

19/1257

Universidad Nacional Autónoma de México  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**ENFERMEDADES PARODONTALES**

Jose P

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**  
**P R E S E N T A**

**CARLOS ERNESTO TORRUBIA CHAPPELL**

**MEXICO, D. F.**

**1961**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

	PGS.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ELEMENTOS PARODONTALES	2
CAPITULO II ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES	13
CAPITULO III HISTORIA CLINICA	21
CAPITULO IV GINGIVITIS	26
CAPITULO V PARODONTITIS	38
CAPITULO VI ABSCESO PARODONTAL	45
CONCLUSIONES	49

## INTRODUCCION

Las enfermedades parodontales son de gran importancia dentro de la rama de la odontología, puesto que es una de las enfermedades más difundidas actualmente, ya que estudios que se han realizado nos han dado una serie de datos que demuestran la frecuencia y el alto porcentaje de dientes perdidos por causa de dicha enfermedad.

El odontólogo tiene que tener en cuenta la relación que existe entre parodencia y las distintas ramas de la odontología ya que estas están correlacionadas entre sí, y para llevar a cabo el tratamiento de la enfermedad parodontal tiene que tener en cuenta las distintas técnicas de otras ramas de la odontología ya que en la mayoría de los casos tiene que llevarlas a cabo.

Las técnicas de presunción y tratamiento pueden ser ejecutadas según la capacidad que tenga cada practicante y la colaboración que dé el paciente.

**CAPITULO 1**  
**ELEMENTOS PARODONTALES**

FALTA

HOLIA

2

### ELEMENTOS PARODONTALES

**Parodencia.**- Es la rama de la odontología que estudia el parodonto, así como la prevención y tratamiento de sus enfermedades.

**Parodonto.**- Es el tejido de protección y sostén del diente y se compone de cuatro tejidos: dos suaves y dos duros.

#### SUAVES

- 1.- Encía
- 2.- Ligamento parodontal

#### DUROS

- 3.- Cemento
- 4.- Hueso alveolar

**ENCIA.**- Parte de la fibromucosa bucal que cubre los procesos alveolares y rodea el cuello de los dientes.

La encía se divide en:

- a.- Encía Marginal o Libre.
- b.- Encía Insertada o Adherida.
- c.- Encía Alveolar o Fibromucosa.

Características Clínicas de la Encía:

- a.- Encía Marginal o Libre.- Limitada hacia incisal por el margen gingival y hacia apical vestibularmente por el surco gingival. Rodea a los dientes a modo de collar, es de color rosa pálido o coral, y consistencia suave.
- b.- Encía Insertada o Adherida.- Limitada hacia incisal por el surco gingival y hacia apical, convencionalmente por el principio de la encía alveolar. Se encuentra adherida a los procesos alveolares, es de color rosa pálido o coral, de aspecto pareci-

do al de una cáscara de naranja. y de consistencia firme.

c.- Encía Alveolar o Fibromucosa.- Limitada hacia incisal por la encía insertada, y hacia apical por el fondo de saco vestibular. No está adherida al proceso alveolar y se puede deslizar por medio de palpación lateral, es de color rojo, es laxa móvil y muy vascularizada.

Intersticio o Surco Gingival.- Es una hendidura en forma de " V " que divide a la encía marginal de la encía insertada. La profundidad normal del surco gingival es de 1.5 a 2 milímetros.

Papila Gingival.- Son las prolongaciones interdenciales de la encía, están determinadas por las áreas de contacto de los dientes adyacentes, el trayecto de la unión cemento adamantina y la proximidad de los dientes contiguos. En estado sano tiene forma piramidal con el vértice dirigido al punto de contacto.

Línea de Unión Mucogingival.- Es la línea de separación entre la encía insertada y la encía alveolar.

Inserción Epitelial.- Es la unión íntima de la encía con el tejido dentario a nivel del cuello anatómico de la pieza dental.

Col o Collado.- Es una estructura que se localiza en los dientes posteriores y que corresponde a la unión de dos papilas.

Factores que determina el estado normal o anormal de la encía.

1.- Color.- Se debe de medir siempre desde la punta de la papila hasta la línea de unión mucogingival. El color de la encía -



debe ser rosa pálido o rosa coral, y está dado por:

- a.- El grado de queratinización.
- b.- La raza.
- c.- El grado de vascularización.
- d.- El grosor del epitelio.
- e.- El sexo.
- f.- La alimentación.

2.- Forma.- Está dado por:

- a.- Forma y posición de las raíces.
- b.- Forma de las coronas.
- c.- Forma del hueso.
- d.- La oclusión.
- e.- La fuerza de la masticación.
- f.- Los procesos de los maxilares.

3.- Consistencia.- La encía debe ser firme, y la parte adherida debe estarlo con firmeza a los dientes y el hueso alveolar subyacente.

4.- Textura.- Debe ser fibrosa, brillante y de puntilleo para — que la encía sea sana.

A nivel microscópico la encía está compuesta por un núcleo central de tejido conectivo, cubierto por un epitelio escamoso-estratificado. Este epitelio está formado por cuatro capas o estratos que van del fondo a la superficie.

1.- Capa basal.- Formada por melanocitos y queratinocitos, -

siendo células de forma cuboide.

2.- Estrato espinoso.- Formado por células de Langerhans de forma poligonal o células de alto nivel, este estrato ocupa más de la mitad del grosor del epitelio.

3.- Capa granulosa.- Formada por láminas de células aplanadas constituidas por queratohialina, basófilas en el citoplasma y núcleos hipercromáticos, preparándose así para la descamación.

4.- Capa queratinizada o estrato corneo.- En esta etapa se produce la descamación celular.

El epitelio del intersticio o surco gingival consta unicamerale de dos capas; basal y espinosa.

La lámina basal está compuesta por una lámina densa dentro de la cual se extienden ramificaciones orgánicas del esmalte, por lo tanto se deriva del órgano del esmalte (ameloblastos) y una lámina lúida.

