

19108

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
*Facultad de Odontología*



**LAS GINGIVITIS. SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
EN LA CONSULTA EXTERNA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**SERGIO VIRUEGA FLAMENCO**

**MARIA DE LOS ANGELES QUIROZ MALDONADO**

**15440**

**MEXICO, D. F.**

**1979**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## I N D I C E

	Pag.
I INTRODUCCION	1
II ANATOMO HISTOLOGIA DEL PARODONTO	3
III GENERALIDADES	13
IV CLASIFICACION DE LAS GINGIVITIS	29
V HISTORIA CLINICA	32
VI DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO	54
VII CONCLUSIONES	67
VIII BIBLIOGRAFIA	69

## TEMA I

### INTRODUCCION

No es difícil ignorar las deficiencias de higiene oral que existen en nuestro país y por ello problemas tales como caries, parodontopatías, pérdida de hueso alveolar y posteriormente la pérdida del órgano dentario.

Por eso es que al presentar esta pequeña tesis, trataremos de ver diferentes métodos, por los cuales nosotros nos percatamos de la enfermedad parodontal.

En muchos de los casos, podremos tener éxito, pero desgraciadamente en muchos otros tendremos fracasos y por consiguiente la pérdida de nuestros preciados órganos dentarios, cosa que no debería suceder, ya que hay métodos preventivos tan sencillos en la higiene oral como son:

- 1.- Cepillado adecuado.
- 2.- Auxiliares como la Seda Dental.
- 3.- Gomas en el extremo del cepillo dental.
- 4.- Mondadientes.

5.- Colutorios.

6.- Pastillas y soluciones reveladoras;

y lo principal, la oportuna asistencia del Cirujano Dentista, que deberá guiar paulatina y cuidadosamente a todos y cada uno de sus pacientes, ya que en nuestra era, tan precipitada y llena de problemas, nos deshumanizamos tanto que tratamos de ver en nuestros pacientes un fomento económico hacia nosotros.

¿Pero en realidad estamos haciendo medicina?

¿Estamos aplicando una Etica Profesional?

y lo más importante:

¿Estamos resolviendo el problema de las vidas que se ponen en nuestras manos?

El objetivo de esta tesis, es hacer notar a futuros Cirujanos Dentistas, la importancia que tiene un buen diagnóstico oportuno y así evitar traumatismos severos e innecesarios a nuestros pacientes y colaborar con un granito más de arena contra el dolor humano.

## TEMA II

### ANATOMO HISTOLOGIA DEL PARODONTO

#### APARATO DE SUSTENTACION DEL ORGANO DENTAL.

*El aparato de sustentación representa la combinación articulada, que es una sindes mosis (unión ósea por ligamento o membrana) auténtica entre el diente, el periodonto y el maxilar. Pertenece al aparato de sustentación con sus manojos fibrosos el cemento del diente, el hueso alveolar - se insertan en el cemento y en el alveolo haces fibrosas - y la encla, -- que proporciona también al diente una cierta sustentación, - pues cierra herméticamente el lugar de salida del diente mediante la gingiva el orificio en el epitelio blando.*

#### EL PERIODONTO.

*El periodonto, en su masa principal, es un tejido dispuesto sistemáticamente en haces y para su estudio se divide en dos estructuras blandas y dos estructuras duras:*

Ligamento Parodontal

a).- Estructuras Blandas

Encla

Cemento Alveolar o Cemento "Radicular"

b).- Estructuras Duras

Hueso Alveolar

ENCIA (Saludable)

Es aquel tejido especializado compuesto por tejido epitelial y una masa densa de tejido conectivo que rodea y protege al diente; por su parte lingual o palatina, se pierde imperceptiblemente por los tejidos subyacentes, y por la parte-vestibular se pierde por la mucosa alveolar, hasta llegar a una línea de demarcación denominada Mucosa Gingival.

La Encla se divide en tres secciones principales que son:

- 1.- Encla Libre o Marginal.
- 2.- Encla Insertada o Masticatoria.
- 3.- Encla Alveolar o Areolar.

La Encla libre Interdentaria, se une por dos papilas -- que tienen forma de pirámide con vértice hacia Cervical, y la unión de estas papilas forma el Col o Collado (es la unión de papilas vestibulares y palatinas o linguales).

ENCIA INSERTADA. Parte por debajo de la papila hasta - la línea Mucó Gingival, se compone de un epitelio escamoso es stratificado queratinizado, relativamente grueso, que recubre una base de tejido conjuntivo fibroso colágeno.

Estas fibras de tejido conjuntivo están firmemente adheridos al cemento y al hueso alveolar subyacentes, en virtud - de su inserción en estos tejidos. Si bien existe un perios--tio, es indispensable de las fibras del tejido conjuntivo que forman la mayor parte de la encla fija.

Las fibras colágenas de la encla fija, llamadas en conjunto aparato fibroso gingival, se han subdividido en cuatro - grupos generales basándose en su topografía. Tres de estos - grupos se insertan directamente en el cemento de la raíz del - diente y pasan por encima del borde alveolar para formar la - masa principal de la encla fija. El otro grupo rodea al dien - te y mantiene estrechamente unido el borde gingival al área - cervical de aquel.



### ADHERENCIA EPITELIAL.

Anteriormente vimos como se dividen -basándose en su topografía- las fibras colágenas y hemos hablado de la unión de la encla al diente, pero como es esta unión, en que parte del diente se lleva a cabo?

Adherencia Epitelial.- Se encuentra en la parte más profunda del surco gingival en el área cervical y es la forma como la encla se une al diente; la adherencia epitelial se forma a través de los ameloblastos reducidos del órgano del esmalte.

En el surco marginal, hacia adentro (adherencia) encontramos dos capas de células que son:

- 1.- Basal
- 2.- Espinoza

En el intersticio gingival se forman intercambios de iones extravasación de líquido o fluido crebicular, que sirve como una lubricación y auto limpieza para esta zona tan importante de nuestros dientes.

Histológicamente, la adherencia epitelial es en donde se une la encla y el diente por medio de Emi-Desmosomas.

(Desmosoma es la unión entre célula y célula o estructura calcificada).

A partir del emidesmosoma la adherencia epitelial se une al diente por medio de fuerzas eléctricas de Van-der-Waals, puentes trídicos y puentes de hidrógeno.

Encla Alveolar.- Es la que se denomina como fondo de saco.

Las diferencias histológicas entre encla insertada o fija y encla alveolar son las siguientes:

La mucosa alveolar, a diferencia de la encla fija, está revestida por una delgada capa de epitelio no queratinizado que descansa sobre una base de tejido conjuntivo que contiene fibras elásticas sueltas y otros elementos celulares. Por eso, la mucosa alveolar no está íntimamente adherido al hueso subyacente y es fácil distinguirla y separarla del Periostio.

La encla fija está bien adaptada para funcionar como tejido marginal capaz de resistir los rigores del paso de alimentos que rebasan el área marginal, así como los traumas asociados.

#### ASPECTO MACROSCOPICO EN CONDICIONES DE SALUD DE LA ENCLIA:

- 1.- Forma.- La forma o arquitectura depende de la implantación de las piezas dentarias.
- 2.- Color.- Depende del grado de vascularidad, del gra-

do del grosor del Epitelio, y del grado de queratinización, (también depende mucho el tipo de raza a que pertenezca el individuo).

- 3.- *Consistencia.*- La textura de la encía debe ser resiliante (con la característica de una cáscara de naranja, que presenta un puntilleo, y que está dado por la interdigitación del tejido conjuntivo con el tejido Epitelial).

#### CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE LA ENCIA EN ESTADO DE-SALUD. (Insertada).

La Encía está compuesta por tejido epitelial y una masa densa de tejido conjuntivo.

El tejido Epitelial de la encía, a su vez está compuesto por cuatro capas de células:

- 1).- La primera capa de células recibe el nombre de capa basal que es una capa de células cuboidales dispuestos en hilera.
- 2).- La Segunda Capa de células recibe el nombre de capa "Espinoza o Germinativa", aquí encontramos células de Lang-Erhans y encontramos también Querato -- hialina.
- 3).- La tercera capa de células recibe el nombre de Ca-

pa Granulosa, donde se van a encontrar los Queratinositos, que van a producir queratina Inmadura o - paraqueratina.

- 4).- La cuarta capa de células recibe el nombre de Capa "Queratinizada o córnea", donde vamos a encontrar gránulos de queratina, esta se descama por ser activada durante la masticación.

#### ASPECTO MICROSCOPICO DE LA ENCIA ALVEOLAR.

Encontramos fibras elásticas, no encontramos queratina.

