE DATO " , CUANDO EL PACIENTE NO REFIERA DATOS PATOLÓGICOS SE ANOTARÁ: " APARENTE MENTE SANO, NO MANIFIESTA DATOS DE IMPORTANCIA".

ESTA HISTORIA CLÍNICA GENERAL DEBE COMPLETARSE CON UNA HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA ENFOCADA AL PROBLEMA QUE SE TRATARÁ, ASÍ MISMO, DE LA BOCA EN GENERAL.

## EXAMEN BUCAL

HISTORIA DE ENFERMEDADES PRESENTES \_\_\_\_\_, SIGNOS Y SÍNTOMAS  
PRESENTES \_\_\_\_\_, DOLOR \_\_\_\_\_, SANGRADO \_\_\_\_\_, SUPURACIÓN  
\_\_\_\_\_, ESTADO ACTUAL DE LA MUCOSA \_\_\_\_\_, LENGUA \_\_\_\_\_  
DIENTES \_\_\_\_\_, PERIODONTO \_\_\_\_\_, GLÁNDULAS \_\_\_\_\_, GANGLIOS  
DEL CUELLO \_\_\_\_\_.

### HIGIENE BUCAL

CEPILLADO \_\_\_\_\_, FRECUENCIA \_\_\_\_\_, TÉCNICA \_\_\_\_\_

### EXAMEN RADIOGRAFICO

HUESO ALVEOLAR \_\_\_\_\_, PORCIÓN RADICULAR \_\_\_\_\_, ESPACIO DEL  
LIGAMENTO PERIODONTAL \_\_\_\_\_, ZONAS INTERPROXIMALES \_\_\_\_\_.

PARA AYUDAR A UN MEJOR DIAGNÓSTICO SE REALIZARÁ UNA HISTORIA O FICHA PARODONTAL, EN LA QUE SE ANOTARÁ EL ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD Y LA EVOLUCIÓN DE LA MISMA.

## F I C H A P A R O D O N T A L

SE COLOCARÁ EN LA PARTE SUPERIOR IZQUIERDA LOS DATOS GENERALES COMO SON : NOMBRE, EDAD, SEXO, FECHA.

EXISTEN MARCAS YA CONOCIDAS QUE SE COLOCAN EN EL LUGAR CORRESPONDIENTE; ÉSTAS SON:

- A) SI EXISTEN DIENTES AUSENTES SE ENCERRARÁ EN UN CÍRCULO.
- B) SI SE VA A REALIZAR LA EXTRACCIÓN SE CRUZARÁ CON UNA X EL DIENTE POR SU TOTALIDAD.
- C) SE OBSERVA EL MARGEN GINGIVAL Y SE MARCA SI ES RETRACCIÓN.
- D) INFLAMACIÓN GINGIVAL.
- E) CRESTAS GINGIVALES POR GUNA, SE MARCA CON UN CÍRCULO EN LA PARTE DEL CRATER.
- F) SI HAY PRESENCIA DE CARIES SOLO SE CONTORNEARÁ LO QUE ABARQUE ÉSTA.
- G) SI HAY OBTURACIONES SE RELLENA LA TOTALIDAD DE LO QUE ABARCA.
- H) SI EXISTE RECIDIVA DE CARIES Y YA ESTÁ OBTURADO SE RELLENARÁ Y SE MARCARÁ UN NUEVO CONTORNO.

I) SI EL DIENTE PRESENTA GIROVERSIÓN SE LE COLOCA UNA - FLECHA HACIA EL LADO CORRESPONDIENTE;

J) SI HAY PRESENCIA DE DIASTEMAS SE MARCARÁ CON DOS LI- NEAS ENTRE LOS DIENTES.

K) SI SE TRATA DE UN ÁREA O PUNTO DE CONTACTO INADECUADA SE MARCARÁ CON UNA X PEQUEÑA.

L) SI EL DIENTE ESTÁ FUERA DE ARCO (EXTRUCIÓN) SE COLO- CARÁ UNA FLECHA HACIA ABAJO O ARRIBA, SEGÚN EL CASO.

M) SI YA SE VERIFICARON LOS TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS, ÉSTOS SE MARCARÁN RELLENANDO LA PARTE CENTRAL DE LA RAZ.

N) SI HAY PROCESOS PERIAPICALES SE ANOTARÁ UN CÍRCULO - EN EL ÁPICE DEL DIENTE O RAZ AFECTADA.

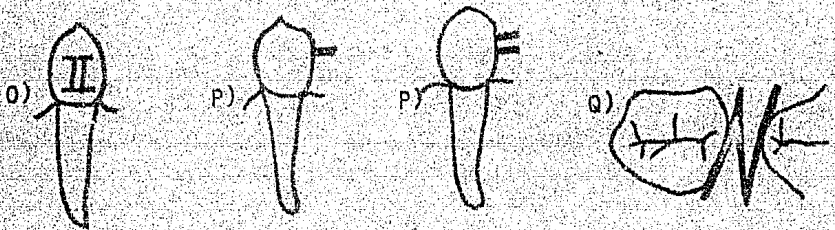
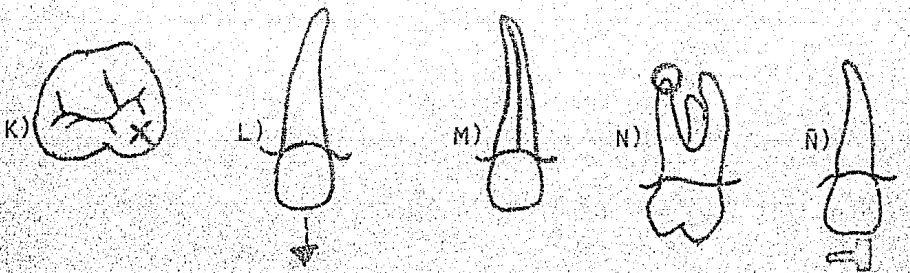
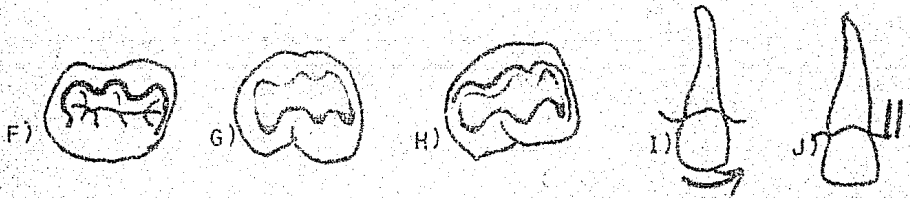
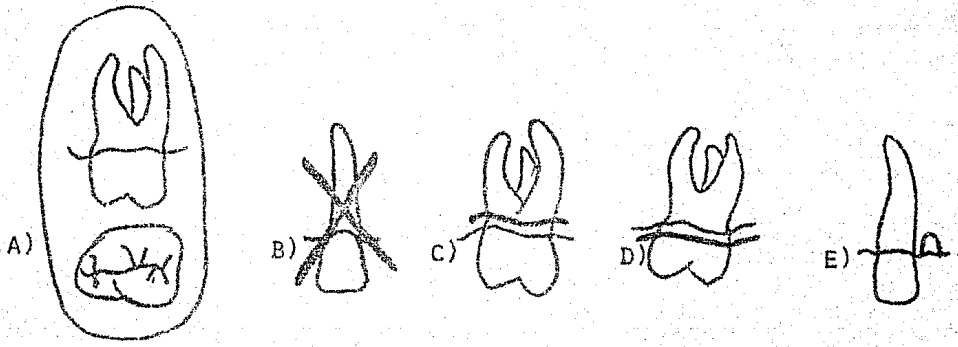
Ñ) SE HACEN PRUEBAS DE VITALIDAD Y SE HACE UNA MARCA HO RIZONTAL O VERTICAL SI HAY DOLOR A UNO DE LOS TIPOS DE PERCU CIÓN.

O) SI HAY MOVILIDAD, ÉSTA SE ANOTARÁ CON NÚMEROS ROMA-- NOS DENTRO DE LA CARA VESTIBULAR DE LA PIEZA.

P) EN EL CASO QUE HAYA PRÓTESIS SE ANOTARÁ CON UNA LÍNEA SI ES REMOVIBLE Y CON DOS LÍNEAS SI ES PRÓTESIS FIJA.

Q) SI HAY PRESENCIA DE CÚSPIDES IMPELENTES, CÚSPIDES NO NORMALES, SE COLOCARÁ UNA MARCA DEBAJO DE LA CÚSPIDE.

R) SE HARÁ UN DIBUJO DE LA INSERCIÓN DE LOS FRENILLOS CUANDO ÉSTOS ESTÉN DEFECTUOSOS.



CAPITULO III



## EXAMEN RADIOGRAFICO

EL EXÁMEN RADIOGRÁFICO ES DE GRAN AUXILIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y EL CONTROL DE LA MISMA DURANTE EL TRATAMIENTO.

LAS RADIOGRAFÍAS SON IMPORTANTES PARA CUALQUIER EXÁMEN PERIODONTAL MINUCIOSO; VARIAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS Y SUS RELACIONES ENTRE SÍ SON DE GRAN INTERÉS PARA EL CIRUJANO PERIODONTAL, ESPECIALMENTE EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE NO SE LIMITE A LOS TEJIDOS MARGINALES.