En este epitelio no se encuentran ni melanocitos ni queratinocitos este epitelio es tejido conectivo densamente colágeno, en el se encuentra un sistema de haces de fibras colágenas llamadas fibras gingivales.

Estas fibras se dividen en:

a.- Dentogingivales.- Van del diente hacia la encía a la altura del margen gingival.

b.- Crestogingivales.- Van de la punta de la cresta del hueso al margen gingival.

c.- Dentoperiostales.- Van del cemento del diente hacia el periostio

d.- Transeptales.- Van del cemento de un diente al cemento de otro diente contiguo por encima de la cresta ósea.

e.- Circulares.- Rodean al diente a manera de anillo y no tienen inserción propia, o sea, que solo se encuentran rodeando al diente protegiendo la cresta ósea.

La función de estas fibras es la de proteger al hueso durante los movimientos de la masticación.

**LIGAMENTO PARODONTAL.-** Está formado por tejido conectivo que une firmemente el cemento dentario al proceso alveolar.

El ligamento parodontal es de origen mesodérmico y proviene de la capa media del saco dentario, está formado por cuatro elementos que son células, fibras, vasos, y nervios.

**Funciones del parodonto:**

1.- Sosten.- Es la principal, y permite el mantenimiento entre los tejidos duros y blandos que rodean a la raíz de la pieza dentaria.

2.- Nutrición.- Se lleva a cabo por medio de los elementos arteriales de la región (vasos sanguíneos, vasos linfáticos y arteriales).

3.- Sensorial.- Está representada por los nervios sensoriales que inervan el ligamento parodontal.

4.- Formativa.- Está determinada por los elementos histoló-

gicos ( fibroblastos, cementoblastos, y osteoblastos) capaces - de regenerar tejido.

Características clínicas.- La anchura promedio del ligamento es de .25 a .1 milímetros. si el espacio parodontal es mayor a estas cifras va haber problemas: de los cuales el más frecuente es el trauma por la masticación.

En la interpretación clínica de la radiografía solo se observará si el ligamento está ancho o normal. En la mitad de la raíz se observará la menor anchura del ligamento parodontal. La importancia clínica del ligamento es que generalmente cuando se presentan enfermedades parodontales crónicas, el ligamento - parodontal o las fibras se destruyen, o bien, pierden su inserción.

Adherencia epitelial.- Es una delicada y pequeña estructura que rodea a todo el diente que se encuentra colocada en la parte más apical del surco gingival, y en la parte más coronal del ligamento parodontal.

Función.- Mantener la unión del ligamento parodontal con la encía.

Fibras del ligamento parodontal.-

a.- Cresta alveolares.- Se insertan en el vértice de la cresta alveolar dirigiéndose al cemento en su zona coronaria.

Función.- Evitar el desalojamiento dentario en sentido insisal.

b.- Horizontales.- Van del hueso al cemento, por debajo de las fibras oblicuas.

Función.- Evitar los desplazamientos laterales.

c.- Oblicuas.- Son las fibras más poderosas, y van de incisal hacia apical, y del gueso alveolar hacia el cemento.

Función.- Compensar los impulsos verticales axiales que reciben las piezas al ponerse en contacto con el bolo alimenticio o con sus antagonistas, y así mantener a la pieza dentaria en un equilibrio fisiológico adecuado.

d.- Apicales.- Van del ápice de un diente al hueso alveolar en forma de abanico.

Función.- Evitar los desplazamientos bruscos del ápice, tanto en sentido vertical como lateral, preservando de esta manera la integridad anatómica y funcional del paquete neuromuscular de la pieza dentaria.

e.- Bifurcaciones o trifurcaciones.- Estas también irradian en forma de abanico, pero de las bifurcaciones o trifurcaciones de las raíces, por lo tanto solo están presentes en las piezas posteriores.

**CEMENTO.**- Tejido que cubre a la dentina en su porción radiolar desde el cuello cervical en donde se une al esmalte. hasta el ápice en donde presenta un orificio que es el foramen apical por el cual atraviesa el paquete vasculo nervioso que irriga a la pulpa dentaria.

La formación del cemento empieza en las primeras fases de la erupción del diente y se debe a células mesenquimatosas diferenciadas llamadas cementoblastos,

La unión amelocementaria puede ser de tres clases según la relación de cemento esmalte:

1.- El cemento cubre el esmalte en un 65 % de los casos.

2.- Hay unión borde a borde de cemento esmalte en un 30 % de los casos.

3.- No están en contacto el esmalte ni el cemento, dejando a nivel del cuello de la pieza una porción de dentina expuesta en un 5 a un 10 % de los casos.

Morfológicamente existen dos tipos de cemento:

a.- Acelular.- Cubre siempre la porción cervical de la raíz extendiéndose, a veces, sobre toda la raíz, salvo la porción apical. Es de color amarillento claro sin estructura definida — puesto que los cementoblastos que lo forman no quedan incluidos en la sustancia depositada.

b.- Celular.- Se encuentra a la altura del ápice. su estructura está bien definida, su color amarillo es menos claro que el del cemento acelular y es de naturaleza parecida al hueso.

Funciones del cemento:

a.- Anclar al diente al alvéolo óseo por la conexión de las fibras.

b.- Compensar mediante su crecimiento, la pérdida de sustan-

cia dentaria consecutiva al desgaste oclusal.

c.- Contribuir. mediante su crecimiento, la erupción ocluso-mesial continúa de los dientes.

**HUESO ALVEOLAR.**- Parte del maxilar superior e inferior que forma y sostiene a los dientes.

Partes del hueso alveolar:

a.- Hueso alveolar propiamente dicho.- Es una delgada lámina de hueso que rodea las raíces. en ella se insertan las fibras del ligamento parodontal.

b.- Hueso esponjoso o de soporte.- Rodea la cortical ósea alveolar y actúa como sostén de los dientes: ésta se compone de placas corticales compactas de las superficies vestibulares y palatinas de los procesos alveolares.

c.- Lamina dura o cortical.- Radiográficamente, la pared interna del alveolo se ve como una línea opaca.

d.- Lamina cribiforme.- El hueso alveolar propiamente dicho está perforado por muchos orificios a través de los cuales pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento periodontal.

e.- Tabique interdentario.- Se compone de hueso esponjoso limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual; en cuanto a su forma, sigue la disposición de las uniones amelocementarias de los dientes.