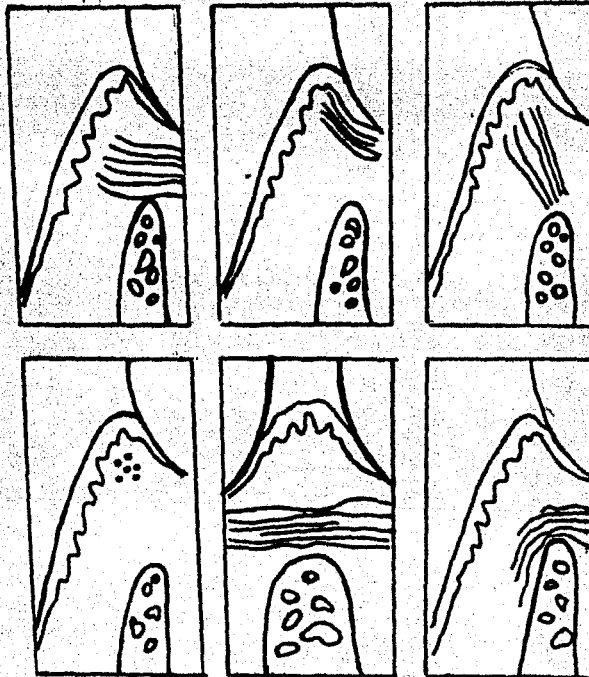
#### Breve Síntesis de la Formación de las Fibras y función del Ligamento Parodontal.

Las fibras del ligamento parodontal se forman a partir de fibroblastos, Estos sintetizan colágena y forman una fibra (plexo intermedio, es la unión de una fibra colágena que nace del cemento del diente con otro que nace del hueso alveolar, - cuando esta fibra colágena se calcifica recibe el nombre de fibra Sharpey.

- a).- Función nutritiva.- Está dada por los vasos capilares que lo irrigan.
- b).- Función sensorial.- Vamos a encontrar dos tipos de fibras nerviosas que son:

- 1).- *Sensitiva.*- Que permite percibir los cambios-  
térmicos.
- 2).- *Propioseptiva.*- Nos permiten una ubicación --  
dentro de la boca.
- 3).- *Física.*- Está dada por las fibras en sí.
- 4).- *Formativa.*- Está dada por:
  - I.- *Osteoblastos*
  - II.- *Fibroblastos*
  - III.- *Cementoblastos*

ESQUEMA DE LOS GRUPOS DE FIBRAS DE TEJIDO CONECTIVO EN LA ZONA DE LA UNION DENTO GINGIVAL.



A y B.- Fibras Dento Gingivales. C.- Fibras Alveolo Gingivales. D.- Fibras Circulares. E.- Fibras Transeptales. F.- Fibras Dento Perioesticas.

1).- *Fibras Dento Gingivales:*

Las fibras de este grupo se extienden desde el cemento-apical hasta la inserción epitelial y corren lateral y coronariamente hacia la lámina propia de la encía.

2).- *Fibras Alveolo Gingivales:*

Las fibras de este pequeño grupo nacen en la cresta alveolar y se insertan coronariamente en la lámina propia.

3).- *Fibras Circulares:*

Este pequeño grupo de fibras rodea los dientes y forman el denominado anillo de Kuliker.

4).- *Grupos Accesorios:*

El grupo de fibras horizontales prominentes que se extiende en sentido interproximal entre dientes vecinos, se denomina transeptales, sirven para mantener el área de contacto de los mismos. En las caras oral y vestibular de los maxilares, un grupo de fibras, denominados Dento Periósticas, se extiende desde el periostio del hueso alveolar hacia el diente.

### TEMA III

#### GENERALIDADES

Con el nombre de *Gingivitis* se denomina una serie de procesos inflamatorios que, por causas directas o indirectas, conocidas o desconocidas, se desarrolla en la encía.

Se clasifican en agudas y crónicas. Pueden producirse por causas locales (traumáticas, químicas, térmicas, microbianas) o por irritaciones bruscas, repetidas, provocadas por cuerpos extraños, que actúan en forma continuada, como el sarro, obturaciones defectuosas, aparatos de prótesis mal adaptados o diseñados o cepillado defectuoso.

Como causas generales actúan las fiebres eruptivas:

- a) Sarampión
- b) Gastroenteritis
- c) Intoxicaciones
- d) Procesos Catarrales
- e) Alteraciones: Sanguíneas y escorbúticas (por falta de vitamina C)



### SINTOMATOLOGIA:

Aparece una coloración de un rojo violáceo, con aumento de volumen y superficie lisa que sangra fácilmente con dolor e incluso aparición de algún exudado purulento y seroso, y algunos pacientes pueden presentar anorexia, debido a que el paso de los alimentos (en algunos casos irritantes) provocan molestias. En algunos casos puede dar lugar a la aparición de pequeñas ulceraciones, extendiéndose el proceso a toda la mucosa (estomatitis).

El olor es característico, fétido.

Existe dolor a la masticación y espontáneamente con un buen tratamiento y eliminación de la causa que lo originó, su evolución es favorable.

Resulta necesaria la aplicación tanto de medidas locales como generales.

Sin un tratamiento adecuado la gingivitis dará lugar a un proceso parodontal de peor pronóstico.

Es muy frecuente la aparición de la gingivitis durante el embarazo, debido a las alteraciones metabólicas y endocrinas que tienen lugar en su transcurso, pero pasando la época de gestación el parodonto normaliza satisfactoriamente.

II: La inflamación de toda la mucosa bucal o la de las encías cursa con hinchazón (dejando los dientes huella en las zonas más irritadas, enrojecimiento de las partes afectadas, lengua sucia, sequedad oral, sensación de quemazón, aparición de membranas, ampollas o úlceras.

En casos más graves hay incluso afectación del estado general, insomnio II:

Este padecimiento además de provocar una falta de continuidad en el proceso parodontal influye en los pacientes psicológicamente ya que su mal aliento, el sangrado espontáneo y el dolor a la masticación impide en ellos una confianza en su personalidad y por ello se abstienen de asistir a convivios sociales.

#### GINGIVITIS MARGINAL

Por lo regular la inflamación clínicamente visible forma parte de la enfermedad gingival por la acción de microorganismos como hemos mencionado anteriormente, encontramos también restos alimenticios o cálculos (irritantes locales).

La inflamación puede localizarse en un grupo de dientes, por ejemplo en los respiradores bucales, la localizaremos en dientes tanto superiores como inferiores anteriores, y es producida por la deshidratación de la mucosa, también la podemos

localizar generalizada cuando en el paciente su problema respiratorio por vía nasal sea más grave (pólipos, sinusitis crónica) o algún hábito que impida la respiración por vía nasal y que provoque un traumatismo constante y severo a la encía. También la reacción inflamatoria depende de la constitución hereditaria y orgánica del individuo, así como de la intensidad y duración de la irritación local.

Es frecuente encontrar recesión, del borde gingival sobre las raíces prominentes en áreas de abrasión por el cepillo y en áreas donde la inserción de frenillos se inserta cerca del borde gingival. Se ha mencionado ya las características de la encía en condiciones normales, pero esta misma encía puede tornarse: dura, turgente, fofa en caso de una hipertrofia o una inflamación.

La característica más simple que nos permite un diagnóstico de la destrucción de las fibras gingivales, es la pérdida del aspecto graneado o cáscara de naranja de la encía, esta puede encontrarse rojiza, y en algunos casos, cuando la enfermedad es referida con mucha antigüedad, puede tomar un color magenta.

En la gingivitis marginal, tanto las papilas como la encía marginal, se hallan afectadas, pero a pesar de esto, no se pierde la limitación entre encía libre, encía insertada y

encia alveolar.

#### GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA.

La *gingivitis difusa generalizada* como su nombre lo indica, afecta a toda la mucosa alveolar. Desaparece la línea de separación de ambos tejidos.

Este tipo de *gingivitis* se da en pacientes con enfermedades generales (ejemplo: debilidad mental) que intensifican la reacción, pero también se observa frecuentemente como extensión del proceso inflamatorio, producido por irritantes superficiales en el área marginal. Esta vía natural del proceso inflamatorio sigue el tejido conjuntivo que sostiene a los vasos sanguíneos de la zona.

Keller y Cohen han demostrado la amplia irrigación sanguínea que va del supra perlostio a la encla.

En los tejidos enfermos puede haber un exudado de carácter seroso, purulento o hemorrágico.