LAS RADIOGRAFÍAS PROPORCIONAN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- 1.- ALTURA ÓSEA INTERDENTARIA Y PRESENCIA DE CORTICAL.
- 2.- PATRONES TRABECULARES.
- 3.- ZONAS RADIOLÓGICAS QUE INDICAN DESTRUCCIÓN ÓSEA Y QUE PUEDEM CONFIRMARSE MEDIANTE SONDEO.
- 4.- PÉRDIDA ÓSEA EN LAS FURCACIONES.
- 5.- ANCHO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.
- 6.- RELACIÓN ENTRE CORONA Y RAIZ.
- 7.- FORMA Y LONGITUD DE LA RAIZ.
- 8.- CARIES, Y SU PROFUNDIDAD.

9.- CALIDAD, SELLADO DE LAS OBTURACIONES Y RESTAURACIONES.

10.- DEPÓSITOS EXCESIVOS DE CÁLCULO.

11.- LOCALIZACIÓN DEL SENO MAXILAR RESPECTO A LA CRESTA ALVEOLAR.

12.- REACCIONES PERIAPICALES.

13.- DIENTES AUSENTES.

14.- DIENTES SUPERNUMERARIOS.

15.- DIENTES RETENIDOS O INCLUIDOS.

LAS RADIOGRAFÍAS SON LA REPRESENTACIÓN BIDIMENCIONAL DE ESTRUCTURAS TRIDIMENSIONALES.

SON MUY ÚTILES COMO ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO CUANDO SE LES CORRELACIONA CON EL EXÁMEN BUCAL VISUAL, SONDEO CLÍNICO Y ANOTACIONES DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.

SON CONVENIENTES LAS RADIOGRAFÍAS TOMADAS CON LA TÉCNICA PARALELA CON CONO LARGO. HAY QUE USAR, UN NÚMERO SUFICIENTE DE PLACAS, PARA QUE CADA ZONA SE EXPONGA DESDE MÁS DE UNA ANGULACIÓN PARA PRODUCIR EFECTOS ESTEREOSCÓPICOS.

LOS ERRORES TÉCNICOS QUE SE PRODUCEN COMO ALARGAMIENTO, ACOSTAMIENTO, ACORTAMIENTO O SUPERPOSICIÓN, RESTRINGEN MUCHO LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS RADIOGRAFÍAS.

LAS RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS TIENEN USO LIMITADO.

EL LUGAR DE LAS RADIOGRAFÍAS EN EL DIAGNÓSTICO PERIODONTAL ES IMPORTANTE, POR UN LADO, Y MAL ENTENDIDAS POR OTRO. - CON EXCESIVA FRECUENCIA, EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL SE HACE POR INSPECCIÓN DE LAS RADIOGRAFÍAS, MOMENTO - EN QUE LA ENFERMEDAD YA LLEVA MUCHO TIEMPO DE ESTABLECIDA.

ANTES DE PROCEDER A UN EXÁMEN SISTEMÁTICO, EL CLÍNICO - ESTUDIARÁ LAS RADIOGRAFÍAS EN FORMA ORDENADA PARA DETECTAR - PATOLOGÍAS MICROSCÓPICAS COMO QUISTES, GRANULOMAS, CEMENTOMAS DIENTES RETENIDOS, NEOPLASIAS, ETC.

ENSEGUIDA DEBE OBSERVARSE EL TRABECULADO ÓSEO; HAY QUE NOTAR DESVIACIONES DEL TRABECULADO NORMAL, COMO ATROFIA POR DESUSO Y AFECCIONES RARAS COMO HIPERPARATIROIDISMO Y ENFERMEDAD DE PIAGET.

TODA RADIOGRAFÍA DEBE SER INSPECCIONADA PARA DETECTAR - LO SIGUIENTE:

CÁLCULOS, CARIES EN LA CORONA O LAS SUPERFICIES RADICULARES Y RESTAURACIONES DESBORDANTES O DEFECTUOSAS.

PUEDE HABER MANIFESTACIONES DE TRAUMATISMO OCLUSAL, LAS RAICES PUEDEN SER LARGAS, CORTAS O CÓNICAS. PUEDE HABER RESORCIÓN RADICULAR Y LA RELACIÓN ENTRE CORONA Y RAIZ PUEDE SER - BAJA.

PUEDE HABER ENGROSAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y QUE PARTE DE LA RAIZ SE HALLE REALMENTE CUBIERTA DE HUESO. - LOS DIENTES PUEDEN ESTAR MAL ALINEADOS, INCLINADOS, EXTRUIDOS O INTRUIDOS.

SI HAY PUNTOS DE CONTACTO ABIERTOS SE RELACIONAN ESTOS DEFECTOS CON ZONAS DE PÉRDIDA ÓSEA; SE PRECISA ALGÚN TRATAMIENTO INMEDIATO PARA PREVENIR Y TRATAR UNA LESIÓN PULPAR.

PÉRDIDA ÓSEA O DEFECTOS ÓSEOS QUE PUEDE SER LOCALIZADA O GENERALIZADA; LOS PATRONES DE PÉRDIDA ÓSEA SON VERTICALES U HORIZONTALES.

SE OBSERVARÁN LESIONES DE BIFURCACIONES RADIOGRÁFICAS.

EL TERAPEUTA UNA VEZ QUE HA ESTUDIADO LAS RADIOGRAFÍAS DEBE HACER UN EXÁMEN CLÍNICO, TERMINADO ÉSTE DEBE VOLVER A CONSULTAR LAS RADIOGRAFÍAS PARA DETERMINAR SI LOS HALLAZGOS CONCUERDAN O NO CON SU IMPRESIÓN SOBRE LA LESIÓN DEL PACIENTE. SI EXISTEN DIFERENCIAS SE DEBERÁ COMENZAR DE NUEVO.

LAS RADIOGRAFÍAS NO DAN UN CUADRO EXACTO DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA, ÉSTA SE MIDE ÚNICAMENTE MEDIANTE LA SONDAPARODONTAL.

LAS RADIOGRAFÍAS NO REVELAN LESIONES INCIPIENTES, TAMPOCO REVELAN CAMBIOS EN LAS CARAS LINGUALES Y VESTIBULARES DE LOS DIENTES.

NO SE OBSERVAN EN ELLAS, SALVO EN PEQUEÑO GRADO, RELACIONES DE TEJIDOS BLANDOS CON LOS DUROS.

A PESAR DE ÉSTAS LIMITACIONES, NO HAY EXAMEN ACERTADO SIN BUENAS RADIOGRAFÍAS, DE BUENA CALIDAD, VISTAS CON LUZ DIFUSA Y BIEN EXAMINADAS.

CAPITULO IV

## BOLSA PERIODONTAL

LA BOLSA PERIODONTAL ES UNA MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL HACIA APICAL Y ES CARACTERÍSTICA DE LA PERIODONTITIS.

PARA DESCRIBIR LA ETIOLOGÍA DE LA BOLSA PERIODONTAL ES NECESARIO HABLAR UN POCO SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES, PUES YA QUE LA MAYORÍA DE LAS VECES LA FORMACIÓN DE LA BOLSA CONSTITUYE UNO DE LOS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD EN SÍ.

LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SE CLASIFICAN EN:

- 1.- FACTORES LOCALES.
- 2.- FACTORES SISTÉMICOS.

1.- LOS FACTORES LOCALES SON AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN LOCALIZADOS EN LA CAVIDAD ORAL O SEA EL MEDIO CERCANO AL DIENTE O DIENTES QUE SE VEN ATACADOS POR LA ENFERMEDAD. ENTRE ELLOS TENEMOS:

### A) SARRO.

ES UNO DE LOS AGENTES LOCALES MÁS IMPORTANTES, SE DEBE TOMAR EN CUENTA CUANDO SE DESEE CONOCER LA INCIDENCIA DE LA BOLSA PERIODONTAL:

EL SARRO ES LA MASA CALCIFICADA Y ADHERENTE QUE SE FORMA SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE, ÉSTE ACTÚA COMO IRRITANTE

DEBIDO A SU ACCIÓN MECÁNICA, QUÍMICA Y BIOLÓGICA; SE DICE -  
QUE ES RESPONSABLE DIRECTO DE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL.

EL SARRO PUEDE SER SUPRA O SUBGINGIVAL, SEGÚN SEA SU LO  
CALIZACIÓN, POR ENCIMA O POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL.

#### b) MATERIA ALBA.

ES CAUSANTE DIRECTO DE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL LIGERA.

ES UNA MASA DE COLOR BLANQUECINO QUE CONTIENE MUCINA, -  
DETRITUS ALIMENTICIOS, BACTERIAS, ETC.

#### c) BROMATOEXTASIS.

ES EL EMPAQUETAMIENTO FORZADO DE ALIMENTOS EN CONTRA DE  
LA ENCÍA, EJERCIENDO PRESIÓN SOBRE LOS TEJIDOS GINGIVALES, -  
PERO QUE PUEDE CONVERTIRSE EN PATÓGENA; ÉSTA PUEDE SER VERTI  
CAL U HORIZONTAL.