Las placas de soporte son más gruesas en el maxilar inferior también suelen ser más gruesas por lingual, en la región de premolares y molares el hueso es más grueso y la cortical separa el hueso alveolar por medio del esponjoso. El grosor del hueso alveolar no está determinado puesto que es muy variable.

La estructura del hueso alveolar varía según las demandas funcionales en condiciones fisiológicas los dientes emigran constantemente hacia mesial. La migración produce la reabsorción ósea interna del alveolo del lado mesial y la neoformación del hueso en el lado distal. El hueso se adapta y se reconstruye — constantemente el hueso de soporte también se adapta a las exigencias funcionales y se reabsorbe cuando así lo requiere. Los cambios de estructura ósea son realizados por los osteoblastos que tienen la capacidad de depositar hueso nuevo.



**CAPITULO 11**  
**ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES**

### ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES

En este capítulo procuraremos enunciar todas las causas o factores que contribuyen a la enfermedad parodontal de una manera o de otra.

Es muy importante tener pleno conocimiento de las causas que producen la enfermedad porque así podemos prevenirla o curarla con mayor acierto.

Los factores que ejercen influencia a la enfermedad parodontal se pueden clasificar en dos grupos:

Locales y Sistemicos.

Los factores locales incluyen causas inconscientes y funcionales correspondientes a la masticación, deglución y fonación.

Los factores sistemicos son de gran importancia pero resulta más difícil comprobarlos en el momento actual. El tratamiento debe orientarse fundamentalmente hacia la eliminación o corrección de los factores locales en ausencia de etiología sistémica demostrable.

Clasificación de factores locales y sistemicos.

Factores Locales:

A.- Bacterianos.

- 1.- Placa.
- 2.- Cálculos.
- 3.- Encimas y productos descompuestos.
- 4.- Materia alba.

5.- Residuos de alimentos.

**B.- Mecánicos:**

1.- Cálculos.

2.- Impactación y retención de alimentos.

a.- Contactos abiertos y flojos.

b.- Movilidad y dientes separados.

c.- Dientes en mal posición.

d.- Mecanismo de cúspide impelente.

3.- Margenes desbordantes de obturaciones, prótesis mal diseñadas, o desbordantes.

4.- Consistencia blanda o adhesiva de la dieta.

5.- Respiración bucal cierre incompleto de labios.

6.- Higiene bucal inadecuada.

7.- Hábitos lesivos.

8.- Métodos de tratamiento dental inadecuado.

9.- Trauma accidental.

**C.- Bacterianos y mecánicos combinados.**

1.- Cálculos

2.- Margenes desbordantes.

**D.- Predisposición anatómica.**

1.- Mala alineación dentaria, Malposición anatómica. Anatomía alterada.

2.- Inserción alta de frenillos y músculos.

3.- Zona de encía insertada funcionalmente insuficiente.

- 5.- Encía delgada de textura fina o márgenes gingivales abultados y gruesos.
- 6.- Exostosis o rebordes óseos, placas óseas muy delgadas.
- 7.- Relación corona raíz muy desfavorable.

**E.- Funcionales:**

- 1.- Función insuficiente.
  - a.- Falta de oclusión
  - b.- Masticación indolente.
  - c.- Parálisis muscular.
  - d.- Hipotonicidad muscular.
- 2.- Sobrefunción y parafunción.
  - a.- Hipotonicidad muscular.
  - b.- Bruxismo.
  - c.- Cargas excesivas sobre los dientes pilares.

**FACTORES SISTEMICOS.**

**A.- Demostrables:**

- 1.- Funciones endocrinas.
  - a.- De la pubertad.
  - b.- Del embarazo.
  - c.- Posmenopausicas.
- 2.- Enfermedades metabólicas y otras.
  - a.- Deficiencia nutricional.
  - b.- Diabetes.
  - c.- Hiperqueratosis palmoplantar.

- d.- Enfermedad debilitante.
- e.- Hipofosfatasa.
- 3.- Transtornos psicosomáticos o emocionales.
- 4.- Drogas y venenos metálicos.
  - a.- Difenilhidantoína.
  - b.- Efectos hematológicos
  - c.- Alergias.
  - d.- Metales pesados.
- 5.- Dieta y nutrición.
  - a.- No demostrables.
    - 1.- Resistencia y reparación insuficiente.
    - 2.- Deficiencias nutricionales, emocionales, metabólicas.
      - a.- Fatiga.
      - b.- Strees.

**Factores locales:**

Higiene bucal, depósitos calcificados y no calcificados.

No cabe la menor duda que la higiene bucal inadecuada es responsable del porcentaje alto de: gingivitis, parodontitis, absceso parodontal.

La materia alba, las bacterias, el cálculo, y los residuos - de alimentos retenidos en los márgenes gingivales y en el surco gingival irritan la encía y generan cambios destructivos.

Es tan frecuente que la placa bacteriana y los depósitos cal

cificados estén asociados con la pérdida ósea, que se les puede considerar como los factores etiológicos principales de la enfermedad parodontal.

Placa dentobacteriana o bacteriana.- Esta se encuentra dentro de los factores locales compuesta por:

- a.- Sustrato.
- b.- Microorganismos.

Lo primero que va a formarse es el sustrato y esta constituido por:

- a.- Mucoides .- Proviene de la saliva.
- b.- Proteínas.- Metabolismo bacteriano y de la ingesta.
- c.- Mucopolisacáridos.- Proviene de la saliva y del metabolismo bacteriano.

Una vez formado el sustrato empiezan a aparecer los microorganismos.

- a.- Cocos y Bastones GRAM + .
- b.- Cocos y Bastones GRAM - .
- c.- Borrelias, treponemas, fusobacterium, bacterioide melanogénico.
- d.- Los microorganismos de forma filamentosos, leptotrix y actinomicetos.
- e.- La veillonela y el selenomona sputigeno.