Las hemorragias producidas por el sondeo son debidas a la ulceración del epitelio del surco. La ruptura puede ser dí minuta pero expone los capilares.

### GINGIVITIS HIPERPLASICA.

La gingivitis hiperplásica comienza con una tumefacción de las papilas interdentarias. En el curso consecutivo, el borde gingival engrosado en forma difusa y no raramente en forma de nódulos o tumoral se desvía cada vez más hacia el borde incisal de los dientes. Prolongaciones en forma de dental pueden incluso cubrir las coronas dentarias.

En la denominada fibrosis o fibromatosis gingival, aparece la mucosa endurecida y no raramente tiene la dureza de un cartilago y está pálida.

Histológicamente se encuentra en el periodo precoz una inflamación serosa, después una productiva proliferación, que va acompañada de una gran hiperplasia vascular, de los histiocitos, macrófagos y fibroblastos. A esto se le puede añadir linfocitos y células plasmáticas; durante una tercera fase se llega a la producción de fibras, con lo cual la inflamación puede confundirse o tener aspecto de un fibroma, más aún cuando las fibras colágenas dejan ver un marcado entretelado, el tejido es pobre en células y tiene células redondas aisladas o ninguna.

Tales alteraciones se denominan fibrosis o fibromatosis gingival, y son consideradas por unos autores como una reacción (fibrosis) y, por otros una tumoración auténtica (fibro-

matosis).

La gingivitis hiperplásica y la fibromatosis gingival, se manifiestan no raramente durante la pubertad, la menstruación, el embarazo o la menopausia o durante el climaterio. A su vez pueden desarrollarse -sobre todo como ya hemos hecho notar en las embarazadas- granulomas abundantes en vasos, no raramente pediculados y de tamaño variado, que tienden a recidivar después de la extirpación, pero que desaparece espontáneamente después de nacer el niño. También se pone de manifiesto en ciertas ocasiones, durante el embarazo, el típico cuadro del *épulis* de células gigantes. La gingivitis hiperplásica del embarazo recidiva con cierta frecuencia, tan pronto como comienza una nueva gestación.

Durante los últimos años se le ha prestado una atención especial a la gingivitis (hiperplásica producida por los derivados de la hidantoína (dilantín, zentropil, etc.). Estos preparados disminuyen la predisposición de los epilépticos a los espasmos. Para comprender esto, es importante que los epilépticos estuviesen predispuestos, ya antes de la administración de estos preparados, a tales inflamaciones hiperplásicas de la encía, disposición que mediante el dilantín es aumentada varias veces. Evidentemente existen en los epilépticos trastornos circulatorios acompañados de un trastorno vege

tativo de correlación, quizás también endocrino, que por su parte, y bajo determinadas condiciones, que no conocemos exactamente, favorece el origen de una gingivitis hiperplásica. - Es evidente que la predisposición patológica de los epilépticos aumenta considerablemente mediante el Dilantin.

Mencionaremos como complemento que también los factores irritativos exógenos no tienen una cierta influencia sobre el origen de la gingivitis típica producida por el Dilantin.

#### GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA.

Es conocida también con el término de *Gingivosis* que fue utilizado por Schour y Massher para describir un estado morbozo que se presentó en los niños hambrientos de Italia durante la posguerra, a partir de entonces se ha aplicado este nombre a la gingivitis descamativa crónica, aunque no parece muy adecuado.

Esta enfermedad es una inflamación difusa crónica, que se caracteriza por la descamación del epitelio, dejando por consiguiente el tejido conjuntivo expuesto que es muy sensible al tacto, al paso de alimentos y sangra con mucha facilidad, es característico de la edad media y se observa con frecuencia en mujeres menopáusicas, aunque también se puede ver en hombres. No suele darse en los niños.

Es una enfermedad rara que ataca a las encías palpar, marginal e insertada.

Las zonas de irregularidad de la encía es de un rojo vivo, lisa y brillantes. Cuando se aplica aire o una torunda de algodón (frotando) en la encía, se puede, observar como se descama el tejido epitelial dejando zonas sangrantes, rojizas y dolorosas por la exposición del tejido conectivo expuesto.

Otra característica de esta enfermedad es que comienza con erupciones vesiculares frágiles, experimentando el paciente desagradables sensaciones de ardor, dolor, comezón, rechazo a los alimentos (anorexia), principalmente a los cítricos, condimentos, picantes y bebidas carbonatadas, sienten un sabor salado y en raras ocasiones experimentan dolor espontáneo. NOTA: Todas sus molestias son provocadas.

Las lesiones de esta enfermedad se limitan generalmente a la mucosa vestibular, aunque a veces se producen en la mucosa alveolar o en torno a los dientes en paladar duro y es aún más raro que afecte a sectores desdentados. Hay períodos de remisión espontánea y de exacerbación.

En lo que se refiere al estudio microscópico, se han -- descrito dos tipos (según Glickman y Smulow, 1966).

El tipo liquenoide se caracteriza por:



- a).- Epitelio atrófico.
- b).- Inflamación subepitelial.
- c).- Destrucción de la Membrana Basal.
- d).- Vesículas en la zona de unión y desprendimiento - del epitelio.

En el tipo ampollosa el tejido conectivo subepitelial - es sustituido por:

- a).- Edema.
- b).- Fibrina.
- c).- Leucocitos.
- d).- Formación de grandes ampollas subepiteliales que - separan y elevan el epitelio suprayacente.

Está en discusión si la gingivitis descamativa crónica - es:

- 1).- Un solo proceso patológico.
- 2).- Una variante de trastornos dermatológicos ampollosos y vesiculares, como líquen plano, eritema benigno, multiforme o penfigoide de membranas, mucosas, o
- 3).- La respuesta gingival no específica a diversas causas.

Su tratamiento es eficaz, suprimiendo los irritantes locales, además de dar terapéutica corticosteroide general.

### GINGIVITIS ULCERO NECROTIZANTE

Es conocida también con el nombre de:

- 1.- Infección de Vincent
- 2.- Boca de Trinchera.
- 3.- Simbiosis fuso-espiroquetal.
- 4.- G.U.N.

La Infección de Vincent es un proceso inflamatorio agudo de las encías que se acompaña de:

- 1.- Dolor.
- 2.- Ulceración de las puntas de las papilas interdentarias.
- 3.- Hemorragia.
- 4.- Instalación repentina.
- 5.- Olor desagradable.

Sin embargo, la enfermedad puede presentarse en la fase incipiente leve con solo dos signos clínicos:

- 1.- Necrosis de las puntas de las papilas interdentarias.

2.- Fácil tendencia a la hemorragia gingival.

En la fase incipiente puede no haber dolor, al sondear la zona, el paciente lo experimenta. Su etiología es dudosa y se ha especulado que puede deberse a factores como son:

- 1.- Mala higiene bucal, aunque se ha visto que en pacientes con esmerada higiene en boca se llega a presentar la enfermedad.
- 2.- Fumadores empedernidos.
- 3.- Dieta y sueño inadecuados.
- 4.- Alcoholismo.
- 5.- Infecciones diversas como:
  - a).- Mononucleosis infecciosa.
  - b).- Infecciones virales inespecíficas.
  - c).- Infecciones Bacterianas.
  - d).- Moniliasis Bucal.
  - e).- Discrasias Sanguíneas.
  - f).- Diabetes Mellitus.

La presencia de organismos espirilares y fusiformes carece de importancia, ya que se encuentran en una tercera parte de las cavidades bucales clínicamente normales, y están ausentes en algunos casos de infección de Vincent.

Se puede mencionar también (ya que el nombre aparece al

principio del tema) el factor Psicógeno; en el transcurso de la segunda guerra mundial se observó que en muchos de los soldados que se encontraban al frente en combate, se presentaba este tipo de alteraciones debido al stress emocional que les invadía.

Probablemente los factores psicógenos predisponen a la enfermedad y los microorganismos actuarían en forma secundaria, como patógenos facultativos.

Los intentos por transmitir la enfermedad en seres humanos, han fracasado casi sin excepción.

Se registran infecciones intensas, de olor desagradable, asociadas con heridas por mordeduras humanas. No representan la misma enfermedad, por tanto se llegó a la conclusión, de que la enfermedad no es trasmisible.

El nombre actual deriva de los síntomas clave: Necrosis, Ulceración e inflamación de la encía.

#### Tratamiento:

Los objetivos del tratamiento sobre este padecimiento son:

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

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

#### GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA PRIMARIA.

Este tipo de enfermedad oral, suelen padecerla principalmente los niños de 2 a 5 años, aunque no es difícil observarla en adolescentes y adultos jóvenes.