VERTICAL: CUANDO EL ÁREA DE CONTACTO ENTRE DOS PIEZAS -  
DENTARIAS SE HA PERDIDO ( DEBIDO A: CARIES, ODONTOLOGÍA DEFEC  
TUOSA, PÉRDIDA DE PIEZAS ADYACENTES, ETC. ) Y EL DIENTE O --  
DIENTES ANTAGONISTAS ACTÚAN COMO PISTÓN INTRODUCIENDO LOS A-  
LIMENTOS VERTICALMENTE. ESTE TIPO DE EMPAQUETAMIENTO ES EL  
QUE PRODUCE MAYOR LESIÓN PARA EL PARODONTO.

HORIZONTAL: SE PRODUCE CUANDO LOS CARRILLOS O LA LEN--  
GUA EMPAQUETAN EL ALIMENTO EN LOS ESPACIOS INTERDENTALES.

D) ENTRE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS LOCALES DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, ESTÁN INTIMAMENTE LIGADOS LOS SIGUIENTES ELEMENTOS QUE PUEDEN CONSIDERARSE COMO FACTORES QUE EN DETERMINADO MOMENTO Y EN CONJUNTO CON OTROS FACTORES PUEDEN ACTUAR COMO COADYUVANTES DE UNA PARODONTOPATÍA.

I.- CONTORNOS VESTIBULARES DE LOS DIENTES PLANOS.

II.- CÍNGULOS NO DESARROLLADOS.

III.- ÁREAS DE CONTACTO DEFECTUOSAS O LÍNEAS MARGINALES IRREGULARES.

IV.- FRENILLOS O SOBREPROYECCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS.

V.- CARIES.

VI.- RESTAURACIONES INCORRECTAS.

VII.- PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS.

VIII.- MALOS HÁBITOS ( USO DE PALILLOS, PASADORES, CEPILLADO INCORRECTO, ETC. )

IX.- OCLUSIÓN TRAUMÁTICA.

X.- FALTA DE OCLUSIÓN.

2.- FACTORES SISTEMICOS O GENERALES.

SE HA DEMOSTRADO EXPERIMENTAL Y CLINICAMENTE CÓMO ALGU-



NOS TRASTORNOS SISTEMÁTICOS PUEDEN CAUSAR DIFERENTES ALTERACIONES EN EL PARODONTO. ENTRE DICHS TRASTORNOS ESTÁN:

- A) DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS ( A, B, C, D ).
- B) DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ( CALCIO, FÓSFORO, HIERRO, FLUOR, MAGNESIO ).
- C) ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS ( ANEMIA, LEUCEMIA, ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS, ETC.)
- D) INTOXICACIONES METÁLICAS ( MERCURIO ), SIEMPRE QUE EXISTAN FACTORES LOCALES IRRITANTES.

LAS PRINCIPALES ALTERACIONES QUE NOS PERMITEN RECONOCER UNA BOLSA PERIODONTAL SON:

- 1.- INFLAMACIÓN GINGIVAL CON EL SUBSECUENTE CAMBIO DE COLORACIÓN DE LA ENCÍA.
- 2.- PÉRDIDA DEL PUNTILLO DEBIDO A LA PRESENCIA DE EDEMA.
- 3.- MIGRACIÓN APICAL DE LA INSERCIÓN EPITELIAL.
- 4.- PRESENCIA DE EXUDADO.

TODAS ELLAS DEPENDIENDO DEL MOMENTO EN QUE EXAMINEMOS LA BOLSA Y EL GRADO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LAS BOLSAS PERIODONTALES SE CLASIFICAN SEGÚN SU MORFOLOGÍA Y SEGÚN SU RELACIÓN CON LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES EN:

## BOLSA GINGIVAL ( RELATIVA )

UNA BOLSA GINGIVAL ESTÁ FORMADA POR EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL, SIN DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES SUBYACENTES.

EL SURCO SE PROFUNDIZA A EXPENSAS DEL AUMENTO DE VOLUMEN DE LA ENCÍA.

## BOLSA PERIODONTAL ( ABSOLUTA )

ESTE ES EL TIPO DE BOLSA QUE SE PRODUCE EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. LA ENCÍA ENFERMA Y EL SURCO SE PROFUNDIZA, HAY DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

LAS BOLSAS ABSOLUTAS SON DE DOS CLASES:

- 1.- SUPRAOSEAS: EN LA CUAL EL FONDO DEL HUESO ES CORONAL AL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE.
- 2.- INFRAOSEAS: EN LA CUAL EL FONDO DE LA BOLSA ES APICAL AL NIVEL DEL HUESO ALVEOLAR ADYACENTE, LA PARED LATERAL DE LA BOLSA ESTÁ ENTRE LA SUPERFICIE DENTARIA Y EL HUESO ALVEOLAR.

## CLASIFICACION POR EL NUMERO DE CARAS AFECTADAS.

SIMPLE: UNA CARA DEL DIENTE.

COMPUESTA: DOS CARAS DEL DIENTE O MÁS.

COMPLEJA: HAY UNA BOLSA ESPIRALADA QUE NACE EN UNA SUPERFICIE DENTARIA Y DA VUELTAS ALREDEDOR DEL DIENTE Y AFECTA UNA CARA ADICIONAL O MÁS.

LA BASE DE LA BOLSA ESTÁ EN COMUNICACIÓN DIRECTA CON EL MARGEN GINGIVAL EN CADA UNA DE LAS CARAS AFECTADAS O SUPERFICIES DEL DIENTE.

LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA ES UNO DE LOS OBJETIVOS MÁS IMPORTANTES DENTRO DEL TRATAMIENTO. RESULTA IMPORTANTE EN LA MEDIDA EN QUE CONTRIBUYE LA SUPERVIVENCIA DE LA DENTICIÓN. ESTO SEÑALA QUE LA ELIMINACIÓN DE LA BOLSA RESULTA SER UN AUXILIAR PARA LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA Y EL MANTENIMIENTO DE LA BOCA EN ESTADO DE SALUD.

LA CUESTIÓN DE LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS COMO UN OBJETIVO TERAPÉUTICO JUSTIFICABLE PRESENTA UNA GRAN CONFUSIÓN, Y LO ÚNICO QUE SE PUEDE SOSTENER EN TÉRMINOS GENERALES ES QUE ES MÁS FACIL MANTENER UN DIENTE CON POCA PROFUNDIDAD DE SURCO QUE UN DIENTE CON UN SURCO PROFUNDO.

LO QUE DEBE PREOCUPAR ES LA PERMANENCIA DE UNA BOLSA UNA VEZ QUE HAYA SIDO LOGRADA LA ELIMINACIÓN.

PARA TODA TERAPÉUTICA NORMAL EN PARODONCIA SE DEBEN ESTABLECER UNOS CONCEPTOS DE CURACIÓN; LA RESTAURACIÓN DE UN PERIODONTO ENFERMO HASTA UN ESTADO DE SALUD, DEBE DE TENER ESTOS CONCEPTOS QUE SON:

- 1.- DEBERÁ HABER RESOLUCIÓN COMPLETA DEL PROCESO INFLAMATORIO.

- 2.- NO DEBERÁ EXISTIR EXUDADO DE NINGÚN TIPO.
- 3.- DEBERÁ HABER RESOLUCIÓN COMPLETA DEL EDEMA.
- 4.- EL SONDEO NORMAL NO DEBERÁ CAUSAR SANGRADO.
- 5.- LOS CONTORNOS GINGIVALES DEBERÁN ENCONTRARSE DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES EN CUANTO A COLOR, TEXTURA Y FORMA.

CAPITULO V

## ABSCESO PERIODONTAL

EL CONCEPTO ACEPTADO DE UN ABSCESO PERIODONTAL AGUDO ES QUE ÉSTE OCURRE CUANDO UNA BOLSA PERIODONTAL COMÚN SUPURATIVA SE OCLUYE, ELIMINANDO ASÍ SU DRENAJE.

EL ABSCESO ES UNA INFLAMACIÓN PURULENTA LOCALIZADA EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

EL ABSCESO PERIODONTAL SE PUEDE FORMAR COMO SIGUE:

- 1.- PENETRACIÓN PROFUNDA DE LA INFECCIÓN PROVENIENTE DE UNA BOLSA PERIODONTAL EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES, Y LOCALIZACIÓN DEL PROCESO INFLAMATORIO SUPURATIVO JUNTO AL SECTOR LATERAL DE UNA RAIZ.
- 2.- EXTENSIÓN LATERAL DE LA INFLAMACIÓN PROVENIENTE DE LA SUPERFICIE INTERNA DE UNA BOLSA PERIODONTAL Y EN EL TEJIDO CONECTIVO DE LA PARED DE LA BOLSA. EL ABSCESO SE LOCALIZA CUANDO ESTÁ OBSTRUIDO EL DRENAJE HACIA LA LUZ DE LA BOLSA.
- 3.- EN UNA BOLSA QUE DESCRIBE UN TRAYECTO TORTUOSO ALREDEDOR DE LA RAIZ ( BOLSA COMPLEJA ) SE PUEDE ESTABLECER UN ABSCESO PERIODONTAL, EN EL FONDO, EXTREMO PROFUNDO CUYA COMUNICACIÓN CON LA SUPERFICIE SE CIERRA.
- 4.- ELIMINACIÓN INCOMPLETA DE CÁLCULOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA BOLSA PERIODONTAL. EN ESTE CASO, LA PARED GINGIVAL SE RETRAE Y OCLUYE EL ORIFICIO DE LA BOLSA; EL ABSCESO PERIODONTAL SE ORIGINA EN LA PORCIÓN CERRADA DE LA BOLSA.