Los cocos gram - producen una sustancia que se llama hialuronidasa esta actua sobre la sustancia intercelular cementante.

Las borrelias, los treponemas y el fusobacterium producen una sustancia llamada endotoxinas.

El bacteroide melaninogénico produce la colagena.

La placa bacteriana cuando empieza a acumularse puede ser fácilmente removida con una buena técnica de cepillado.

Posición y anatomía dentaria e impactación de alimentos.

Aún si la consistencia física de la dieta no es blanda o adhesiva las irregularidades de la posición dentaria o su inclinación pueden fomentar la impactación de alimentos y la retención de la placa. Dientes superpuestos en mal posición o desplazados las caries, las restauraciones mal hechas o los defectos congénitos como dientes en forma de campana, también predisponen a la lesión del parodonto.

Tratamiento dental incorrecto:

También la irritación puede tener su causa en la mala odontología. Los bordes desbordantes o deficientes, prótesis mal diseñadas o tratamientos dentales que produzcan lesiones, irregularidades marginales de un diente y la retención de placa.

Aparatos de ortodoncia:

Pueden producir irritación o entorpecer la buena higiene bucal los tratamientos prolongados pueden generar enfermedades paradontales inflamatorias o traumáticas.

Habitos:

Los hábitos bucales dañinos como: morder hilos, uñas, lápiz—

ces, plums, cerillos etc. o cualquier objeto contribuyente a la gingivitis, parodontitis o las alteraciones distróficas. El uso descuidado de medicamentos y productos para la limpieza dental lesiona los tejidos y de esa manera disminuye la resistencia a la agresión bacteriana. La respiración bucal o el cierre incompleto de los labios tienden a conferir un aspecto eritematoso de la encía.

**Funcionales:**

Frecuentemente la enfermedad parodontal suele estar asociada a factores funcionales tales como: mala oclusión, masticación incorrecta, bruxismo y otras.

**Anatomía de los tejidos blandos:**

Los factores anatómicos que pueden predisponer a la enfermedad, incluyen las anomalías de los tejidos blandos y su relación con los dientes.

La inserción alta de frenillos, y músculos favorecen la acumulación de residuos en los márgenes gingivales, también las encías estrechas con respecto al vestíbulo, la encía delgada de textura fina puede ser lesionada durante la masticación o el cepillado puede producir resección en los márgenes gingivales.



**CAPITULO 111.**  
**HISTORIA CLINICA**

### HISTORIA CLINICA

Para poder establecer el plan de tratamiento completo y adecuado, es preciso hacer una historia clínica minuciosa. Esta — debe contener los siguientes elementos:

- A.- Entrevista
- B.- Examen Radiográfico
- C.- Examen Bucal.

Toda la información obtenida se anotara en una ficha.

La confección de la ficha ayuda a la elaboración de un diagnóstico adecuado, y el plan de tratamiento. Las apreciaciones se harán con mayor exactitud. Los hallazgos del examen, el diagnóstico el pronóstico y el plan de tratamiento se relacionan directamente uno con otro y así se determina con mayor exactitud.

A.- Entrevista.- El primer paso de un examen es la entrevista con el paciente. Sin embargo el dentista puede prescindir de ella cuando el paciente ya halla venido con anterioridad al consultorio. La entrevista tiene como finalidad establecer la relación Dentista-Paciente, comensar la educación del paciente y familiarizarlo con el estilo con que se realiza la practica, durante la entrevista se obtiene información referente a la molestia actual historia medica y dental con la finalidad de hacer una valoración general del individuo.

La entrevista consta de:

- a.- Estadística básica.

b.- Molestia principal.

c.- Historia medica.

d.- Historia dental.

a.- Estadística básica.- Nombre del paciente, su dirección - particular y comercial, Número de teléfono, Edad, Sexo, Estado-civil, Ocupación. Todo esto nos va a servir para establecer los antecedentes del paciente e información por la manera de responder del paciente. El dentista puede medir el grado de inteligencia del paciente, el grado de cooperación. También es importante quien lo envía si lo envía otro paciente que está en tratamiento sobre la enfermedad parodontal. ha de estar informado sobre esta enfermedad. y si está informado sobre esta se requiere menos tiempo para su educación.

b.- Molestia principal.- Aquí se le pregunta al paciente cuál es el motivo de su visita. Siente dolor incomodidad, Con frecuencia se presenta para una inspección de rutina, sin embargo - habrá veces en que viene con urgencias, con dolor, hemorragias - o hinchazón en estos casos se atenderá la urgencia tan pronto - como se descubra la localización y su origen. Si no hay contra-indicaciones médicas u otras causas se pospondrá el resto de la entrevista para la siguiente cita.

c.- Historia medica.- Para determinar el estado de salud de un paciente nuevo se debe de llenar un cuestionario antes de la entrevista. Algunos profesionistas trabajan sin estas fichas --

otros la prefieren según, el criterio de cada uno.

A.- Historia dental.- Aquí vamos a anotar la historia de la enfermedad desde su inicio hasta la actualidad.

La historia dental ha de incluir todos los tratamientos dentales realizados en el pasado, ( ortodoncia, prótesis, eliminación de dientes incluidos etc. ) fechas aproximadas de tratamientos anteriores, raspado radicolar, curetaje, cirugía gingival - cirugía ósea, ajuste oclusal, ferulización, molestias anteriores, hemorragia gingival, abscesos parodontales, dolor, ardor, mal gusto, mal aliento.

Consulta médica.- después de la entrevista si el dentista considera que hay que realizar pruebas de laboratorio pueden estar indicadas las que siguen: Protis sanguíneo, prueba de laboratorio, biopsia, análisis de sangre, y orina, cuando se requiera consulta médica el dentista se pondrá en contacto con el médico del paciente.

