

L. J. J. J. J.
306

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



GINGIVITIS DURANTE EL EMBARAZO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUZ MARIBEL FABELA RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

1979

14688



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.

GINGIVITIS DURANTE EL EMBARAZO

I	PROLOGO	2
	Objetivo	
	Meta	
II	PARODONTO	3
	Definición	
	Encía	
	Ligamento Parodontal	
	Cemento	
	Hueso Alveolar	
III	GINGIVITIS.....	14
	Historia	
	Estadísticas	
	Intensidad y Frecuencia	
	Etiología	
	Inducción y Curso	
	Aspectos Clínicos	
	Histopatología	
IV	AGRANDAMIENTO GINGIVAL	27
	Aspectos Clínicos	
	Histopatología	
V	PREVENCION	31
VI	TRATAMIENTO	32
	Raspado y Curetaje	
	Gingivectomía	
	Gingivoplastia	
	Fisioterapia Bucal	
	Instructivo para el Paciente Tratado	
VII	CONCLUSIONES	46
VIII	BIBLIOGRAFIA	47

PROLOGO

El cirujano dentista de práctica general y no exclusivamente el especialista en parodoncia, debe de estar alerta para descubrir y tratar tempranamente las enfermedades parodontales; y así mismo la necesidad de eliminar todas las causas potenciales para crear una parodontopatía. Es importante observar que la enfermedad parodontal ocasiona la pérdida de piezas dentarias en grupo.

El propósito de esta obra es hacer notar, la importancia que representa la mujer embarazada en la práctica odontológica, para dar la debida atención oportuna y adecuada de los problemas parodontales durante el transcurso del embarazo, los problemas parodontales han sido olvidados por los médicos generales y odontólogos.

La meta de esta tesis, es ofrecer, los conocimientos que permitan llegar a un tratamiento adecuado en el mantenimiento de la salud del parodonto, durante el embarazo.

DEFINICION

Periodontología: del griego PERI, alrededor, ODONS, diente y LOGOS, tratado.

La periodoncia: es la rama de la estomatología que estudia el parodonto, ya sea en salud ó en enfermedad.

Parodonto: es el conjunto de tejidos que sostienen al diente, (paradencia y periodoncia resultan términos sinónimos por estar incluido entre estos tejidos el cemento).

El parodonto es la unidad biológica formada por cuatro elementos:

- a) Encía.
- b) Ligamento parodontal.
- c) Cemento radicular.
- d) Hueso alveolar.

Siendo los dos primeros tejidos conectivos y los dos restantes tejidos duros; "los elementos del parodonto" funcionan como un todo, ya que cuando se altera uno de los elementos --mencionados, los demás sufren trastornos, inmediatos ó mediatos.

ENCIA

Es parte de la fibromucosa bucal que cubre los procesos --alveolares y rodean el cuello de los dientes. Se divide desde el punto anatómico:

a) Encía marginal, limitada hacia incisal por el margen --gingival y en apical vestibularmente por el surco gingival, internamente el límite de la encía marginal es el principio --de la inserción epitelial.

b) Encía insertada, limitada hacia incisal por el surco --gingival y hacia apical convencionalmente por el principio de la encía alveolar.

c) Encía alveolar ó fibromucosa, limitada hacia incisal --por el principio de la encía insertada y hacia apical por el fondo del saco vestibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La encía marginal es de color rosa oscuro, superficie aterciopelada y consistencia suave, posee una cara interna que va adosada al diente, cuyo límite interno es un elemento histológico especializado que se denomina inserción epitelial, - la que puede definirse como la unión interna de la encía con la pieza dentaria.

La encía insertada, es de color rosa pálido, de consistencia firme y superficie rugosa, comparable al aspecto poroso - de una cáscara de naranja (puntilleo). Se encuentra adherida a los procesos alveolares, esta encía está separada de la mucosa alveolar por la línea mucogingival, perfectamente clara en todas las personas que tienen una encía sana.

La encía alveolar, es de color rojo, de consistencia suave, no está adherida al proceso alveolar como la encía insertada y la encía marginal, la encía alveolar con respecto al grado de densidad del tejido conjuntivo subyacente, es laxo, lo que nos permite observar los vasos arteriales y venosos que nutren a estos elementos, a diferencia de la encía insertada que es densa.