La enfermedad se autolimita teniendo un curso de 10 a 16 días, su período de incubación, es de 2 a 14 días, se acompaña de fiebre (hasta 40°C) irritabilidad, como se mencionó - especialmente en niños, y en los jóvenes o adultos jóvenes -- puede tener una evolución sin fiebre.

Suele hacerse un estudio hemático, pues la gingivoestomatitis está frecuentemente asociada con leucemia aguda, Neutropenia maligna y mononucleosis infecciosa.

Esta última se parece a la gingivoestomatitis en que ambas presentan signos tales como:

- a).- Malestar general.
- b).- Fiebre.
- c).- Molestias en boca y garganta.

d).- Formación de pseudomembranas.

e).- Afecciones de los ganglios linfáticos.

La *Gingivoestomatitis Herpética*, se caracteriza por vesículas elevadas múltiples de color grisáceo que se rompen y en su derredor aparece una coloración grisácea y forman una úlcera. Dicha úlcera puede germinar en labios, carrillos, -- lengua, mucosa oral, incluyendo la del paladar blando y la fa rin ge.

Las úlceras son muy dolorosas, sobre todo a la masticación y paso de los alimentos.

Por este motivo en los niños suele haber muchos casos de deshidratación, ya que el miedo a la ingestión de líquidos propicia lo mismo.

Las Papilas interproximales no aparecen aisladamente si no que su enrojecimiento y tumefacción son acompañados por el resto de la encía.

Por esto en contraste con la G.U.N., las úlceras Herpéticas no sangran con facilidad ni producen cráteres profundos y raras veces el paciente refiere Gingivorragia. También difiere de la G.U.N. en que esta enfermedad si es contagiosa y la aplicación de antibióticos no está indicada en infecciones virales agudas.

**TRATAMIENTO:**

Carece de un tratamiento eficaz al igual que las demds- y sólo podemos decir que son útiles los colutorios con preparados sedantes como el Jarabe de Karo, disuelto en agua. No deben aplicarse enjuagues con productos irritantes, puede recetarse un anestésico tópico no irritante (Dyclone Clorhidrato) para que el paciente o familiares lo apliquen sobre las úlceras antes de las comidas.

Puede darse una dieta rica en helados, ya que el frío calma las molestias. Las dosis pequeñas de 1 a 3 ml. de gamma globulina pueden evitar los ataques recidivantes del herpeslabial, y algunas veces evitar las úlceras de origen no virico.

## TEMA IV

### CLASIFICACION DE LAS GINGIVITIS

#### 1.- INTRODUCCION.

*Antiguamente la medicina y la odontología, no contaban más que con la observación para actuar.*

*Pero hoy en día la utilizamos para valorar el tipo de paciente que llega a nuestra consulta, es más nos permite saber si hay alguna relación en la salud general del paciente, su salud mental, y su enfermedad dental.*

*Esta información será recogida mediante interrogatorio, examen, registro y observación, para aprovechar al máximo - nuestra observación, guardaremos completa compostura atendiendo y comprendiendo las palabras que provienen de nuestro paciente, ya que este al momento de interrogarlo posiblemente - esté formándose un criterio del profesional.*

*Mucho se revela por la elección que hace el paciente de las palabras, expresiones faciales, tono de voz y los movi-*



mientos que realizan para expresar tal o cual problema.

Dichas expresiones suelen ser un tanto exageradas sobre todo en el consultorio dental, ya que el paciente desde el momento en que penetra a éste, adquiere una situación tensa (en la mayoría de los casos), trataremos de que en todas las explicaciones que nos da observe el paciente comprensión, seguridad e interés por parte del cirujano.

El interrogatorio deberá ser guiado por el operador, ya que de no ser así, el paciente nos transmitirá cosas superfluas, y esto hará que todo nuestro esfuerzo por recopilar datos de su interés sea un rotundo fracaso.

Durante la entrevista se averiguará la siguiente información:

- I) Estadística Básica.
- II) Molestia Principal.
- III) Historia Médica Dental.

#### 1).- ESTADÍSTICA BÁSICA

En este primer interrogatorio anotaremos los siguientes aspectos:

- 1.- Nombre de nuestro paciente.
- 2.- Dirección del domicilio y la comercial.

- 3.- Números de teléfono.
- 4.- Edad.
- 5.- Sexo.
- 6.- Estado Civil.
- 7.- Ocupación anterior y actual.
- 8.- Por quién fue remitido.
- 9.- Lugar de origen.

Con estas simples preguntas, puede el C.D. percatarse - del tipo de paciente que está tratando, por ejemplo, si obtendremos cooperación por parte de él, si es observador, su grado intelectual, etc.

## II).- MOLESTIA PRINCIPAL

En este interrogatorio, toparemos con frecuencia con pacientes que se presentan para una inspección de rutina, sin embargo, habrá veces que el paciente refiere: dolor que requiera de una intervención urgente, una hemorragia o alguna hinchazón.

Si no existe algún impedimento médico o contra indicaciones para la intervención, el interrogatorio siguiente se responderá y el cirujano deberá enterarse cuando comenzó la lesión y si alguna otra vez se ha producido.

## V. HISTORIA CLINICA

Para poder determinar el estado general de un paciente, (sobre todo cuando es nuevo) es necesario que este llene un cuestionario antes de la entrevista propiamente dicha.

A continuación se dará un cuestionario tipo, con las explicaciones de cada pregunta, así el lector podrá determinar si es necesario o no hacer una serie de preguntas que para algunos profesionales resulta tedioso y aburrido.

### CUESTIONARIO:

1.- Padece usted trastornos o alguna enfermedad?

#### Explicación:

En caso de que la respuesta sea afirmativa, el paciente ha de explicar cuál es su problema, muchos pacientes pueden dar un amplio conocimiento de su padecimiento.

2.- Ha experimentado algún cambio en su salud en este último año?

#### Explicación:

Un paciente que en la pregunta anterior, ha dicho que gozaba de buena salud puede contestar con un sí, en tal caso el operador podrá formarse un juicio acerca del estado global de salud.

3.- Ha padecido usted alguna enfermedad grave? ¿Le han operado?

En caso afirmativo: ¿Cuál fue la enfermedad?

¿De qué lo operaron?

4.- Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los últimos cinco años?

En caso afirmativo: ¿Cuál fue el problema?

Explicación:

Aunque estas preguntas nos permiten conocer mejor el estado del paciente, se refieren al pasado, y muchas veces, el recuerdo suele ser vago, para permitirles dar una respuesta afirmativa a las cuestiones siguientes. En tales casos es necesario redundar en los síntomas y secuelas asociados con el episodio pasado.

5.- Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades o trastornos?

a).- Fiebre Reumática o Cardiopatía Reumática.

Explicación:

Estos trastornos se relacionan con afecciones valvulares cardíacas.

Los pacientes que responden afirmativamente, deben-

ser sometidos a un tratamiento profiláctico de antibióticos antes de ser sometidos a Gíngivectomías, - curetaje, extracciones dentales o alguna manipulación sobre hueso.

b).- Lesiones Cardíacas Congénitas.

Explicación:

Estos pacientes deben recibir un tratamiento como se describe en a); además de hacer interconsulta -- con su médico general: Cardiólogo. Recibirán precauciones especiales.

c).- Enfermedades Cardiovasculares (trastorno cardíaco, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arteroesclerosis, apoplejía).

6.- Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?.

Explicación:

A menudo este dolor indica una angina de pecho. Se produce cuando la musculatura cardíaca no recibe -- una cantidad suficiente de oxígeno debido a que disminuye la irrigación. Este síntoma generalmente se relaciona con arteroesclerosis coronaria que disminuye la luz del vaso impidiendo el empleo de sangre requerido por el ejercicio.

7.- Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?

*Explicación:*

Este síntoma indica una enfermedad valvular del corazón. Cuando la válvula mitral, situada entre aurícula y ventrículo izquierdos está alterado por la arteroesclerosis, la sangre regurgita al contraerse el ventrículo. La aurícula ha de recoger mayor cantidad de sangre y, a su vez, lo han de hacer las venas pulmonares y, finalmente los vasos de los pulmones. Este aumento de presión produce acumulación de líquido en el interior de los pulmones y por ende la disnea. La disnea puede indicar también una enfermedad respiratoria crónica.

8.- Se le hinchan los tobillos?

*Explicación:*

Si la respuesta es afirmativa, se puede relacionar con una insuficiencia cardíaca congestiva. Se produce cuando se prolonga la incapacidad del corazón para mantener una irrigación adecuada de los tejidos. La ingurgitación pasiva del sistema venoso --origina el edema de las piernas.