B.- Examen Radiográfico.- Las radiografías nos van a dar la siguiente información:

- 1.- Altura ósea interdientaria y presencia de cortical.
- 2.- Patrones tuberculares.
- 3.- Zonas radiolúcidas que indican destrucción ósea y que se pueden confirmar mediante el sondeo.
- 4.- Pérdida ósea en las furcaciones.
- 5.- Ancho del espacio del ligamento parodontal.

6.- Relación entre corona y raíz.

7.- Forma y longitud de la raíz.

8.- Caries depositos de cálculo.

9.- Localización del seno del maxilar respecto a la cresta alveolar.

10.- Dientes ausentes, supernumerarios y retenidos.

0.- Examen Bucal.- Este examen comprende: inspección de tejidos blandos: carrillos, lengua, paladar blando y duro, encías, - dientes, oclusión, articulación temporomandibular.

Se tomaran radiografías seriadas de toda la boca y modelos - de estudio.

**Diagnóstico:**

Las observaciones anotadas en la ficha presentan la información recogida y detallada, que nos sirva para plantear el tratamiento y se proyecta el pronostico a partir de la observación y el diagnóstico, además hay que resumir los factores etiológicos primarios y contribuyentes, y características clínicas de - la encía.

**CAPITULO 1V**

**GINGIVITIS**

### GINGIVITIS

Es la inflamación de la encía.

Microscópicamente la gingivitis se caracteriza por la presencia de exudado. Inflamación en la lámina gingival, cierta destrucción de fibras gingivales y ulceración y proliferación del epitelio del surco.

#### Características Clínicas:

Las características más sobresalientes son los cambios de coloración, la forma del tejido y sangrado la inflamación puede ser aguda o con mayor frecuencia crónica. Puede haber hiperplasia, ulceración, neorósis, pseudomembrana y exudado purulento y seroso de las lesiones, pueden ser localizadas y generalizadas.

Las características de la gingivitis son determinadas por la valoración de la reacción inflamatoria. Por ejemplo la gingivitis aguda presentará una encía roja brillante, que suele estar ulcerada, hemorrágica y posiblemente dolorosa. el dolor, la hemorragia se ven en casos de abscesos gingivales, infección de Vincent, gingivitis estreptocócica, plasmositis o heridas gingivales y a veces se ven en la gingivitis del embarazo, discrasias, deficiencias nutricionales y desequilibrio endócrino.

La inflamación crónica se suele presentar junto con agrandamiento del tejido. La encía es de color magenta o puede ser fibrosa y no tan hemorrágica como la inflamación aguda, como regla es indolora. También es posible que la inflamación aguda se

sobreponga a la gingivitis crónica y estas tienen su origen en factores extrínsecos por ejemplo son: impactación de alimentos heridas ocasionadas por espinas de pescado, palillos dentales, en estados provocados por falta de higiene bucal.

Los factores intrínsecos.- Agravan o modifican la inflamación, estos factores incluyen el embarazo, deficiencias de vitamina y trastornos endócrinos.

Como análisis final.- La etiología de la gingivitis es un resultado de la acción recíproca de factores extrínsecos e intrínsecos.

Bolsas.- Es cuando el surco se profundiza por causas de la enfermedad.

Citología.- Las características celulares de la inflamación gingival incluyen los plasmocitos, linfocitos, leucocitos y algunos macrófagos.

Los plasmocitos que normalmente se encuentran en la encía plana son aumentados en la inflamación en número, y predominan en el característico inflamado celular redondo.

Los leucocitos polomorfocelulares. Están acumulados en torno de los cálculos bacteriales y residuos en la bolsa. En las úlceras del epitelio de la bolsa y abundan en los microabcesos en la inflamación crónica se describen como trasladándose de los vasos hacia la bolsa.

Cambios en el epitelio. El epitelio que tapiza la bolsa co-



mo el de la inserción y el de la encía externa. pródifera hacia la lámina propia esto puede ser una respuesta a la inflamación; células epiteliales dilatadas. espacios intercelulares ensanchados y los leucocitos polimorfonucleares y linfocitos pueden infiltrar el epitelio de la bolsa, el epitelio de inserción y el epitelio bucal, los leucocitos polimorfonucleares emigran a través de pequeñas úlceras en la pared del surco hacia la placa, cálculos y bacterias.

Cambios en el tejido conectivo.- El tejido conectivo subepitelial puede hallarse infiltrado por plasmocitos y linfocitos y se halla concentrado cerca de la pared de la bolsa o se dispersa en la lámina propia, hay cierta destrucción de las fibras dentogingivales y es posible un acumulo de células inflamatorias en torno a los vasos y entre los haces de fibras y estos son reemplazados por tejido-conectivo proliferante joven, que compone de capilares neoformados, células mesenquimáticas y células inflamatorias.

#### GINGIVITIS ULCEROSA NECROSANTE AGUDA.

Es una enfermedad inflamatoria de la encía. También se le conoce con otros nombres que son: infección de Vincent, gingivitis ulceromembranosa aguda, boca de trinchera, gingivitis ulcerativa aguda, estomatitis ulcerativa, etc.

#### Clasificación:

Aguda.- es la que con mayor frecuencia se presenta.

**Subaguda.**- Su forma relativamente más leve y persistente.

**Recurrente.**- Se caracteriza por periodos de remisión y exacerbación.

**Características Clínicas:**

Se caracteriza por la aparición repentina frecuentemente — después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda.

**Signos Bucales.**- Las lesiones características son; depresiones querateriformes, socavadas en la encía que abarca la papi-la interdentaria. La encía marginal o ambas hay olor fetido su-mento en la salivación y la hemorragia gingival espontánea o - abundante ante el estímulo más leve.

La gingivitis ulceronecrosante se presenta en bocas sanas o superpuestas a la gingivitis crónica o a las bolsas periodon-tales la lesión puede abarcar a un solo diente, varios dientes o toda la boca. Se presenta también en desdentados pero esto - es raro presentando lesiones esféricas aisladas en paladar bla-ndo.

**Síntomas bucales.**- Las lesiones son muy sensibles al tacto, hay dolor constante, irradiado, corrosivo, hay sabor metálico-desagradable, y la saliva es pastosa y abundante.