5.- PUEDE HABER ABSCESO PERIODONTAL EN AUSENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO DEL DIENTE O PERFORACIÓN DE LA PARED LATERAL DE LA RAIZ DURANTE EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO.

## ETIOLOGIA DEL ABSCESO

EL ABSCESO PERIODONTAL PRESENTA TODOS LOS SIGNOS CLÍNICOS DE UNA INFECCIÓN AGUDA, AUNQUE CUALQUIER INFECCIÓN EXISTENTE ES ORIGINADO DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL. EL DESARROLLO DE LA EXACERBACIÓN AGUDA OCURRE DEBIDO A LA ALTERACIÓN DE LOS TEJIDOS ADYACENTES AL DIENTE AFECTADO. LA OCLUSIÓN DEL ORIFICIO DE UNA BOLSA PERIODONTAL, LA DIABETES Y EL BRUXISMO O LA BRICOMANÍA, SON FACTORES QUE PUEDEN PARTICIPAR EN ÉSTA - ALTERACIÓN.

### OCLUSION DEL ORIFICIO DE UNA BOLSA PERIODONTAL AGUDA

ESTA ES LA CAUSA CLÁSICA DEL ABSCESO. AUNQUE ES CIERTO QUE EN EL TRATAMIENTO LA MAYOR PARTE DE LOS ABSCESOS PERIODONTALES REACCIONAN EN FORMA SORPRENDENTE A LA PENETRACIÓN HACIA LA BOLSA POR UN MEDIO U OTRO CON LA CONCOMITANTE EVACUACIÓN DEL PUS Y LIBERACIÓN DE LA PRESIÓN, EL BLOQUEO DE LA LUZ DE LA BOLSA ES SOLO UNA DE LAS CAUSAS DEL AUMENTO DE VOLUMEN Y EL DOLOR, ASÍ COMO LA FLORA BACTERIANA ENCONTRADA EN ÉSTAS - LESIONES. UNO DE LOS MISTERIOS ES PRECISAMENTE LA INFLUENCIA EXISTENTE EN EL MEDIO AMBIENTE LOCAL QUE PROVOCA LA FORMACIÓN DE UN EXUDADO PURULENTO LOCALIZADO.

EL PASO DE BACTERIAS DE UNA LESIÓN CRÓNICA, EN ESTADO -  
LATENTE, HACIA LOS TEJIDOS CONECTIVOS PROFUNDOS, INDUDABLEMEN  
TE ALTERA LA NATURALEZA DE LA REACCIÓN. PUEDE ENTONCES FOR-  
MARSE UNA LESIÓN AGUDA.

## DIABETES.

SE HAN OBSERVADO MICROABSCESES EN LAS ENCÍAS DE PACIEN-  
TES QUE PADECEN DIABETES SACARINA AVANZADA. SIN EMBARGO, ÉS  
TOS NO PARECEN SER IGUALES A LOS CONOCIDOS CLINICAMENTE COMO  
ABSCESES PERIODONTALES. LA TENDENCIA DE LOS DIABÉTICOS A -  
FORMAR INFECCIONES PURULENTAS, LOS HACE SUSCEPTIBLES A LOS -  
ABSCESES PERIODONTALES AGUDOS. AL ENCONTRARSE VARIAS DE ÉS-  
TAS LESIONES AGUDAS DEBEN HACER SOSPECHAR DE UNA DIABETES NO  
CONTROLADA EN EL PACIENTES.

## BRUXISMO PERNICIOSO O BRICOMANIA.

LA DISPOSICIÓN DE LOS TEJIDOS EN LA ZONA DE LAS FURCA--  
CIONES DE DIENTES MULTIRRADICULARES LOS HACE ESPECIALMENTE -  
VULNERABLES A LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS. EL LIGAMENTO  
PERIODONTAL DENTRO DEL ÁREA DE LA FURCACIÓN SE ENCUENTRA CON  
FINADO ENTRE ÉSTA Y EL TABIQUE ÓSEO.

LA REACCIÓN HABITUAL DE LOS TEJIDOS BLANDOS A ESTOS TRAU-  
MATISMOS ES AUMENTAR SU VOLUMEN. DEBIDO A LA DISPOSICIÓN DE  
LOS TEJIDOS, EL INCREMENTO DEL VOLUMEN PROVOCA LA EXTRUSIÓN  
DEL DIENTE, LO QUE AGRAVA AÚN MÁS EL TRAUMATISMO. SI EXISTE  
ALGUNA LESIÓN DEL APARATO DE INSERCIÓN, LA REACCIÓN PUEDE SER  
LA EXACERBACIÓN AGUDA DE LA BOLSA, LO QUE DA POR RESULTADO -  
LA FORMACIÓN DE UN ABSCESO PERIODONTAL.



EN PACIENTES CON ABSCEOS MÚLTIPLES EN VARIOS DIENTES - SEPARADOS AMPLIAMENTE ENTRE SÍ EN ESTADO DE EXACERBACIÓN SIMULTÁNEA EXISTE UN TRAUMA MASIVO, YA SEA DEBIDO A BRUXISMO, BRICOMANÍA, O A AMBOS.

### CARACTERISTICAS CLINICAS.

EN CONCOMITANCIA CON EL ABSCESO PERIODONTAL AGUDO HAY - SÍNTOMAS COMO DOLOR IRRADIADO PULSÁTIL, SENCIBILIDAD EXQUISITA DE LA ENCÍA A LA PALPACIÓN, SENCIBILIDAD DEL DIENTE A LA PERCUSIÓN, MOVILIDAD DENTARIA, LINFOADENITIS Y MANIFESTACIONES GENERALES COMO FIEBRE, LEUCOCITOSIS Y MALESTAR GENERAL.

EL ABSCESO PERIODONTAL AGUDO APARECE COMO UNA ELEVACIÓN OVOIDEA DE LA ENCÍA EN LA ZONA LATERAL DE LA RAÍZ. LA ENCÍA ES EDEMÁTICA Y ROJA, CON UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. LA FORMA Y LA CONSISTENCIA DE LA ZONA ELEVADA VARÍAN, PUEDE TENER FORMA DE CÚPULA Y SER RELATIVAMENTE FIRME, O PUNTIAGUDA Y BLANDA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, ES POSIBLE EXPULSAR PUS DEL MARGEN GINGIVAL MEDIANTE PRESIÓN DIGITAL SUAVE.

DE CUANDO EN CUANDO, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE - ABSCESO PERIODONTAL AGUDO SIN LESIÓN CLÍNICA NOTABLE ALGUNA O MANIFESTACIONES RADIOGRÁFICAS, YA QUE NINGÚN PADECIMIENTO AGUDO SE LOGRA VER RADIOGRÁFICAMENTE.

### TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIODONTAL AGUDO

EL PRIMER OBJETIVO AL TRATAR LA LESIÓN AGUDA ES ESTABLECER DRENAJE. AL IGUAL QUE CON MUCHAS INFECCIONES PIÓGENAS AGUDAS, LA LIBERACIÓN DE LA PRESIÓN MEDIANTE LA EVACUACIÓN DEL

PUS, EJERCE UN EFECTO SALUDABLE SOBRE LA LESIÓN. EL DOLOR - SE ALIVIA, LA HINCHAZÓN SE RESUELVE Y EL DIENTE EXTRUIDO SE REGRESA A SU POSICIÓN NORMAL, LA MOVILIDAD SE REDUCE.

EL DRENAJE PUEDE ESTABLECERSE DE DOS FORMAS:

1.- ENCONTRANDO EL ORIFICIO DE LA BOLSA OCLUIDA Y ABRIENDO SUAVEMENTE LA ABERTURA, DE TAL MANERA QUE PUEDA EVACUARSE EL PUS CON LA INSTRUMENTACIÓN.

2.- MEDIANTE LA INCISIÓN Y DRENAJE TRADICIONALES.

EL ENCONTRAR LA ABERTURA DE LA BOLSA NO SIEMPRE ES FACIL. DEBIDO A LA DISTENCIÓN DE LOS TEJIDOS, CUALQUIER PENETRACIÓN RESULTA DIFÍCIL. EL METODO MÁS EFECTIVO REQUIERE EL SONDEO CIRCUNFERENCIAL CUIDADOSO DE LA BASE DEL SURCO EN LA ENCÍA - QUE RODEA AL DIENTE, EMPLEANDO UNA SONDA FINA CON PRESIÓN INSISTENTE PERO SUAVE. CON FRECUENCIA, LA SONDA PENETRARÁ EN UNA CAVIDAD CAVERNOSA PROVOCANDO LA SALIDA DE PUS.