Papila interdientaria, es la parte de la encía marginal que se encuentra en el espacio interproximal por debajo del área de contacto, en realidad esta estructura es de forma piramidal y consta de dos papilas: papila vestibular y papila lingual, - ambas papilas están unidas por una depresión llamada col o -- collado.

LAS FIBRAS GINGIVALES DE SOSTEN

1) Dentogingivales, se extiende inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial y se dirige a la capa papilar de la lámina propia.

2) Crestogingivales, se desprende de la cresta ósea dirigiéndose en abanico hacia la capa papilar.

3) Dentoperiostales, se dirige inmediatamente por debajo de la adherencia epitelial, hacia la cresta ósea, le da la vuelta y se inserta en el periostio.

4) Transeptales, se extienden interproximalmente insertando se del cemento de un diente con el cemento del diente contiguo.

5) Circulares, las cuales no se insertan en ningún sitio si no que van por todo el tejido conjuntivo de la encía alveolar en forma de anillo, circundando al diente.

A todas las fibras de sostén y la adherencia epitelial se le conoce como la unión dentogingival.

FISIOLOGIA

La función de las fibras gingivales de sostén es: mantener la encía adosada al diente, de proveerla de rigidez, de resistencia ante el ataque de las enfermedades parodontales.

INTERSTICIO GINGIVAL O SURCO GINGIVAL

Es una hendidura que rodea al diente, de forma triangular - y está limitada por un lado por el epitelio crevicúlar (carece de valor protector, actúa como membrana semipermeable), por el otro lado, por la superficie del diente y el vértice de su --- triángulo se localiza la adherencia epitelial.

La adherencia epitelial, es el medio de unión entre la encía y el diente.

LIGAMENTO PARODONTAL

Es el elemento histológico que une firmemente el cemento al proceso alveolar, es de origen mesodérmico y proviene de la capa media del saco dentario.

ELEMENTOS HISTOLOGICOS

- 1) FIBROBLASTOS
- 2) CEMENTOBLASTOS
- 3) OSTEÓBLASTOS
- 4) OSTEÓCLASTOS
- 5) VASOS NERVIOSOS Y LINFÁTICOS
- 6) RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ

1) Fibroblastos, tienen forma de huso, con núcleo central, se agrupan en haces y forman fibras que son: a) fibras principales.

b) fibras secundarias.

a) Fibras principales, son las que se introducen en el cemento dentario a expensas de un cemento no clasificado denominado cementoide, que se clasifica posteriormente y atrapa a la terminación de la fibra principal; a la parte atrapada se le denomina fibra de Sharpey. Este elemento se localiza a nivel de hueso alveolar. El hueso alveolar tiene la propiedad de formar tejido joven que se denomina Osteoide, y que realiza las mismas funciones que el cementoide. Las fibras forman la parte media del ligamento parodontal, un entrecruzamiento que se denomina Plexo Intermedio; se hace notar que ninguna fibra llega de lado a lado del hueso y cemento, sino que cada fibra se entrecruza formando dicho plexo, así que la unión entre el hueso y el cemento estará formada por dos ó más fibras principales.

b) Fibras secundarias, es el conjunto de fibroblastos que no tienen fibras de Sharpey, por lo tanto su función es la de servir de relleno para que pasen a través de ella los elementos nutritivos y sensoriales de este tejido.

FISIOLOGIA

La función de las fibras principales es la de mantener unido el diente a su alveólo.

Las fibras principales forman ligamentos completamente diferentes que se dividen en:

a) Ligamento gingival libre, se extiende del cemento a la encía en donde se pierde, confundiendo con el tejido de la encía marginal. Su función es proporcionarle tono a la encía y así preservar el intersticio gingival.

b) Ligamento transeptal, se extiende del cemento de una pieza al cemento de la pieza contigua, por encima del vértice de la cresta alveolar. Su función consiste, en mantener el área de contacto.

c) Ligamento cresta alveolar, se insertan en el vértice de la cresta alveolar y se dirige al cemento en su zona coronal. Su función, evita el desalojamiento dentario en sentido incisal.