**Signos extrabucales y generales.**- En estados leves hay un - pequeño aumento de temperatura, en casos graves hay complica-ciones orgánicas marcadas, como fiebre alta, pulso acelerado -

leucocitosis, anorexia, y decaimiento general.

Reacciones generales.- Insomnio, estreñimiento, alteraciones gastrointestinales, cefálea y depresión mental.

Tratamiento:

Consiste en las siguientes fases:

1.- Local.- Alivio de la inflamación aguda, más tratamiento de la enfermedad crónica, subyacente a las lesiones agudas o que hay en cualquier parte de la boca.

2.- Sistémicas.-

a.- Tratamiento de soporte.- Alivio de los síntomas tóxicos generalizados como fiebre y malestar general.

b.- Tratamiento etiográfico.- La corrección de estados sistémicos que contribuyen a la iniciación o progreso de las alteraciones gingivales.

Antibióticos como: Penicilina procaína G, eritromicina o lincomicina.

Tratamiento quirúrgico: Raspaje y curetaje.

Las extracciones y cirugías gingivales se deben de posponer hasta cuatro semanas después de la remisión de los síntomas y signos agudos.

Si se requiere una intervención quirúrgica urgente en presencia de síntomas agudos se indicara quimioterapia profiláctica con antibióticos.

**GINGIVITIS DEL EMBARAZO.**

El embarazo por sí mismo no produce gingivitis.

La gingivitis en el embarazo tiene su origen en los irritantes locales al igual en personas no embarazadas.

El cuadro clínico en personas embarazadas es diferente al de personas no embarazadas en la gingivitis.

El embarazo es un factor modificador secundario.

Características:

Las características más sobresalientes es la vascularización pronunciada. La encía presenta inflamación, su color varía del rojo brillante al rojo azulado.

La encía marginal e interdentaria se encuentran: edematizadas, se hundan a la presión, se encuentran de aspecto liso y brillante, blandas y friables, hay aumento a la tendencia hemorrágica, los cambios gingivales por lo general son indolores — salvo que se compliquen con una infección aguda, úlceras marginales o la formación de una pseudomembrana en algunos casos la encía inflamada forma masas circunscritas de aspecto tumoral, — llamados tumores del embarazo.

2do y 3er mes aumenta la densidad de la gingivitis.

6vo mes aumenta la gingivitis.

9no disminuye la gingivitis.

2do y 3er trimestre la gingivitis aumenta en intensidad.

Después del parto la relación entre la gingivitis y la placa es más estrecha que durante el embarazo esto demuestra que el -

embarazo introduce otros factores que agravan la respuesta gingival a los irritantes locales.

La gingivitis del embarazo no se produce si no hay inflamación antes del embarazo o durante el.

**Tratamiento:**

Consiste en curetaje y una buena higiene bucal y estimulación de los tejidos después del parto.

Si la gingivitis es grave y hay tumores y agrandamiento en los tejidos hay que considerar la cirugía.

Por lo general la etapa más indicada es el 2do trimestre o bien en el octavo mes ya que hay un equilibrio ventajoso.

#### GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA (Gingivosis)

Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres por lo general después de los 30 años pero también puede presentarse en cualquier edad de la pubertad, y así mismo en hombres se observa tanto en bocas desdentadas como en bocas con dientes naturales.

Esta enfermedad puede presentarse en diversas etapas que son

a.- Forma leve.

b.- Forma moderada.

c.- Forma severa.

**Forma leve.-** En esta forma hay eritema difuso de la encía marginal, interdentaria e incertada. Es indolora, hay cambios de color generalizado, esto sucede entre mujeres de la edad de-

17 a 23 años sin que se presente un desequilibrio hormonal.

**Forma Moderada.**- Presenta manchas rojas brillantes y áreas grises que abarcan la encía marginal y la encía incertada; la superficie es lisa, se torna blanda, se deprime levemente a la presión y el epitelio no se adhiere con firmeza a los tejidos subyacentes, al masajear la encía el epitelio se descama y queda expuesto y sangrante. Este estado es más frecuente en las personas de 30 a 40 años. Hay sensación de ardor y presenta una sensibilidad a los cambios termicos, la inhalación de aire el cepillado y los condimentos suelen ser dolorosos.

**Forma severa.**- En esta forma la superficie lingual se encuentra menos afectada que la labial. Esta forma se caracteriza por áreas irregulares en los cuales la encía es de color rojo subido.

La superficie epitelial se encuentra descamada y friable y es posible desprender pequeños parches. Un chorro de aire produce la elevación del epitelio y la formación ulterior de una burbuja. La lesión es en extremo dolorosa ya que el paciente no tolera alimentos asperos, condimentos o cambios de temperatura.

Hay sensación constante de ardor seco.

La etiología es desconocida.

**tratamiento:**

El tratamiento de la gingivitis descamativa ha sido un problema que se presenta clinicamente, la mayoría de los procedi-

mientos que han aportado solo hay alivio temporal.

Se obtubieron buenos resultados con la aplicación tópica de corticoides.

El tratamiento debe de durar seis meses o más también es indispensable la buena higiene bucal, en casos rebeldes y con dolor, y cuando resulta difícil el proceso de la masticación se emplean aparatos protectores de plástico los cuales conservan el medicamento.

#### GINGIVITIS HERPÉTICA AGUDA

Es una infección de la cavidad bucal causada por el virus herpes simple. Frecuentemente infecciones bacterianas secundarias complican el cuadro clínico. La gingivo estomatitis aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de 6 años pero también se presenta en adolescentes y adultos.

Características clínicas.- La afección aparece como una lesión difusa eritomatosa y brillante de la encía y la mucosa bucal adyacente, con grados variables de edema y hemorragia gingival. En el periodo primario se caracteriza por la presencia de vesículas circunscritas esféricas grises y se localizan en la encía y mucosa labial o bucal, paladar blando, faringe y lengua.