HABIENDO PENETRADO EN LA ABERTURA, RESULTA FÁCIL ENSANCHARLA PARA PERMITIR LA PENETRACIÓN DE UNA LIMA PERIODONTAL PLANA Y ANGOSTA QUE SIRVE, NO SOLAMENTE PARA ABRIR MÁS EXTENSAMENTE EL ORIFICIO, SINO QUE TAMBIÉN COMIENZA LA DESBRIDACIÓN RADICULAR. ESTA LIMA ES SEGUIDA FÁCILMENTE POR UN RASPADOR O CURETA ANGOSTA QUE SUELE TERMINAR LA LABOR DE EXTENDER EL ORIFICIO DE LA BOLSA, POSIBILITANDO LA EVACUACIÓN DE GRAN CANTIDAD DE PUS. LA DISTENCIÓN DE LA BOLSA RESULTA MÁS FACIL DESDE EL PRINCIPIO SI SE REDUCE LA PRESIÓN INTERNA DENTRO DE LA BOLSA MEDIANTE LA EVACUACIÓN DEL PUS.

EL SEGUNDO MÉTODO PARA EL MANEJO DE UN ABSCESO PERIODONTAL AGUDO ES MEDIANTE LA INCISIÓN Y EL DRENAJE, SIN INTENTAR

PENETRAR EN LA ABERTURA DE LA BOLSA. ESTE MÉTODO ES MÁS RÁPIDO Y EN OCACIONES MÁS DOLOROSO. LA INCISIÓN TIENDE A CICA TRIZAR Y CERRARSE NUEVAMENTE CREANDO UNA BOLSA PERIODONTAL - OCLUIDA.

PARA EVITAR TAL CONTINGENCIA, EL OPERADOR DEBERÁ EXTEN- DER Y DISTENDER LA INCISIÓN LO MÁXIMO POSIBLE.

EN AMBOS MÉTODOS, LA EVACUACIÓN COMPLETA DEL CONTENIDO DE LA BOLSA ES MUY DESEABLE PARA DAR FIN A LA FASE AGUDA. - EL ÍNDICE DE PÉRDIDA ÓSEA DEBIDO A UN INFILTRADO INFLAMATO-- RIO AGUDO ES MÁS RÁPIDO Y EXTENSO. MIENTRAS QUE ÉSTA PÉRDI- DA PUEDE SER REVERSIBLE, EN OCACIONES DESPUÉS DEL TRATAMIE- NTO EXITOSO DE LA BOLSA, DEBERÁN TOMARSE TODAS LAS PRECAUCIO- NES POSIBLES PARA EVITAR LA NUEVA EXACERBACIÓN DE LA LESIÓN. POR ESO, CUANDO SE TRATE LA LESIÓN AGUDA DEBERÁ HACERSE EN - FORMA COMPLETA Y EFECTIVA.

UNA VEZ QUE HAYA PASADO LA FASE AGUDA, QUEDARÁ UNA LE-- SIÓN INFLAMATORIA CRÓNICA QUE DEBERÁ SER TRATADA.

LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS CONSTITUYE UN SISTEMA RACIONAL Y HABITUAL PARA DAR APOYO AL TRATAMIENTO DEL ABSCE- SO PERIODONTAL. LA UTILIZACIÓN DE TETRACICLINAS ES COMÚN Y EFECTIVA.

CAPITULO VI

# GINGIVITIS ULCERONECROSANTE

## AGUDA (GUNA)

LA DENOMINACIÓN GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA (GUNA) CONNOTA UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA DESTRUCTIVA DE LA ENCÍA QUE PRESENTA SIGNOS Y SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS.

OTROS NOMBRES CON QUE SE CONOCE ESTA LESIÓN SON: INFECCIÓN DE VINCENT, BOCA DE TRINCHERA, GINGIVITIS ULCERATIVA AGUDA, ESTOMATITIS DE VINCENT, ESTOMATITIS DE PLAUT - VINCENT, GINGIVITIS MARGINAL FUSOSPIRILAR, BOCA DOLOROSA PÚTRIDA, ESTOMATITIS ESPIROQUETAL, Y OTROS.

LA ENFERMEDAD FUÉ RECONOCIDA YA EN EL SIGLO IV A. C. - POR JENOFONTE, QUIEN MENCIONÓ QUE LOS SOLDADOS GRIEGOS SE HALLABAN AFECTADOS DE " DOLOR DE BOCA " Y ALIENTO FÉTIDO. JOHN HUNTER, EN 1778, DESCRIBE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y LOS DIFERENCIA DEL ESCORBUTO Y DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA.

SE PRODUJO EN FORMA EPIDÉMICA EN EL EJÉRCITO FRANCÉS EN EL SIGLO XIX, Y EN 1886 HERSCH EXPLICA ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA ENFERMEDAD, COMO NÓDULOS LINFÁTICOS AGRANDADOS, FIEBRE, MALESTAR Y AUMENTO DE LA SALIVACIÓN.

EN 1890, PLAUT Y VINCENT DESCRIBEN LA ENFERMEDAD Y ATRIBUYEN SU ORIGEN A LAS BACTERIAS FUSIFORMES Y ESPIROQUETAS. - DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX SE LE CONOCIÓ CON EL NOMBRE DE INFECCIÓN DE VINCENT, PERO LA DENOMINACIÓN ACTUAL ES GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

## ETIOLOGIA

PLAUT Y VINCENT, EN 1894 Y 1896, RESPECTIVAMENTE, INTRODUJERON EL CONCEPTO DE QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ERA CAUSADA POR BACTERIAS ESPECÍFICAS, A SABER, EL BACILO FUSIFORME Y LA ESPIROQUETA.

TODAVÍA LAS OPINIONES DIVERGEN RESPECTO A SI LAS BACTERIAS SON LOS FACTORES CAUSALES PRIMARIOS EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. ALGUNAS OBSERVACIONES RESPALDAN EL CONCEPTO DE LA ETIOLOGÍA PRIMARIA: SIEMPRE SE HALLAN ESPIROQUETAS Y BASILOS FUSIFORMES EN LA ENFERMEDAD; TAMBIÉN INTERVIENEN OTROS MICROORGANISMOS DESCRITOS COMO UN COMPLEJO FUSOSPIROQUETAL QUE CONSTA DE TREPONEMA MICRODENTIIUM, ESPIROQUETAS INTERMEDIAS, BORRELIA BUCALIS, BASILOS FUSIFORMES Y MICROORGANISMOS FILAMENTOSOS, ADEMÁS DEL BACILO FUSIFORME Y DE BORRELIA VINCENTII.

NO SE HA ESTABLECIDO LA ETIOLOGÍA ESPECÍFICA DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. PREVALECE LA OPINIÓN DE QUE ES UNA DE UN GRUPO DE ENFERMEDADES FUSOSPIROQUETALES.

AUNQUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE PUEDE APARECER EN BOCAS SANAS, LO MÁS FRECUENTE ES QUE SE SUPERPONGA A LA ENFERMEDAD GINGIVAL CRÓNICA PREEXISTENTE Y A BOLSAS PERIODONTALES. LA INFLAMACIÓN CRÓNICA OCACIONA ALTERACIONES CIRCULATORIAS Y DEGENERATIVAS QUE AUMENTAN LA SUSCEPTIBILIDAD A LA INFECCIÓN. CUALQUIER FACTOR LOCAL CAPAZ DE INDUCIR INFLAMACIÓN GINGIVAL CRÓNICA PUEDE PREDISPONER A LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

LAS BOLSAS PERIODONTALES PROFUNDAS Y LOS COLGAJOS PERI-CORONARIOS SON PARTICULARMENTE VULNERABLES A LA ENFERMEDAD, PORQUE OFRECEN UN MEDIO AMBIENTE FAVORABLE PARA LA PROLIFERACIÓN DEL COMPLEJO FUSOSPIROQUETAL.

LAS ENFERMEDADES GENERALES DEBILITANTES PUEDEN PREDISPONER LA ENCÍA A LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. ENTRE ÉSTAS ALTERACIONES GENERALES ESTÁ LA INTOXICACIÓN METÁLICA, CAQUEXIA, ORIGINADA POR ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO SÍFILIS O CANCER, AFECCIONES GASTROINTESTINALES SEVERAS, COMO COLITIS ULCEROSA, DISCRASIAS SANGUÍNEAS COMO LA LEUCEMIA Y LA ANEMIA, GRIPE Y RESFRIADO COMÚN.

LOS FACTORES PSICOSOMÁTICOS SON IMPORTANTES EN LA ETIOLOGÍA DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. ES FRECUENTE QUE LA ENFERMEDAD SE PRODUZCA CUANDO HAY ESTADOS DE TENSIÓN, COMO EL INGRESO AL EJÉRCITO O EN ÉPOCA DE EXÁMENES.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SE SUELE PRODUCIR EN GRUPOS, CON CARACTERÍSTICAS DE EPIDEMIA. EN UNA ÉPOCA SE LE CONSIDERÓ CONTAGIOSA, PERO ELLO NO HA SIDO COMPROBADO.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA APARECE EN TODAS LAS EDADES, PERO SE PRESENTA CON MÁS FRECUENCIA EN PERSONAS DE 15 A 30 AÑOS, ESTO ES EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES.