d) Ligamento de fibras oblicuas, es el ligamento más poderoso y va de incisal hacia apical y del hueso alveolar hacia el esmalte. Este grupo compensa los impulsos verticales axiales que reciben, las piezas dentarias al ponerse en contacto con el bolo alimenticio ó con sus antagonistas, mantienen a las piezas en un equilibrio fisiológico adecuado. Todo estímulo que sigue el eje mayor del diente es benéfico al parodonto y se considera como un factor estimulante para que el fibroblasto forme mayor cantidad de ligamentos.

e) Ligamento de fibras horizontales, van del hueso al cemento por debajo del grupo anterior. Su función es evitar los desplazamientos laterales.

f) Ligamento periapical, sirve para evitar desplazamientos bruscos en el ápice tanto en sentido vertical como lateral.

2) Cementoblastos, son células encargadas de fagocitar hueso.

3) Osteoblastos, son células formadoras de hueso que se deposita en forma de capas y se denomina hueso alveolar.

4) Osteoclastos, son células de fagocitar hueso a nivel de las lagunas de Howship (son concavidades producidas por resorción).

5) Los nervios, no sólo tienen terminaciones nerviosas sensitivas, sino además terminaciones propioceptivas, por lo que se percibe la sensación de lugar en los estímulos dolorosos.

Los linfáticos, siguen el trayecto de los vasos arteriales y venosos y desembocan en los colectores carotídeos, submaxilares y sublinguales.

Irrigación, las arterias que nutren al ligamento provienen de la arteria dental que al llegar al foramen apical se bifurca en una rama para la pulpa dentaria y otra para el ligamento. Así mismo se encuentran ramas de la arteria facial que perforando la cresta alveolar, forma la red arterial que nutre al ligamento parodontal; las venas verten su contenido en los vasos del mismo nombre.

6) Restos epiteliales de Malassez, provienen de la vaina de Hertwig, que se forma durante el desarrollo de la raíz, estos restos epiteliales quedan atrapados en el ligamento.

FISIOLOGIA DEL LIGAMENTO PARODONTAL

Tiene dos grandes funciones:

- 1) Biológica, que consta de tres aspectos:
 - a) Formativa
 - b) Nutritiva
 - c) Sensorial

La formativa, está determinada principalmente por los elementos histológicos capaces de regenerar tejido.

La nutritiva, está dada por elementos arteriales de la región.

La sensorial, está determinada por el tejido nervioso que inerva al ligamento parodontal.

FALTA

LA PAG.

9

2) Función mecánica o de sostén, ésta mantiene la pieza dentaria adherida al alveolo óseo que la circunda, esta función - está representada principalmente por los grupos de ligamentos mencionados anteriormente.

CEMENTO

Es un tejido de origen mesodérmico y proviene de la capa interna del saco dentario, es un tejido conjuntivo, especializado y calcificado que recibe la raíz anatómica.

Propiedades físicas.

Tiene un 55% de materia inorgánica y un 45% de materia orgánica y agua, su grosor es de 50 micras, en el tercio coronal y aumenta gradualmente hacia apical hasta alcanzar de 150 ó 200 micras. Hay dos tipos de cemento:

- a) Acelular
- b) Celular

Desde el punto de vista funcional estos dos cementos son exactamente iguales.

El cemento acelular, está en el tercio medio y coronario de la raíz dentaria.

El cemento celular, está en el tercio apical de la misma.

FISIOLOGIA

La función principal del cemento, tanto acelular como celular es de formar cementoide.

Entre las funciones más importantes de este elemento están las de:

a) Compensar el movimiento de erupción activa y mesialización fisiológica por medio de las aposiciones de cemento que se efectúan durante toda la vida activa de la pieza dentaria.

b) Poder formar cemento joven para dar apoyo e inserción a las fibras principales del ligamento parodontal.

HUESO ALVEOLAR O PROCESO ALVEOLAR

Producto de la capa externa del saco dentario de origen mesodérmico, se desarrolla al mismo tiempo que la raíz dentaria.