Aproximadamente a las 24 horas las vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas úlceras dolorosas con un margen rojo y una porción central undida amarillenta, la enfermedad dura entre 8 y 10 días hay irritación generalizada de la cavidad bucal que im-

pide comer y beber se presentan manifestaciones herpéticas en labios, fiebre entre 38 y 40 grados centígrados.

#### Tratamiento:

Se han utilizado diversos medicamentos aplicados localmente como cloruro de zinc al 8 %, fenol alcanforado, alcánfor, solución de yodo talbot, soluciones de sulfonamidas. Estos son para que el paciente se sienta cómodo a medida que la enfermedad sigue su evolución.

Se elimina la placa los residuos alimenticios y los cálculos superficiales para reducir la inflamación. También se consigue alivio para que el paciente pueda alimentarse mediante la aplicación de clorhidrato de diclonina, buches anestésicos.

#### HIPERPLASIA GINGIVAL:

Esta enfermedad se caracteriza por el crecimiento excesivo de los tejidos parodontales debido al aumento del número de elementos del tejido fibroso de la encía. No es una lesión inflamatoria aunque esta puede afectar secundariamente.

Esta lesión puede ser localizada microscópicamente existe un aumento de elementos fibrosos y celulares.

La terapéutica es la incisión quirúrgica con cuidados postoperatorios.

#### GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA

Esta enfermedad es acompañada generalmente de una infección estreptocócica que puede ser generalmente en garganta o en las



amígdalas y se manifiesta por un enrojecimiento intenso, tumefacción y dolor al tragar en algunos casos el paciente puede tener fiebre, suelen plantearse problemas de diagnóstico diferencial la terapéutica a elección es a base de antibióticos.

#### HIPERPLASIA MEDICAMENTOSA

Se presenta en pacientes epilépticos. cuyo tratamiento es a base de dilantín sódico este tratamiento a base de este medicamento produce agrandamiento gingival que se torna irregular y - que sangra con facilidad el mecanismo de acción de este fármaco ocasiona este padecimiento y hasta la fecha se desconoce la causa de su origen.

Este agrandamiento al que nos referimos aparece sobre todo - en la superficie vestibular de la encía principalmente donde se encuentra mayor cantidad de placa bacteriana o sarro. A estos - pacientes se les debe de instruir sobre un control personal de placa bacteriana muy cuidadosamente echo y con regularidad se - debe eliminar las porciones de yejido anormal existente esto se logra por medio de la técnica denominada gingivectomía.

**CAPITULO V**  
**PARODONTITIS**

### PARODONTITIS

Es una enfermedad inflamatoria con destrucción de los tejidos de soporte del diente, causada por irritantes locales. también se estima que la parodontitis es una secuela de la gingivitis crónica avanzada que no se haya tratado a tiempo.

Los signos característicos de esta enfermedad son parecidos a los de la gingivitis pero aumentados en la parodontitis o sea que la inflamación es más acentuada desaparece el punteado de la encía insertada con formación de bolsas parodontales con exudado purulento que se manifiesta a la presión digital, se observa migración de la adherencia epitelial hacia apical hay absorción ósea y puede presentar movilidad dentaria.

La movilidad del diente puede ser muy variable, desde muy ligera a extrema o puede ser imperceptible a pesar de una lesión importante del parodonto.

El dolor es un sistema poco frecuente de la parodontitis, sin embargo, puede presentarse y muchas veces es intenso cuando se forma un absceso parodontal, o cuando se toma algo muy frío o caliente, los enfermos pueden quejarse de una sensación de prurito o de un dolor monotonico continuo. Al presionar los dedos — contra la encía o al apretar los dientes se puede obtener una mejoría transitoria.

Las bolsas parodontales se dividen en dos grupos:

Grupo 1:

1.- Bolsa falsa o pseudobolsa.- La adherencia epitelial no migra sino la encía presenta mayor profundidad en el intersticio-gingival por la inflamación que presenta.

2.- Bolsa verdadera.- Si existe una migración patológica de la adherencia epitelial y se divide en:

a.- Supradésea.- Es cuando la adherencia epitelial se encuentra más coronal hacia el hueso.

b.- Infradésea.- La adherencia epitelial se encuentra más - apical que el hueso ésto ocasiona la absorción del mismo.

Grupo II:

De acuerdo a la superficie que afecta.

1.- Bolsa simple.- Afecta una sola pared del hueso mesial o distal.

2.- Bolsa compuesta.- Afecta dos o más paredes.

Causas de esta enfermedad.- Acumulación excesiva de placa - formación de sarro, restauraciones que se encuentran por debajo del margen gingival, tipo de oclusión, diabetes, leusemia, y en fermedades sistémicas.

#### PARODONTITIS MARGINAL:

Características clínicas.- Inflamación crónica de la encía - formación de bolsas pero no siempre con pus, pérdida ósea, movi lidad dentaria, migración patológica, pérdida de los dientes.

Se localiza en un diente o en un grupo de dientes o puede - ser generalizada, según sea la distribución de los factores eti

ológicos.

Esta enfermedad progresa con ritmo variable por lo general - aparece en la edad avanzada.

La parodontitis simple puede ser indolora pero puede manifestar síntomas como:

1.- Sensibilidad a cambios térmicos, a la alimentación y al estímulo táctil.

2.- Dolor irradiado profundo y sordo a la masticación, después de ella causado por el acumulamiento forzado de alimentos dentro de las bolsas parodontales.

3.- Síntomas agudos como el dolor punsante y sensibilidad a la percusión provenientes de abscesos parodontales o de gingivitis ulceronecrosante.

4.- Síntomas pulpares como sensibilidad al dulce, cambios térmicos dolorosos punsantes como consecuencia de pulpitis que se origina en la destrucción de la superficie radicular por la acción de la caries.

Etiología.- La periodontitis siempre es causada por una variedad de irritantes locales que generan inflamación gingival y extensión de la inflamación hacia tejidos parodontales de soporte.