EL HECHO DE QUE LA ENFERMEDAD APAREZCA EN BROTES CON CARACTERÍSTICAS DE EPIDEMIA NO SIGNIFICA QUE ES NECESARIAMENTE CONTAGIOSA. ES POSIBLE QUE LOS GRUPOS AFECTADOS ADQUIERAN LA ENFERMEDAD POR LA EXISTENCIA DE FACTORES PREDISPONENTES COMUNES Y NO PORQUE SE PROPAGA DE UNA PERSONA A OTRA.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LA GINGIVITIS ULCERONECROZANTE SE CARACTERIZA POR LA APARICIÓN REPENTINA, FRECUENTEMENTE DESPUÉS DE UNA ENFERMEDAD DEBILITANTE O INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. A VECES, LOS PACIENTES RELATAN QUE APARECE POCO DESPUÉS QUE SE HAN LIMPIADO LOS DIENTES. LA MODIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS DE VIDA, TRABAJO INTENSO SIN EL DESCANZO ADECUADO Y LA TENCIÓN PSICOLÓGICA SON ELEMENTOS FRECUENTES DE LA HISTORIA DEL PACIENTE.

LAS LESIONES CARACTERÍSTICAS SON: DEPRESIONES CRATERIFORMES SOCAVADAS EN LA CRESTA DE LA ENCÍA QUE ABARCAN LA PAPILA INTERDENTARIA, LA ENCÍA MARGINAL O AMBAS. LA SUPERFICIE DE LOS CRÁTERES GINGIVALES ESTÁ CUBIERTA POR UNA SEUDOMEMBRANA GRIS, SEPARADA DEL RESTO DE LA MUCOSA GINGIVAL POR UNA LÍNEA ERITEMATOSA DEFINIDA. EN ALGUNOS CASOS, QUEDAN SIN EL MARGEN GINGIVAL, QUE ES ROJO BRILLANTE Y HEMORRÁGICO. LAS LESIONES CARACTERÍSTICAS DESTRUYEN PROGRESIVAMENTE LA ENCÍA Y LOS TEJIDOS PERIODONTALES SUBYACENTES.

EL OLOR FÉTIDO, EL AUMENTO DE LA SALIVACIÓN Y LA HEMORRAGIA GINGIVAL ESPONTÁNEA O HEMORRAGIA ABUNDANTE ANTE EL ESTÍMULO MÁS LEVE SON OTROS SIGNOS CLÍNICOS.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SE PRODUCE EN BOCAS SANAS O SUPERPUESTAS A LA GINGIVITIS CRÓNICA O A BOLSAS PERIODONTALES. LA LESIÓN PUEDE CIRCUNSCRIBIRSE A UN SOLO DIENTE, A UN GRUPO DE DIENTES A ABARCAR TODA LA BOCA.

ES RARA EN BOCAS DESDENTADAS, PERO A VECES SE PRODUCEN LESIONES ESFÉRICAS AISLADAS EN EL PALADAR BLANDO.



LAS LESIONES SON EN SUMO GRADO SENSIBLES AL TACTO Y EL PACIENTE SE QUEJA DE UN DOLOR CONSTANTE, IRRADIADO, CORROSIVO, QUE SE INTENSIFICA AL CONTACTO CON ALIMENTOS CONDIMENTADOS O CALIENTES Y CON LA MASTICACIÓN. HAY UN SABOR METÁLICO DESAGRADABLE Y EL PACIENTE TIENE CONCIENCIA DE UNA CANTIDAD EXCESIVA DE SALIVA PASTOSA. SE DESCRIBE UNA SENSACIÓN CARACTERÍSTICA DE DIENTES COMO ESTACAS DE MADERA.

LOS PACIENTES, POR LO GENERAL, SON AMBULATORIOS, CON UN MÍNIMO DE COMPLICACIONES GENERALES. LINFADENOPATÍA LOCAL Y AUMENTO LEVE DE TEMPERATURA SON CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS ESTADIOS LEVE Y MODERADO DE LA ENFERMEDAD. EN LOS CASOS GRAVES HAY COMPLICACIONES ORGÁNICAS MARCADAS, COMO FIEBRE ALTA, PULSO ACELERADO, LEUCOCITOSIS, PÉRDIDA DEL APETITO Y DECAIMIENTO GENERAL.

LAS REACCIONES GENERALES SON MÁS INTENSAS EN NIÑOS. ES FRECUENTE EL INSOMNIO, ESTREÑIMIENTO, ALTERACIONES GASTROINTESTINALES, CEFALÉAS Y DEPRESIÓN MENTAL ACOMPAÑAN EL CUADRO.

LA EVOLUCIÓN CLÍNICA SI NO SE REALIZA EL TRATAMIENTO -- PUEDE TENER POR CONSECUENCIA DESTRUCCIÓN PROGRESIVA DEL PERIODONTO Y DENUDACIÓN DE LAS RAÍCES.

## TRATAMIENTO

EN LA PRIMERA VISITA EL DENTISTA DEBE OBTENER UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, INCLUYENDO EN ELLA ENFERMEDAD DES RECIENTES, CONDICIONES DE VIDA, DIETA, TIPO DE TRABAJO, HORAS DE REPOSO Y TENSIÓN MENTAL. SE OBSERVA EL ASPECTO GENERAL, EL ESTADO NUTRICIONAL APARENTE, SENSIBILIDAD Y SE TOMA

## LA TEMPERATURA DEL PACIENTE.

SE EXAMINA LA CAVIDAD BUCAL PARA HALLAR LAS LESIONES CARACTERÍSTICAS DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, SU DISTRIBUCIÓN Y LA POSIBLE AFECCIÓN DE LA REGIÓN BUCOFARÍNGEA.

UNA VEZ ESTABLECIDO EL DIAGNÓSTICO, SE TRATA AL PACIENTE COMO NO AMBULATORIO O COMO AMBULATORIO, SOBRE LA BASE DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

**PACIENTES NO AMBULATORIOS:** ESTOS SON PACIENTES CON SÍNTOMAS DE TOXICIDAD GENERALIZADA; COMO FIEBRE ALTA, LACITUD Y MALESTAR; MUCHAS VECES ES PRECISO GUARDAR CAMA, Y NO SE HACE EL TRATAMIENTO EXTENSO EN EL CONSULTORIO HASTA QUE REMITAN LOS SÍNTOMAS GENERALES.

**PACIENTES AMBULATORIOS:** EN ÉSTOS PACIENTES, SUELE HABER LINFADENOPATÍA GENERALIZADA Y TEMPERATURA LEVEMENTE ELEVADA, PERO NO COMPLICACIONES ORGÁNICAS SERIAS.

## TRATAMIENTO PRELIMINAR DE PACIENTES NO AMBULATORIOS

### PRIMER DIA.

1.- EL TRATAMIENTO LOCAL SE LIMITA A LA LIMPIEZA SUAVE DE LA MEMBRANA SEUDONECRÓTICA CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN SATURADA EN AGUA OXIGENADA.

2.- SE ACONSEJA AL PACIENTE QUE GUARDE CAMA Y QUE SE ENJUAGE LA BOCA CADA DOS HORAS CON UNA MEZCLA POR PARTES IGUALES DE AGUA TIBIA Y AGUA OXIGENADA. PARA LA ACCIÓN ANTIBIÓTICA SISTEMÁTICA, SE ADMINISTRA PENICILINA INTRAMUSCULAR EN

DOSIS DE 300 000 UNIDADES O EN TABLETAS DE 250 MG. CADA 4 HORAS. A PACIENTES SENSIBLES A LA PENICILINA, SE INDICAN OTROS ANTIBIÓTICOS, COMO LA ERITROMICINA.

SE DEBE CONTROLAR AL PACIENTE AL DÍA SIGUIENTE. NO ES APROPIADO QUE EL PACIENTE SIGA UN TRATAMIENTO EN SU CASA DURANTE UN PERÍODO PROLONGADO YA QUE PUEDE HABER UNA REACCIÓN INTENSA A LOS ANTIBIÓTICOS Y LOS ENJUAGATORIOS DE AGUA OXIGENADA PUEDEN PRODUCIR UN ERITEMA DIFUSO Y ULCERACIÓN DE LA MUCOSA BUCAL E HINCHAZÓN DE LA LENGUA.

#### SEGUNDO DIA.

SI EL PACIENTE HA MEJORADO, SE PROCEDERÁ A REALIZAR EL TRATAMIENTO QUE SE DESCRIBIRÁ MÁS ADELANTE PARA LOS PACIENTES AMBULATORIOS. SI NO HAY MEJORÍA AL FINAL DE LAS 24 HORAS, - HAY QUE HACER UNA VISITA AL DOMICILIO DEL PACIENTE. SE CONTROLARÁ EL ESTADO BUCAL, LA POSIBILIDAD DE AFECCIÓN BUCOFARÍNGEA Y LA TEMPERATURA DEL PACIENTE. SE LIMPIA NUEVAMENTE LA ENCÍA SUAVEMENTE CON AGUA OXIGENADA Y SE REPITEN LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES. DEBE HABER COMUNICACIÓN A LAS 24 HORAS.

#### TERCER DIA.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EN ÉSTE MOMENTO HAY UNA MEJORÍA DEL PACIENTE Y SE COMIENZA EL TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS.