- 9.- Tiene usted dificultad para respirar cuando está acostado, o necesita de más almohadas cuando duerme?

**Explicación:**

Es una prolongación del problema descrito en la pregunta No. 7.

A menudo la ortopnea (dificultad para respirar cuando se está acostado) es otro signo de insuficiencia cardiaca, especialmente del ventrículo izquierdo.

**NOTA:**

Cabe hacer una aclaración después que se han descrito preguntas referentes a aparato cardiovascular. - Los pacientes que respondan con sí a cualquiera de las preguntas antes hechas deberán ser enjuiciadas por el C.D. y conviene que antes de hacer cualquier tipo de maniobra, se haga una interconsulta con el médico que asiste al paciente, también cabe aclarar que si tiene cualquier duda acerca del estado general y no se puede hacer la interconsulta por teléfono, se limite a hacer la Historia Clínica y el estudio Radiográfico de rutina, mientras se aclara la misma.

## 10.- a) Alergia

b) Asma o fiebre del heno

c) Urticaria o erupción cutánea

**Explicación:**

Estas preguntas tratan de aclarar una diátesis hemorrágica (propensión a ésta). Si la respuesta -- del paciente es negativa en a) pero afirmativa en b) o en c) debe despertar sospechas al operador, -- ya que pudiera presentarse un cuadro de alergia -- con cualquier medicamento empleado en la odontología (anestesia, barbitáricos, yodo, antibióticos, -- aspirinas, etc.)

## 11.- Desvanecimientos o ataques?

Si el paciente es epiléptico pueden evitarse cuadros de ataques durante la intervención, dando tratamiento especial a estos pacientes y también nos permite aclarar hallazgos orales, tales como una hipertrofia gingival producida por tratamientos -- con Dilantin, o las heridas o cicatrices linguales.

Por otra parte, si el paciente explica que ha tenido desmayos durante la aplicación de anestésicos el C.D. podrá modificar su método habitual, si ha padecido pérdidas de conocimiento no aclaradas, debe



nd ser remitido al médico para que averigüe si hay alguna lesión o trastorno del Sistema Nervioso Central.

12.- a) Diabetes?

- b) Tiene necesidad de orinar más de 6 veces al día?
- c) Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?
- d) Nota a menudo sensación de sequedad en la boca?

Explicación:

Estas preguntas son encaminadas hacia el hallazgo de una posible Diabetes, si en cualquiera responde el paciente con un si, deberán tenerse en cuenta ciertos aspectos.

- a) No constituye una contra indicación del tratamiento dental corriente.
- b) Requieren una modificación de los cuidados que se les prestan.
- c) Aplicación de un sedante para evitar una posible glucemia debido a una aprensión exagerada (stress).
- d) El C.D. estará sobre aviso ante la posible aparición de un coma diabético o un choque insulínico en el paciente con diabetes conocida.

- e) Las intervenciones quirúrgicas deberán planearse en relación con la administración de insulina u otros preparados.
- f) Esterilización del instrumental que se ha de emplear ya que estos pacientes son muy propensos a adquirir infecciones.

### 13.- Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática?

#### Explicación:

Es bien sabido en el ambiente médico que el virus de la hepatitis es muy resistente a los desinfectantes, por eso si es que se ha atendido a algún paciente con dicha enfermedad, se deberán tomar medidas drásticas para esterilizar el instrumental empleado en el paciente. Además de esto deberemos tener presente que un paciente con alguna afección hepática, puede tener alterada la absorción y la utilización de la vitamina liposoluble K, en enfermedades graves hepáticas, la producción de protomina puede ser insuficiente para mantener los niveles hemáticos normales. En consecuencia el C.V. puede prever fenómenos hemorrágicos anormales.

#### 14.- Artritis?

##### Explicación:

Esta pregunta tiene interés odontológico, ya que la Osteoartritis puede producir trastornos en la A.T.M. como son: limitación en los movimientos o dolor articular, algunos pacientes con artritis toman cantidades elevadas de aspirina, por esta razón el C.D. tendrá cuidado de que el paciente no se refiera a la siguiente pregunta.

#### 15.- Reumatismo Inflamatorio (hinchazón dolorosa de las articulaciones)?

##### Explicación:

Esta pregunta requiere de especial cuidado, ya que dicha enfermedad produce afecciones valvulares (se encuentran más referencias en la pregunta No. 5)

#### 16.- Úlceras Gástricas?

##### Explicación:

Este tipo de pacientes puede presentar signos y síntomas orales de déficit nutritivo (lengua saburral). Cabe aclarar que no se prescribirán esteroideos ya que con ello impedirá una reparación del tejido conjuntivo.

## 17.- Trastornos Renales?

### Explicación:

Esta pregunta tiene interés puesto que en una enfermedad renal como la glomerulo nefritis aguda -- presenta (en algunas ocasiones) infecciones orales o faríngeas, la cual se ha de erradicar. No obstante no pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos en pacientes con nefritis aguda o activa. Si es urgente la intervención, se realizará después de la administración de antibióticos. Los pacientes con proteinuria pueden presentar signos -- orales como anemia o carencias nutritivas.

\* La estomatitis que acompaña a la uremia suele -- ser un síntoma tardío que aparece en el paciente gravemente enfermo.

- 18.- a) Tiene usted tos persistente (conve positivo)?  
 b) Ha expectorado sangre?  
 c) Tuberculosis?

### Explicación:

Estas preguntas son de suma importancia, ya que -- el C.D. en caso de que reciba una respuesta positiva, deberá tomar precauciones, por ejemplo si hay-

un "sí" en b podrá tratarse de un carcinoma pulmonar, tuberculosis o alguna enfermedad pulmonar crónica.

Por otra parte podrá deducir en pacientes con tuberculosis no diagnosticada la enfermedad. Cabe aclarar que las lesiones orales tuberculosas son poco frecuentes, pero suelen observarse.

\* En caso de tuberculosis el profesional, deberá tomar medidas preventivas, tales como: uso del cubre bocas, guantes, lavado y esterilización -- adecuada de los instrumentos empleados, y si el tratamiento no es urgente, remisión del paciente al médico general.

#### 19.- Hipotensión?

Explicación:

En muchos casos, la hipotensión, presión sistólica uniforme de 100 mm/Hg., puede considerarse como un signo favorable para la salud.

#### 20.- Enfermedades Venéreas?

Explicación:

Esta pregunta se refiere principalmente a que si el paciente ha tenido sífilis. Aunque es difícil-

que el paciente nos refiera datos de enfermedades venéreas, debido a cuestiones morales y sociales, el C.D. deberá estar alerta. En caso de un "sí" - habrá que practicar una prueba serológica de la si filis, para descartar la enfermedad activa.

Ha tenido hemorragias anormales con extracciones an teriores. intervenciones quirúrgicas o traumatismos?

**Explicación:**

Con regular frecuencia pacientes responden con un "sí", pero hay que determinar si el paciente, tiene tendencia hemorrágica para no caer en un - - error. Por otra parte debe averiguarse mediante - un interrogatorio más preciso si el paciente padece un déficit de vitamina K primario o secundario, una enfermedad hepática, una púrpura trombocitopénica, hemofilia u otra discrasia sanguínea.

En caso de que exista una duda razonable, debe remitirse al paciente a un médico o a un laboratorio clínico donde puedan determinar el tiempo de coagulación, de proteomblina, prueba de torniquete y recuento de plaquetas.

22.- Se produce equimosis fácilmente?

*Explicación:*

Esta pregunta suele ser mal interpretada, principalmente en mujeres. El paciente con una tendencia anormal a la equimosis ha de hacer pensar en la púrpura trombocitopenica, pero también puede tratarse de un síntoma de leucemia o de avitaminosis-C intensa. En este último caso, se deben buscar signos orales tales como los del Escorbuto.

23.- Ha necesitado usted alguna vez una transfusión sanguínea?

*Explicación:*

Esta pregunta ofrece otra posibilidad de descartar una tendencia hemorrágica. También puede revelar signos de otro tipo de discrasia-hemática o llevar a investigar sobre otros acontecimientos de tipo médico ocurridos en el pasado.

24.- Padece usted algún trastorno de la sangre, por ejemplo anemia?

*Explicación:*

Es corriente que los pacientes digan que padecen anemia (el médico les refuerza la sangre). Como

Los médicos dan con frecuencia esta explicación como parte del tratamiento de las enfermedades reales o imaginarias, debe tomarse con cautela la respuesta afirmativa. Si resulta evidente que el paciente toma medicación por presentar algún trastorno hemático, o si el examen clínico inclina a pensar en una anemia, hay que solicitar detalles al médico o pedir los análisis pertinentes al laboratorio.