#### • PARODONTITIS COMPUESTA

Características clínicas.- Son las mismas que las de la parodontitis simple, con las siguientes excepciones; hay frecuencia más alta de bolsas infraóseas y pérdida ósea angular más que ho

horizontal, ensanchamiento del espacio del ligamento parodontal, - la movilidad dentaria tiende a ser más intensa, frecuentemente, con inflamación gingival pequeña.

**Etiología.**- Se origina por los efectos combinados de la irritación local más el trauma de la oclusión.

Los cambios degenerativos en el trauma de la oclusión agravan los efectos destructores de la inflamación.

**Tratamiento:**

La eliminación de la bolsa parodontal es la clave del tratamiento parodontal, es un factor decisivo en la restauración de la salud arodontal y la detección de la destrucción de los tejidos parodontales.

Los metodos de eliminación de la bolsa se clasifican en:

- 1.- La técnica de raspaje y curetaje.
- 2.- La técnica quirurgica que incluye la gingivectomia y las operaciones por colgajo.

Una parte importantisima es el control de la placa bacteriana.

**PERIODONTOSIS:**

Designa la destrucción no inflamatoria degenerativa crónica del periodonto que comienza en un tejido periodontal o más.

Se caracteriza por la migración y aflojamiento temprano del diente o de los dientes en presencia de inflamación gingival secundaria y formación de bolsas o sin ellas.

Si se deja que siga su curso, los tejidos periodontales se destruyen y los dientes se pierden.

Esta afección se denomina también como Atrofia Difusa Del Hueso alveolar.

**Características Clínicas.**— Afecta tanto a mujeres como hombres y es más frecuente en el periodo entre la pubertad y los 30 años.

Las áreas de los incisivos superiores e inferiores y de primeros molares son las atacadas primero, con mayor intensidad y por lo general bilateralmente.

La destrucción menor se produce en la zona de los premolares inferiores.

La migración dentaria es el primer signo clínico y se produce sin alteraciones inflamatorias detectables. El cuadro habitual consiste en la migración vestibulo-lingual, extrusión y aflojamiento de los dientes incisivos superiores y la aparición de diastemas.

**Etiología:**

- a.- El desequilibrio metabólico.
- b.- Las alteraciones hormonales heredadas.
- c.- Enfermedades debilitantes.
- d.- Diabetes.
- e.- Sífilis
- f.- Deficiencia nutricional.

- g.- Hipertención**
- h.- Enfermedades de la colagena.**
- i.- Inferioridad heredada del órgano dentario.**



**CAPITULO VI**  
**ABSCESO PARODONTAL**

#### **ABSCESO PARODONTAL**

Es una inflamación purulenta localizada en los tejidos parodontales.

Según el proceso inflamatorio los abscesos parodontales pueden clasificarse en:

Absceso parodontal agudo.

Absceso parodontal crónico.

Absceso parodontal subagudo.

Absceso parodontal agudo.- Aparece rápidamente, el hueso es destruido rápidamente pero también es capaz de sanar más pronto.

Absceso parodontal crónico.- Es una acumulación de pus en una bolsa que carece de drenaje adecuado. No trastorna la función ni causa molestias.

Absceso parodontal subagudo.- Es una clasificación arbitraria de los abscesos que no son graves, pero que presentan síntomas claros, y se aplica especialmente a los abscesos crónicos que se agudizan.

Características clínicas:

Absceso agudo.-

a.- Elevación ovoidea en la encía cerca de la superficie lateral de la raíz.

b.- Edema se presenta una zona roja y la superficie se encuentra lisa y brillante.

c.- Consistencia variable.

**Sintomas.-** Presenta dolor pulsátil irradiado, sensibilidad a la palpación y a la percusión, movilidad dentaria, en casos graves fiebre y malestar general.

**Absceso paradontal crónico.-** A veces presenta una fistula -- por el cual drena exudado, puede presentar exudación intermitente a través del orificio por el que puede introducirse una sonda hacia la trayectoria de la fistula.

**Sintomas.-** Generalmente es asintomático, el paciente puede declarar un dolor vago, ligera elevación del diente con desecado morder y desgastarlo. puede haber exacerbaciones agudas con todos los síntomas característicos.

**Etiología:**

La mayor parte de los abscesos se originan por:

a.- Cuando la supuración de la bolsa paradontal tiene lugar en la cara interna de la pared blanda, la inflamación e infección de la bolsa va hacia los tejidos paradontales más profundos con localización del proceso inflamatorio supurativo, en la cara lateral de la raíz y obstrucción del drenaje a la cavidad bucal y es así como se forma un absceso paradontal.

b.- Las bolsas que describen cursos tortuosos alrededor de la raíz, pueden cerrarse y provocar un absceso paradontal. La retención de productos de secreción purulenta, pueden dar lugar a la formación de un absceso intraóseo de evolución lenta y dolorosa, acompañado frecuentemente de importantes manifestaciones

locales y signos generales.

c.- Cuando después de un tratamiento parodontal incompleto - se contrae el margen gingival quedando serro, éste causa la for mación persistente de pus en una parte de la raíz; esto ocurre en los casos de bifurcaciones o trifurcaciones incorrectamente-tratadas.

d.- También se puede formar un absceso como resultado de una inflamación crónica de larga duración lo que dificulta el drena je de la bolsa.

e.- Cuando existe una historia de trauma o perforación de la pared lateral de la raíz, por un tratamiento endodéntico.

**Tratamiento.-**

Antibióticos, analgésicos, y una vez que hay alivio eliminación de bolsas parodontales y raspaje y curetaje.

**BIBLIOGRAFIA:**

**IRVING GLICKMAN**  
**PERIODONTOLOGIA CLINICA**

**DANIEL A. GRANT.**

**IRVING B. STERN.**

**FRANK G. EVERETT.**

**SHAPER WILLIAM.**

**PATOLOGIA BUCAL**

**ZEGARELLI EDWARD V.**

**DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.**

**BHASKAR.**

**PATOLOGIA BUCAL**

**GOLDMAN, SCHUGER? FOX AND COHEN**

**TERAPEUTICA PERIODONTAL.**

**THOMA H. I.**

**PATOLOGIA BUCAL.**