## TRATAMIENTO DE PACIENTES AMBULATORIOS.

EL TRATAMIENTO QUE SIGUE ES PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y PARA PACIENTES INICIALMENTE NO AMBULATORIOS QUE RESPONDIERON SATISFACTORIAMENTE AL TRATAMIENTO PRELIMINAR.

### PRIMER DIA.

EL TRATAMIENTO SE LIMITA A LAS ZONAS MÁS ATACADAS, QUE SE AÍSLAN CON ROLLOS DE ALGODÓN Y SE SECAN. SE APLICA ANESTESIA TÓPICA, Y DESPUÉS DE DOS O TRES MINUTOS SE LIMPIAN LAS ZONAS SUAVEMENTE CON TORUNDAS DE ALGODÓN PARA ELIMINAR LA SEUDOMEMBRANA Y LOS RESIDUOS SUPERFICIALES NO ADHERIDOS. CADA TORUNDA SE UTILIZA EN UNA PEQUEÑA ZONA Y SE DESCARTA; NO SE HACEN MOVIMIENTOS DE BARRIDO SOBRE ZONAS AMPLIAS. DESPUÉS DE LIMPIAR CON AGUA TIBIA, SE ELIMINAN LOS CALCULOS SUPERFICIALES.

EN ÉSTE MOMENTO ESTÁN CONTRAINDICADOS EL RASPAJE Y CURETAJE PROFUNDOS, POR LA SENSIBILIDAD DE EXTENDER LA INFECCIÓN HACIA TEJIDOS MÁS PROFUNDOS Y CAUSAR BACTEREMIA. SALVO QUE EXISTA UNA URGENCIA, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS COMO EXTRACCIONES, GINGIVECTOMÍAS, ETC, SE POSTERGAN HASTA DESPUÉS DE CUATRO SEMANAS.

SE LE DEBE DE INFORMAR AL PACIENTE SOBRE LA AMPLITUD DEL TRATAMIENTO, TAMBIÉN SOBRE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL QUE TAMBIÉN DEBE SER ELIMINADA PARA IMPEDIR LA REPETICIÓN DE LOS SÍNTOMAS AGUDOS. EL PACIENTE DEBE VOLVER A LAS 24 HORAS.

EL PACIENTE DEBE DE EVITAR EL TABACO, EL ALCOHOL Y LOS CONDIMENTOS, DEBE HACER ENJUAGES CON UNA MEZCLA POR PARTES IGUALES DE AGUA OXIGENADA Y AGUA TIBIA CADA DOS HORAS, EL CEPILLADO Y LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SUPERFICIALES SERÁ SUAVE YA QUE SI ES EXAGERADO SERÁ MUY DOLOROSO, SE RECOMENDARÁ EL USO DE HILO DENTAL.

#### SEGUNDO DIA.

POR LO GENERAL EL ESTADO DEL PACIENTE HA MEJORADO; EL DOLOR DISMINUYE O DESAPARECE. LOS MÁRGENES GINGIVALES DE LAS ZONAS ATACADAS ESTÁN ERITEMATOSOS, PERO NO PRESENTAN LA SEUDOMEMBRANA SUPERFICIAL. SE REALIZA LO MISMO QUE EL DÍA ANTERIOR. LA RETRACCIÓN DE LA ENCÍA PUEDE DEJAR EXPUESTOS CÁLCULOS, QUE SE ELIMINAN JUNTO CON UN CURETAJE SUAVE DE LA ENCÍA. SE LE INDICARÁ AL PACIENTE QUE SIGA CON LO MISMO DEL DÍA ANTERIOR.

#### TERCER DIA.

EL PACIENTE POR LO GENERAL YA NO PRESENTA SÍNTOMA ALGUNO. HAY TODAVÍA CIERTO ERITEMA EN LAS ZONAS ATACADAS Y LA ENCÍA PUEDE ESTAR ALGO ADOLORIDA A LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL. SE REPETIRÁ EL RASPAJE Y EL CURETAJE. SE ENSEÑAN AL PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL DE PLACA, FUNDAMENTALES PARA EL ÉXITO DE LA SALUD PERIODONTAL. EN ÉSTE DÍA SE SUSPENDERÁN LOS BUCHES DE AGUA OXIGENADA.

#### CUARTO DIA.

SE RASPAN Y ALISAN LAS SUPERFICIES DENTARIAS DE LAS ZONAS AFECTADAS Y SE CONTROLA EL CEPILLADO, CORRIENDOSE SI ES NECESARIO.

#### QUINTO DIA.

ES FRECUENTE QUE EL TRATAMIENTO SE SUSPENDA EN ÉSTE MOMENTO PORQUE HA DESAPARECIDO EL ESTADO AGUDO, PERO ES AHORA CUANDO DEBERÍA COMENZAR EL TRATAMIENTO DEL PROBLEMA PERIODONTAL CRÓNICO DEL PACIENTE. SE ESTABLECEN LAS FECHAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS CRÓNICA, BOLSAS PERIODONTALES Y CAPUCHONES PERICORONARIOS, Y LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE IRRITACIÓN LOCAL, MÁS EL AJUSTE OCLUSAL, SI FUERA NECESARIO.

EN PACIENTES QUE NO PRESENTEN OTRA ENFERMEDAD GINGIVAL QUE LA LESIÓN AGUDA TRATADA SE CITAN PARA LA SIGUIENTE SEMANA, SI EL ESTADO ES SATISFACTORIO SE CITA AL PACIENTE PARA DENTRO DE UN MES, PARA HACER LA REVICIÓN NECESARIA.

#### ANTIBIOTICOS POR VIA GENERAL EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

SE ADMINISTRAN ANTIBIÓTICOS POR VÍA GENERAL EN PACIENTES QUE PRESENTAN COMPLICACIONES SISTEMÁTICAS TÓXICAS O ADENOPATÍA LOCAL, PERO NO SE ACONSEJA SU EMPLEO TÓPICO, DEBIDO AL RIESGO DE CREAR SENSIBILIZACIÓN. LA PENICILINA PROCAÍNA G ES LA DROGA DE ELECCIÓN, PUEDE ADMINISTRARSE EN TABLETAS O CAP-

SULAS DE 400 000 UNIDADES CADA 3 HORAS O POR INYECCIÓN INTRA MUSCULAR 300 000 UNIDADES REPETIDAS A INTERVALOS DE 24 HORAS.

A PACIENTES SENSIBLES A LA PENICILINA, SE UTILIZAN OTROS ANTIBIÓTICOS COMO LA ERITROMICINA O LINCOMICINA, 250 MG. CUATRO VECES AL DÍA.

SE CONTINÚA CON LOS ANTIBIÓTICOS HASTA QUE DESAPAREZCAN LAS COMPLICACIONES GENERALES O LA LINFADENOPATÍA LOCAL. LA PENICILINA POR VÍA GENERAL TAMBIÉN PRODUCE CIERTA DISMINUCIÓN DE LA FLORA BACTERIANA BUCAL Y EL ALIVIO TEMPORAL DE LOS SÍNTOMAS BUCALES, PERO ÉSTO ES SOLO UN COMPLEMENTO DEL TRATAMIENTO LOCAL COMPLETO QUE DEMANDA LA ENFERMEDAD.

CAPITULO VII



# GINGIVOESTOMATITIS

## HERPÉTICA AGUDA

ESTA ES UNA DE LAS FORMAS MÁS COMÚN DE INFECCIÓN GINGIVAL AGUDA EN LA NIÑEZ. CON FRECUENCIA, SE PRODUCE COMO SECUELA DE UNA INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS.

### ETIOLOGIA.

LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA ES UNA INFECCIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL CAUSADA POR EL VIRUS HERPES SIMPLEX. FRECUENTEMENTE, INFECCIONES BACTERIANAS SECUNDARIAS COMPLICAN EL CUADRO CLÍNICO. LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA APARECE CON MAYOR FRECUENCIA EN LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS, PERO TAMBIÉN SE VE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS. SU FRECUENCIA ES IGUAL EN HOMBRES QUE EN MUJERES.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LAS AFECCIONES APARECEN COMO UNA LESIÓN DIFUSA, ERITEMATOSA Y BRILLANTE DE LA ENCÍA Y LA MUCOSA BUCAL Y HEMORRAGIA GINGIVAL. EN EL PERÍODO PRIMARIO, SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE VESÍCULAS CIRCUNSCRITAS ESFÉRICAS GRISES, QUE SE LOCALIZAN EN LA ENCÍA, MUCOSA LABIAL O BUCAL, PALADAR BLANDO, FARINGE, MUCOSA SUBLINGUAL Y LENGUA.

APROXIMADAMENTE A LAS 24 HORAS, LAS VESÍCULAS SE ROMPEN Y DAN LUGAR A PEQUEÑAS ÚLCERAS DOLOROSAS CON UN MARGEN ROJO, ELEVADO A MODO DE HALO Y UNA PORCIÓN CENTRAL HUNDIDA, AMARI-

LLENTA O GRISÁSEA. ELLO SE PRODUCE EN ÁREAS BIEN SEPARADAS UNA DE OTRA O EN GRUPOS QUE CONFLUYEN.