- 25.- Le han operado o le han aplicado radioterapia de algún tumor, abultamiento, o cualquier otra alteración de la boca o los labios?

**Explicación:**

Esta pregunta tiene gran interés, ya que el dentista interpretará mejor los hallazgos orales. También es de importancia, preguntar al paciente si ha sido sometido a radio terapia de los huesos de la cara, si la respuesta es afirmativa no se podrá intervenir quirúrgicamente sobre hueso, porque la disminución del riego sanguíneo puede producir una osteoradionecrosis. Debe hacerse inter consulta al médico que proporcionó dicho tratamiento y cabe hacer la aclaración de que se tendrá sumo cuidado en la evolución de los tejidos para descubrir cual



quier signo de residuo.

26.- Toma usted un preparado medicamentoso?

**Explicación:**

A continuación se darán algunos tipos de medicamentos de los cuales se pueden adquirir sin receta médica y por lo tanto esta pregunta se vuelve de especial interés, puesto que nos informará sobre el estado de salud del paciente.

a) **Antibióticos:** Esta pregunta tiene interés, puesto que si el paciente responde afirmativamente, podremos estarnos topándonos con algún tratamiento de prevención contra la fiebre reumática.

\* Tiene relación con la pregunta 5-a).

b) **Anticoagulantes:** Tiene relación con la pregunta No. 5.

Cabe hacer la aclaración de que el tratamiento dental electivo se retrasará 3 meses (como mínimo) contados a partir del ataque, previo estudio médico.

c) **Cortisona (esteroides)?**

#### Explicación:

Con estos medicamentos pueden quedar enmascarados los signos y síntomas característicos que revelan al C.D. la existencia de una infección grave, ya que la reacción inflamatoria puede estar suprimida. Por otra parte puede estar deprimida la función de la corteza suprarrenal y disminuida la resistencia orgánica general frente al Stress que implica una gingivectomía o una simple extracción dentaria.

#### d) Tranquilizantes?

##### Explicación:

Como son medicamentos de uso corriente, el C.D. debe estar prevenido para no ser sorprendido con una de las reacciones secundarias que pueden presentar, los pacientes que toman derivados fenotiazínicos - se sabe que son propensos a la hipotensión ortostática, por tanto no es raro que se presente un síncope al levantarse súbitamente del sillón dental. - A las personas que se les administra por tiempo -- prolongado tranquilizantes no es raro que presenten congestión nasal, disminución de secreción salival y espasmos de la musculatura facial.

## e) Aspirina

**Explicación:**

Los pacientes afectados de artritis toman cantidades importantes de Ac. Acetil Salicílico, debido a esto, presentan alteraciones hemorrágicas, gastritis (o úlcera péptica), intoxicaciones.

## f) Insulina?

**Explicación:**

Tiene relación con la pregunta No. 12 a), b), c) - d).

## g) Digital u otros preparados cardiotónicos Nitro-Glicerina?

**Explicación:**

Tienen relación con la pregunta No. 5 y 6.

## 27.- Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a:

## a) Anestésicos locales?

**Explicación:**

Es raro en nuestros días observar reacciones a anestésicos locales, generalmente el paciente lo relaciona con una lipotimia, pero cabe la observación de anotarse claramente en la ficha del pacien

te y preguntar a este si recuerda que anestésico - produjo la reacción.

b) Penicilina?

Explicación:

Si el paciente responde que si es alérgico también deberá anotarse visiblemente con letras mayúsculas, y en caso de necesitar de un antibiótico, el de -- elección debe ser la Eritromicina.

- 28.- Padece usted alguna otra enfermedad o trastornos - que crea conveniente declármelo y que anteriormente no lo mencionó?

Explicación:

Esta pregunta pondrá a pensar mayor al paciente y - verá el interés que el C.D. tiene sobre su salud.

- 29.- Tiene usted dolor en la boca?

Le sangran las encías?

Explicación:

Estas preguntas tienen importancia médica, pero - principalmente informará acerca de los problemas - dentales que pueden preverse.

\* Estas preguntas, junto con las tres siguientes, -

forman parte de la historia dental.

- 30.- a) Cuando visitó al Dentista por última vez?  
 b) Qué tratamiento le dió?  
 c) Ha sufrido usted algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior?

**Explicación:**

Estas preguntas proporcionan al operador, el grado de interés por parte del paciente hacia su salud oral, por otra parte se llega a dar el caso en que anteriormente el tratamiento efectuado fue ineficaz y por tanto el paciente rechaza al dentista y asiste únicamente por una molestia exagerada (por una extracción), de cualquier forma estas tres preguntas pueden ayudar a establecer el plan global de tratamiento del enfermo.

- \* Las siguientes preguntas están enfocados a pacientes del sexo femenino.

- 31.- Está usted embarazada?

**Explicación:**

Hay muchas controversias en que si se pueden o no atender a pacientes embarazadas, algunos autores opinan que no se puede atender a la paciente en estado, pues si es necesario utilizar anestésicos lo-

cales atravesarán la barrera placentaria, produciendo depresión del producto, por otra parte, otros opinan que el séptimo y octavo mes son ideales para la intervención, ya que el organismo del paciente se encuentra en un equilibrio hormonal óptimo. En lo personal opinamos que se deberá pedir una interconsulta con el médico que la asiste.

32.- *Sufre usted trastornos relacionados con el periodo menstrual?*

**Explicación:**

Esta pregunta está estrechamente relacionada (en caso afirmativo) con trastornos gingivales, por lo regular repercuten en la cavidad oral, en muchos de los casos el C.D. podrá actuar en combinación con el endocrinólogo para establecer el plan de tratamiento adecuado.

A continuación, se mostrará como se marca dentro de una ficha parodontal, los diversos hallazgos clínicos más comunes, con los que se puede encontrar el C.D. en el consultorio particular.

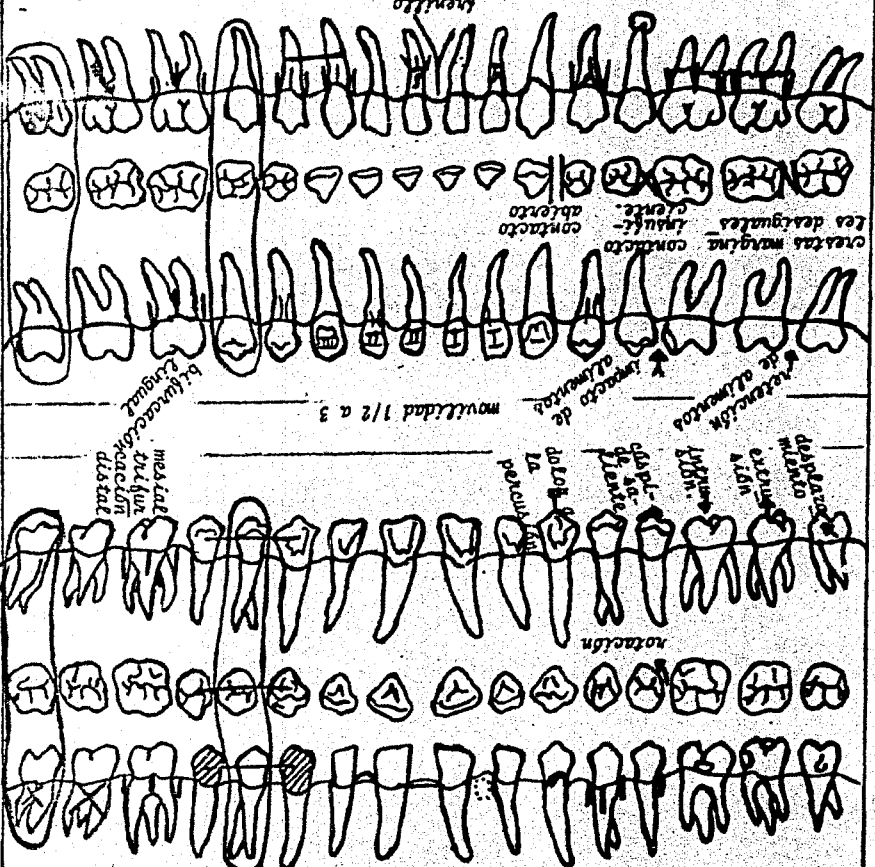
Este tipo de ficha es un método sencillo de llevar un control adecuado y eficaz sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico con todos y cada uno de los pacientes a tratar.