Sostiene y forma a los alveolos dentarios, está formado a su vez por la pared interna del alveolo que es un hueso compacto delgado que está en contacto con el ligamento parodontal, - se denomina lámina dura ó hueso cribiforme, radiográficamente se observa una capa radiopaca que termina en oclusal en forma de pico de flauta cerrandose las dos capas interproximales hacia el vértice del alveolo de la pieza dentaria contigua. Se le denomina hueso cribiforme por los múltiples orificios que representa su superficie, y que dan paso a los elementos nutritivos y nerviosos de la región. Está lámina dura que da paso a los nutrientes tiene como relleno al diploe cuyas trabéculas-- están orientadas según los requerimientos funcionales que recibe el diente durante la masticación, existiendo mayor cantidad de trabéculas en los lugares donde las fibras principales se agrupan en haces ó ligamentos. También en este tejido como en el cemento encontramos hueso joven cuya función es semejante al cementoide (para que las fibras principales puedan insertarse en él, y cuando se calcifiquen queden firmemente adheridos a este elemento.

HISTOLOGIA DEL HUESO

Está formado por una matriz calcificada, por osteocitos que son osteoblastos envejecidos y sin actividad, que han sido atrapados por las diferentes aposiciones de hueso laminar. Hacia ligamento encontramos osteoblastos, células formadoras de hueso que favorecen la actividad en el desarrollo del osteoide que tiene el mismo papel que el cementoide.

TABIQUE INTERDENTARIO

Está formado por hueso esponjoso y limitado por las paredes de los alveolos de los dientes vecinos y por las tablas corticales vestibular y lingual ó palatina, el contorno del proceso alveolar, va a estar dado por las pronunciaciones de las raíces, la angulación de las mismas, la alineación y las fuerzas oclusales.

Tanto el hueso como el cemento tienen la propiedad de formar capas durante toda la vida activa de la pieza dentaria que compensa la erupción activa y el movimiento de mesialización fisiológica.

GINGIVITIS DURANTE EL EMBARAZO

HISTORIA

Desde varias décadas es conocida, la existencia de lesiones gingivales en mujeres embarazadas.

Por lo cual, varios investigadores han elaborado diversos estudios sobre el tema. En 1933 Ziskin, experimentó con animales de laboratorio, inyectándoles estrógenos y progesterona, pudiendo reproducir cuadros gingivales similares a los del embarazo, con esto se demostró que las hormonas sexuales, juegan un papel muy importante en el edema gingival, en la producción de exudado durante el embarazo en animales y en humanos.

En 1939 Cohen y colaboradores, efectuaron un trabajo longitudinal en mujeres embarazadas, pudiendo estudiar al tejido gingival durante el embarazo y en el parto, obteniendo que todas las mujeres embarazadas presentan un cierto tipo de gingivitis que disminuye espontáneamente en cierta medida en el post-parto. Loe y Silnes observaron que las mujeres embarazadas en el 100% de los casos presentan alguna forma de gingivitis marginal.

Maier y Orban en 1947 fueron los primeros en designar que la irritación local es el factor desencadenante de las lesiones gingivales.

En estudios anteriores hechos sin índices de tipo epidemiológicos, la frecuencia de alteraciones fué: Wilson-Skinner en 1951 de 54% de alteraciones gingivales; Hilmig F. en 1952, halló un 47%; Grydly S. en 1954 encontró un 23%; más tarde Loe y sus colaboradores encontraron en 1963 la verificación en un 100% de alteraciones gingivales; y lo mismo sucedió con los investigadores Kolodzinsky y sus colaboradores, observaron en 1974 un 100% de gingivitis y 3.03% de tumor del embarazo.

Otro cambio periodontal en el embarazo es el aumento de la movilidad descrita por Rateiskak, quien lo observó especialmente en los últimos meses del embarazo y lo atribuyó a cambios biofísicos en el ligamento y el hueso alveolar.

Lindhe y sus colaboradores, en trabajos con animales de experimentación (conejos) demostraron que los estrógenos y en mayor grado la progesterona, provocan cambios a nivel de los capilares en el tejido gingival.