A VECES, LA GINGIVITIS HERPÉTICA AGUDA SE PRESENTA SIN UNA ETAPA VESICULAR DEFINIDA. EL CUADRO CLÍNICO COMPRENDE - UNA COLORACIÓN ERITEMATOSA DIFUSA BRILLANTE Y AGRANDAMIENTOS EDEMATOSOS DE LA ENCÍA CON TENDENCIA A LA HEMORRAGIA.

LA ENFERMEDAD DURA ENTRE 7 Y 10 DÍAS. EL ERITEMA GINGIVAL DIFUSO Y EL EDEMA, QUE APARECEN PRIMERO EN LA ENFERMEDAD, PERSISTEN ALGUNOS DÍAS DESPUÉS QUE LAS ÚLCERAS HAN CURADO.

NO QUEDAN CICATRICES DONDE CURARON LAS ÚLCERAS.

LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA PUEDE TENER UNA FORMA LOCALIZADA, QUE APARECE DESPUÉS DE PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS EN LA CAVIDAD BUCAL.

LAS SUPERFICIES DE LA MUCOSA BUCAL TRAUMATIZADAS POR ROLLOS DE ALGODÓN O POR PRESIÓN DIGITAL EN EL TRANSCURSO DE - PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS SON LOS LUGARES PREDILECTOS. LA LESIÓN SE PRESENTA UN DÍA O DOS DESPUÉS DEL TRAUMATISMO; HAY ERITEMA DIFUSO BRILLANTE CON MÚLTIPLES VESÍCULAS PUNTIFORMES QUE CUBREN UN ÁREA DELIMITADA CON CLARIDAD DE LA MUCOSA VECINA SANA. LAS VESÍCULAS SE ROMPEN Y FORMAN ÚLCERAS DOLOROSAS. ESTA LESIÓN TARDA DE 7 A 10 DÍAS Y CURA SIN SECUELAS.

LOS SÍNTOMAS BUCALES SON UNA IRRITACIÓN GENERALIZADA DE LA CAVIDAD BUCAL QUE IMPIDE COMER Y BEBER. LAS VESÍCULAS ROTAS SON LOS FOCOS DE DOLOR, QUE SON PARTICULARMENTE SENSIBLES AL TACTO, VARIACIONES TÉRMICAS Y CONDIMENTOS, JUGOS DE FRU--TAS Y AL MOVIMIENTO DE ALIMENTOS ÁSPEROS. EN LOS LACTANTES, LA ENFERMEDAD ESTÁ MARCADA POR IRRITABILIDAD Y RECHAZO DE LOS ALIMENTOS.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EXTRABUCALES Y GENERALES SON QUE JUNTO CON LAS LESIONES BUCALES, HAY MANIFESTACIONES HERPÉTICAS EN LABIOS O CARA, CON VESÍCULAS Y FORMACIÓN DE COSTRAS SUPERFICIALES.

LA ADENITIS CERVICAL, FIEBRE ENTRE 38° C. Y MALESTAR GENERAL SON CARACTERÍSTICAS COMUNES.

UNA INFECCIÓN AGUDA RECIENTE ES UNA CARACTERÍSTICA CORRIENTE DE LA HISTORIA DEL PACIENTE CON GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA. LA LESEÓN SE PRODUCE DURANTE UNA ENFERMEDAD FEBRIL COMO NEUMONÍA, MENINGITIS, GRIPE Y TIFOIDEA, O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE ELLA.

ASIMISMO, HAY UNA TENDENCIA A QUE APAREZCA EN PERÍODOS DE ANSIEDAD, TENSIÓN O AGOTAMIENTO, O DURANTE LA MENSTRUACIÓN.

TAMBIÉN PUEDE HABER EL ANTECEDENTE DE ALGÚN CONTACTO CON PACIENTES CON INFECCIÓN HERPÉTICA DE LA CAVIDAD BUCAL O LABIOS.

EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECE SOBRE LA BASE DE LA HISTORIA DEL PACIENTE Y LOS HALLAZGOS CLÍNICOS. SE PUEDE TOMAR MATERIAL DE LAS LESIONES Y ENVIARLO AL LABORATORIO PARA REALIZAR PRUEBAS CONFORMATORIAS.

LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA ES CONTAGIOSA. LA MAYORÍA DE LOS ADULTOS HAN ADQUIRIDO INMUNIDAD AL VIRUS HERPES-SIMPLEX COMO CONSECUENCIA DE UNA INFECCIÓN DURANTE LA NIÑEZ, QUE EN GRAN PARTE DE LOS CASOS ES SUBCLÍNICA. POR ÉSTA RAZÓN, LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA ES MÁS FRECUENTE EN LACTANTES Y EN NIÑOS PEQUEÑOS.

AUNQUE SE HAYA REGISTRADO GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA RECURRENTE, ESTO NO ES LO CORRIENTE, SALVO QUE LA INMUNIDAD SE DESTRUYA POR EFECTO DE ENFERMEDADES GENERALES DEBILITANTES. LA INFECCIÓN HERPÉTICA DE LA PIEL, COMO EL HERPES LABIAL, SE REPITE.

## TRATAMIENTO DE LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA

PARA EL TRATAMIENTO DE ÉSTA AFECCIÓN SE HAN UTILIZADO DIVERSOS MEDICAMENTOS, QUE INCLUYEN APLICACIONES LOCALES DE CLORURO DE CINC AL 8 POR 100, FENOL ALCANFORADO. SE HAN USADO CON ÉXITO AUREOMICINA COMO ENJUAGATORIO, APLICADO TÓPICAMENTE EN POMADA O ADMINISTRADA SISTEMÁTICAMENTE EN CÁPSULAS DE 250 MG., PARA UNA DOSIS TOTAL DE 3 G. ASIMISMO, SE DESCRIBIÓ COMO MEDIDA TERAPÉUTICA O PREVENTIVA DE RECIDIVAS.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN MEDIDAS PALIATIVAS PARA QUE EL PACIENTE SE SIENTA CÓMODO MIENTRAS LA ENFERMEDAD SIGUE SU EVOLUCIÓN UNOS CUANTOS DÍAS.

SE ELIMINAN LA PLACA, LOS RESIDUOS DE ALIMENTO Y LOS CÁLCULOS SUPERFICIALES PARA REDUCIR LA INFLAMACIÓN QUE COMPLICA LA LESIÓN HERPÉTICA AGUDA. EL TRATAMIENTO PERIODONTAL EXTENSO SE POSPONDRÁ HASTA QUE PASEN LOS SÍNTOMAS AGUDOS PARA EVITAR LA POSIBILIDAD DE EXACERBACIONES.

SE CONSIGUE ALIVIO DEL DOLOR, PARA QUE EL PACIENTE PUEDA ALIMENTARSE, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE CLORHIDRATO DE DICLONINA, BUCHES ANESTÉSICOS QUE VIENEN EN SOLUCIONES DE 0.5 POR 100 QUE PUEDE SER DILUIDA EN AGUA EN PARTES IGUALES. SE MANTIENE EN LA BOCA DURANTE DOS MINUTOS, MOVIENDOLA, PARA

PRODUCIR UN EFECTO ANESTÉSICO QUE DURA APROXIMADAMENTE 40 MINUTOS. ES ÚTIL PARA USAR ANTES DE LAS COMIDAS, PERO SU USO MÁS FRECUENTE NO TIENE EFECTOS TÓXICOS.

PARA EL TRATAMIENTO DE SOPORTE SE INCLUYEN LA INGESTA - ABUNDANTE DE LÍQUIDOS, Y TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICO SISTEMÁTICO ( AUREOMICINA, 250 MG CUATRO VECES AL DÍA ) PARA EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES SISTÉMICAS TÓXICAS. PARA EL ALIVIO DEL DOLOR, SUELE SER SUFICIENTE ASPIRINAS ADMINISTRADAS SISTEMÁTICAMENTE.

## CONCLUSIONES

AL CONCLUIR ESTA TESIS SE HAN ENCONTRADO DATOS INTERESANTES QUE AYUDARÁN A TODO CIRUJANO DENTISTA EN EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ALGUNAS ENFERMEDADES PERIODONTALES AGUDAS.

PARA PODER DIAGNOSTICAR, EVALUAR, Y TRATAR CUALQUIER ENFERMEDAD PERIODONTAL AGUDA ES INDISPENSABLE CONOCER TODAS SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, RADIOGRÁFICAS, ASÍ COMO SU ETIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN.

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

GLICKMAN, IRVING., PERIODONTOLOGIA CLINICA, 4A EDICION,  
EDITORIAL INTERAMERICANA, MEXICO 1972.

GLODMAN, SCHLUGER., TERAPEUTICA PARODONTAL, TRADUCCION DE LA  
4A EDICION, EDITORIAL CONTINENTAL, MEXICO  
1972.

ORBAN, WENTZ EVERETT., PERIODONCIA 3A EDICION, EDITORIAL  
INTERAMERICANA, 1969.

PRICHARD, F. JOHN., TECNICAS EMPLEADAS EN EL TRATAMIENTO PE-  
RIODONTAL, REVISTA DE LA A. D. M. VOL. -  
XXII, No. 2,

SCHLUGER SAUL., ENFERMEDAD PERIODONTAL, EDITORIAL COMPANIA  
EDITORIAL CONTINENTAL S. A., 2A EDICION  
MEXICO, 1982.