Nos permite la revaloración en determinado momento del tratamiento, facilitándonos el mismo, ya que estamos analizando propiamente dicho cada segmento de la cavidad oral y como se está anotando desde la llegada del paciente hasta el momento actual, si existe una mejoría poco favorable podemos descartar la causa que lo originó; encaminando así nuestras maniobras hacia el tratamiento más indicado.

Podemos ver también que dentro de esta ficha se hace uso de los símbolos y signos usados en parodontia para expresar tal o cual problema.

FICHA PARODONTAL

8	profundidad de la bolsa gingival --	8	incluido o no en el estudio
7	7	7	debe ser extraído
6	6	6	lesión y la exfoliación bucal
5	5	5	diente perdido por --
4	4	4	patología gingival
3	3	3	de papilla hiperplásica
2	2	2	papilar
1	1	1	gingival desapercepción
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8



8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1  
 0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8

BUCAL  
 0  
 LINGUAL  
 LINGUAL  
 0  
 BUCAL



## TEMA VI

### DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

#### DIAGNOSTICO:

Para proceder a hacer el diagnóstico de cualquier alteración (no únicamente de las gingivitis), es preciso tener en cuenta el cuadro de lo que es la encía en condiciones normales de salud.

Con esta guía se puede establecer la extensión de la reacción inflamatoria (localizada o generalizada), la distribución de las lesiones (si afecta a la encía papilar, marginal o insertada) y el estado de la inflamación (aguda o crónica).

Las características de la gingivitis, se determinan mediante la atenta valoración de la reacción inflamatoria. La gingivitis aguda presentará una encía rojo brillante, que suele estar ulcerada, hemorrágica y posiblemente dolorosa.

El dolor, la hemorragia y las úlceras, se ven en casos de abscesos gingivales, infección de Vincent, gingivitis es-

estreptocócica, plasmocitosis o heridas gingivales, y a veces - se ven en la gingivitis del embarazo, discrasias sanguíneas, - deficiencias nutricionales (como por ejemplo la vitamina C) - y desequilibrios endocrinos.

La inflamación crónica se suele presentar junto con - agrandamiento del tejido. La encía es de un color magente, o puede ser más fibrosa y no tan hemorrágica como en la inflamación aguda. Como regla es indolora.

Es posible que la inflamación aguda se superponga a la gingivitis crónica. Esos episodios agudos tienen su origen - en factores extrínsecos (ejemplo: impacción de alimentos, he- ridas con las cerdas del cepillo dental, espinas de pescado, - palillos dentales, etc.) o en estados de mala higiene bucal - (ejemplo: acumulación de placa).

Los factores intrínsecos agravan o modifican la inflamación.

Estos factores incluyen el embarazo, deficiencias de la nutrición (Vitamina C), trastornos endocrinos, o discrasias - sanguíneas que agravan o que modifican bastante la reacción - inflamatoria existente.

La respuesta intrínseca heredada de la persona a una lesión, puede modificar las reacciones. En el análisis final, -

La etiología de la gingivitis es el resultado de la acción re ciproca de factores extrínsecos e intrínsecos.

Una vez observados el estado y el grado de inflamación, es factible establecer si la gingivitis es hiperplásica (en-- la agrandada o sobre crecida, ulcerativa, necrótica o pseudo-- membranosa. Puede haber exudado purulento.

#### PRONOSTICO:

Este tema depende principalmente de la capacidad que po sea el dentista para reconocer, regular o eliminar los facto-- res que producen la enfermedad parodontal.

No es posible dar reglas precisas para el pronóstico -- porque la ciencia sanitaria no es una ciencia exacta; es un -- arte basado en una ciencia.

Además depende en gran parte de la corrección y exacti-- tud del diagnóstico, pero se basa principalmente en la expe-- riencia adquirida con la práctica.

#### TRATAMIENTO DE LAS GINGIVITIS.

Tratamiento para las Gingivitis Agudas. Desbridamiento:

El desbridamiento completo mediante la escorodencia sub gingival meticulosa, constituye un tratamiento específico de--

estas enfermedades (en lo particular de la G.U.N.) como lo de mostró Schluger en 1945. Aunque el contacto de los instrumen tos con la enca provoca dolor, el uso delicado de la cuchari lla, con desplazamiento mínimo de los tejidos, provoca un do lor bastante tolerable por parte de los pacientes, y por otra parte su alivio es casi inmediato, aunado esto al sangrado -- del tejido hipertémico, a los enjuagues frecuentes con agua ti bia alivian al paciente.

#### COLUTORIOS:

Para efectuar los enjuagues en casa, es más que sufi ciente hacerlos con agua caliente, pero este método desgracia damente carece del valor psicológico de los medicamentos y la cooperación de los pacientes suele ser escasa.

Los agentes oxidantes como el agua oxigenada, no es más eficaz que el agua caliente, pero la efervescencia de este -- producto puede resultar útil para lavar los espacios interpro ximales.

#### ANTIBIOTICOS:

La aplicación de antibióticos suele ser útil, pues su prime los síntomas agudos, pero éstos recidivan si no se apli can las técnicas locales adecuados, de preferencia no se apli cará penicilina, ya que son eficaces otros antibióticos.

La tetraciclina produce pocos efectos secundarios y suele describirse de la manera siguiente:

RP: Parenciclina de 250 mg. 1 caja de 16 cápsulas.  
1 cápsula cada seis horas.

Puede prescribirse también Nembutal, en dosis de 10 cg. para asegurar el sueño, al menos la primera noche, a su vez proporciona tranquilidad y descanso para el paciente, ya que si recordamos la mayor parte de estas afecciones se relacionan con stress emocional.

El tratamiento precoz y eficaz del primer ataque evita la destrucción de las papilas, y la encía recupera la forma arquitectónica normal.

Si los ataques se repiten las papilas son destruidas y se desarrollan cráteres entre los dientes.

La encía marginal forma un labio de tejido en las caras vestibulares y linguales, que deberá ser eliminado por gingivoplastia para corregir el contorno del tejido, haciendo que la base del cráter de tejido blando se convierta en el vértice de una nueva papila.

En el caso de la gingivostomatitis herpética aguda, cabe decir de un tratamiento eficaz, pero como se trata de una enfermedad que se autolimita, y la curación suele iniciarse ha-

cia el quinto o sexto día, suele emplearse los colutorios con un preparado sedante que puede ser jarabe de Karo disuelto en agua.

También puede emplearse un agente anestésico tóxico no-irritante (Dyclone Clorhidrato) para aplicarse antes de las comidas, las dietas abundantes en helados también constituyen parte del tratamiento ya que el frío calma las molestias.

#### TRATAMIENTO PARA LAS GINGIVITIS CRONICAS.

##### Terapéutica Inicial:

- a) Regimen de Higiene Oral.
- b) Escoriado y Rapado de la Raíz.
- c) Ajuste Oclusal.
- d) Movilización Dentaria menor.
- e) Enferulamiento Temporal.
- f) Revaloración antes de seguir el tratamiento.

##### Terapéutica Coadyuvante:

- a) Extracciones.
- b) Correcciones Restauradoras.
- c) Cirugía Periodontal (bolsas supra-óseas).
- d) Gingivectomia Gingivoplastia.

\* No es obligatorio emplear todas las formas de tera--

plutica enumeradas en el tratamiento de cada paciente. La elección de los métodos que se han de usar y el orden en que han de aplicarse dependerán de las indicaciones de cada caso.

#### HIGIENE BUCAL:

Esto puede demandar algunas visitas para eliminar todos los depósitos y el establecimiento de un control eficaz de la placa.

Hay que medir el nivel de la higiene bucal que realiza el paciente en cada visita (con el registro de un índice de placa). Si es necesario se darán más instrucciones acerca de control de placa en casa.

#### AJUSTE OCLUSAL:

El ajuste oclusal, se hace después del raspaje radicular, una vez eliminada la inflamación. Cuando los dientes -- tienen gran movilidad, se hace un ajuste oclusal burdo como primer paso para reducirla.

El ajuste oclusal se puede realizar después de cirugías y tratamientos ortodónticos.

El ajuste oclusal consiste básicamente en redondear las cúspides que actúan como embolo y se ajustan las alturas de -

los bordes marginales para reducir la retención de alimentos.

También se han de ajustar los contactos dentarios desviadores en relación céntrica y en los movimientos excursivos de la mandíbula, para eliminar el trauma, manifiesto en los dientes aislados.

#### MOVILIZACIÓN DENTAL:

La movilización dentaria menor se ha convertido en una parte importante del tratamiento en pacientes con afecciones parodontales, ya que el problema de su mal posición dentro de la arcada, debido al proceso morbozo propicia aún más la irritación constante.

Si por ejemplo el apiñonamiento es exagerado, puede dificultar seriamente que el paciente obtenga un grado satisfactorio de higiene oral.

Ordinariamente los procesos de movilización dental, se hacen en las fases iniciales de terapéutica, antes de aplicar el tratamiento quirúrgico definitivo. La experiencia ha demostrado (especialmente los de tipo removible), usados en la movilización menor, casi invariablemente causan una irritación adicional en los tejidos periodontales.

Así si la movilización dentaria sigue a la cirugía pe-



niodontal, a medida son necesarios medidas correctoras subsiguientes.

Por esta razón los autores prefieren los aparatos fijos y sugieren su uso antes de proceder a las intervenciones quirúrgicas periodontales. A pesar de esto, existen desacuerdos para mover los dientes en presencia de un estado inflamatorio. El trauma de la movilización agrava el estado y complica la irritación.

Por consiguiente, los procedimientos ortodóncicos se han de comenzar sólo después de haber hecho todos los esfuerzos posibles para eliminar el estado inflamatorio mediante el escoriado, el raspado de la raíz y las técnicas de higiene oral.

#### ENFERULADO TEMPORAL:

Durante las fases iniciales de la terapéutica, se intenta identificar y eliminar todos los factores que pueden contribuir a la destrucción periodontal, o retrasar o impedir el proceso de autorreparación. Los dientes flojos, las relaciones oclusales inadecuadas o los hábitos orales, como el Bruxismo, pueden convertirse en fuente de irritación que lesiona el periodonto. Las férulas destinadas a proporcionar apoyo, reducir el trauma, o aliviar la tensión, ayudan a dominar ta-

*les influencias indeseables.*

Algunas férulas pueden aplicarse temporalmente, o con intervalos, durante el periodo en que se efectúan otras formas de tratamiento periodontal. En algunos casos los dientes adquieren firmeza al ceder el proceso inflamatorio, después de eliminar la placa bacteriana y el cálculo y después de corregir las restauraciones defectuosas, o cuando se han suprimido las fuerzas excesivas mediante la corrección de las discrepancias oclusales con el tallado (ajuste oclusal) movilización menor, casi invariablemente causan una irritación adicional en los tejidos periodontales. Así si la movilización dentaria sigue a la cirugía periodontal, a medida son necesarias medidas correctoras subsiguientes.

Por esta razón los autores prefieren los aparatos fijos y sugieren su uso antes de proceder a las intervenciones quirúrgicas periodontales. A pesar de esto, existen desacuerdos para mover los dientes en presencia de un estado inflamatorio. El trauma de la movilización agrava el estado y complica la irritación.

Al final de esta fase del tratamiento se hará una revaloración sobre la base del grado de mejoría obtenido. Se compararán los resultados del tratamiento preliminar con la fi-  
cha. Se ha de registrar la inflamación residual y sus causas

presuntivas, así como los cambios de la bolsa y movilidad dentaria. Se debe revalorar el plan de tratamiento y hacer los cambios apropiados.

#### TERAPIA COADYUVANTE.

##### Extracciones:

Los dientes con un pronóstico desfavorable se extraerán temprano en el tratamiento, salvo que se les conserve provisionalmente por cuestiones estéticas o para mantener el espacio. Aunque esto puede actuar como una perturbación del tratamiento y lo hacen más complejo, por otra parte el paciente olvida que se hizo un pronóstico negativo para su diente al comienzo, y más tarde cree que el tratamiento fracasa cuando se hace la extracción.

#### RESTAURACIONES.

Por lo general, el tratamiento periodontal, precederá a las intervenciones restauradoras.

Sin embargo, a veces las caries son tan profundas que demandan atención inmediata.

Según los casos, estas restauraciones serán temporales porque se hará la reconstrucción una vez concluido el tratamiento periodontal.

Puede ser que se precise hacer ferulizaciones temporales durante el periodo de tratamiento, y hay que valorar la necesidad de este recurso.

#### CIRUGIA PERIODONTAL.

Independientemente del grado de enfermedad que presente cuando se examina al paciente por primera vez, cabe obtener ventajas definidas de la aplicación de algunos de los métodos incluidos en la lista de técnicos "Iniciales o Coadyuvantes". En algunos casos la supresión de los factores etiológicos tendrá por consecuencia la autoreparación natural y evitará la necesidad de proseguir el tratamiento. Si la enfermedad ha progresado hasta el punto en que la autoreparación ya no es posible, la disminución de la inflamación producida por las medidas preliminares facilitará las intervenciones quirúrgicas requeridas en las fases más avanzadas de la terapéutica.

El tratamiento de los casos más avanzados de enfermedad periodontal está encaminado a la reparación de las deformidades arquitectónicas existentes a consecuencia de la extensión del proceso morbosos. En esencia consiste en la eliminación de las bolsas supra e intra óseas, y en intervenciones plásticas y coadyuvantes para volver a crear la forma fisiológica de los tejidos gingivales y óseos.

## GINGIVECTOMIA - GINGIVOPLASTIA.

La gingivectomía tiene como finalidad la eliminación de la bolsa, y la gingivoplastia es la remodelación de la enclavadura que ha perdido su forma fisiológica externa.

Con gran frecuencia la gingivectomía y la gingivoplastia se realizan juntas, aunque se les considera por separado por razones didácticas.

Los dos nombres no reflejan más que las dos finalidades del mismo procedimiento. Quizás fuera conveniente traducirlo como: GINGIVECTOMIA-GINGIVOPLASTIA.

Actualmente, aunque el número de situaciones en las cuales se considera aplicable es limitado, es un método eficaz de conseguir la eliminación de las bolsas. Cabe aclarar que actualmente se opina que es más importante la habilidad diagnóstica que la operatoria para el éxito de estas técnicas.

## TEMA VII

### CONCLUSIONES

A pesar del esfuerzo del hombre por combatir las enfermedades, podemos ver que muchos de ellos aun prevalecen, tal es el caso de las gingivitis, que a pesar del tenaz trabajo de los investigadores, no han logrado determinar cual es el origen de estas enfermedades.

La mayor parte de los casos se logran curar con la explicación de la terapéutica (tanto sistémico como local) pero sentimos dentro de nuestro ser un vacío, al no poder contestar al paciente cual será el pronóstico para su salud oral.

Por esta razón muchos de ellos abandonan el tratamiento, impidiendo a su vez el avance de la ciencia.

La conclusión a la que hemos llegado es tratar de hacer ver a este tipo de pacientes lo arduo y difícil que es controlar estas enfermedades, pero en ningún momento desilusionarlo, por el contrario, motivarlo para que siga nuestros consejos y coopere con nosotros.

Por esta razón el Cirujano debe prepararse, estar al día en los avances científicos, no únicamente odontológicos, sino también médicos, superar la mala fama que por parte de algunos "Cirujanos Dentistas", con poca ética profesional han manchado el nombre de la Facultad y la Universidad, demostrar al momento de hacer una interconsulta con el médico general o el especialista que tenemos los conocimientos suficientes para entendernos y aceptar cuando está en nuestras manos la resolución de las entidades clínicas y cuando debe recurrir a los especialistas para dejar en sus manos el tratamiento de los casos que por sus características requieren de éstas.

En esta pequeña tesis, se dan varios tipos de tratamiento que sin duda alguna ayudarán en un determinado momento a cualquier compañero, ya que el fin de esta tesis, fue recopilar datos, y sintetizarlos de tal forma, que fueran comprensibles y fáciles de aplicar dentro del consultorio particular.

## BIBLIOGRAFIA

JOHN F. PRICHARD. *Enfermedad Periodontal avanzada. 3a. Ed. Española, 1977. Ampliada y Actualizada.*

HENRY BRAINERD. SHELDON MARGEN. MILTON J. CHATTON. *Diagnóstico y Tratamiento. 1a. Edición. México, 1964.*

ALDIN L. MORRIS, HARRY M. BOHAMNA. *Las especialidades Odontológicas en la práctica general. Impreso en España.*

STANLEY L. ROBBINS. *Patología estructural y funcional. 1a. Edición. México, 1975.*

KARL, HAUTL, WILHELM MEYER, KARL SCHUCHARDT. *Tratado General de Odonto-Estomatología. Madrid, 1958.*

GRAN, STERN, EVERDT. *Periodoncia de Orban. Teoría y Práctica. 4a. Edición. México.*