Lindhe en 1967 estudió la acción de pastillas anticonceptivas, sobre el margen gingival, ya que éstas actuarían provocan

do cambios hormonales parecidos al embarazo. Pudo observar - que aumenta el exudado gingival después de un lapso más o menos prolongado de la toma del anticonceptivo, debiéndose esto presumiblemente al aumento de la permeabilidad de los vasos.

ESTADISTICAS

Dado que los reportes sobre la incidencia de gingivitis durante el embarazo son medio confusos, se decidió tomar varios estudios.

En 160 pacientes de las cuales 40 estaban en el primer trimestre, 40 en el segundo trimestre, 40 en el tercer trimestre del embarazo y 40 no lo estaban; la condición de la encía fue llevada por el método de Loe y Silnes. Los resultados mostraron que; si existe un aumento significativo en la severidad de cada caso durante el embarazo, mientras que algunas de las -- embarazadas si tuvieron alguna alteración del parodonto pero -- no en el grado de la gingivitis, se demostro que los depósitos de sarro ó las alteraciones por irritantes tienen una correlación en las alteraciones gingivales.

En un estudio de 477 embarazadas y de 233 no embarazadas se determinó que los cambios hormonales son factores predisponentes para los cambios parodontales, siendo la placa bacteriana -- un factor precipitante en la reproducción de los cambios patológicos.

En un grupo de 267 pacientes se encontró un 35% en la incidencia de gingivitis cuando la placa no está controlada pero -- en un segundo grupo de 152 pacientes donde la placa fué controlada la incidencia era de sólo 0.03%.

INTENSIDAD Y FRECUENCIA

Las lesiones gingivales por lo general aparecen a partir -- del segundo mes de gestación.

El índice gingival aumenta en el segundo y tercer trimestre del embarazo, y este persiste durante todo el embarazo, la -- gingivitis más intensa se observa en el octavo mes, para que en el noveno disminuya, y después del parto decrezca con rapidez a nivel del primer trimestre.

Se puede apreciar que a las pacientes con gingivitis crónicas leves que no les llamaba la atención su encía antes del embarazo se preocupan por ella en el embarazo por las zonas inflamadas que se tornan excesivamente hipertróficas e hiperémicas con un cambio de color más llamativo, provocando sangrado a cualquier estímulo físico. Sin embargo la acumulación de placa sigue el mismo patrón.

La correlación entre la gingivitis y la cantidad de placa es más estrecha después del parto que durante el embarazo. Ello sugiere que el embarazo introduce otros factores que agravan la respuesta gingival a los irritantes locales.

FRECUENCIA

Se observa que en el 100% de las pacientes embarazadas presentan alguna forma de gingivitis marginal y que esta aumenta durante el embarazo.

ETIOLOGIA

La etiología de la enfermedad gingival durante el embarazo se divide en :

Factores Endógenos

Factores Exógenos

Los factores exógenos son los del medio que rodean al parto y los factores endógenos son los que provienen del estado general del paciente.

Los factores exógenos producen inflamación que es el problema principal de la enfermedad gingival. Los factores endógenos condicionan la respuesta gingival.

Antes de seguir adelante, quisiera dejar claro un concepto importante: El embarazo por sí solo no produce enfermedad gingival, la encía de la mujer embarazada no presenta patología si no existen irritantes locales. Pero los irritantes locales se presentan en la gran mayoría de las personas, y que en el embarazo estos van a influir en la respuesta gingival dependiendo de los irritantes.

Como se puede observar es compleja la etiología, y sin em--

bargo, aún queda sin aclarar debidamente la interrelación del proceso hormonal y el cuadro gingival.

FACTORES ENDOGENOS

Los cambios hormonales que se presentan durante el embarazo, son un factor endógeno.

Otro factor poco común y que puede influir en este cuadro gingival, es el nutricional: como es la deficiencia de la vitamina "C" cuya disminución ha demostrado Sshuck.

INFLUENCIA HORMONAL EN LA GINGIVITIS

Las glándulas endócrinas ocupan un destacado lugar en todos los importantes fenómenos vitales del organismo: reproducción y funciones que acompañan a ésta, crecimiento, etc...

Cada una de estas glándulas endócrinas es un órgano que según la naturaleza de sus células, producen una o varias sustancias activas, que recogidas por la sangre se encargan de llevar un mensaje químico definido capaz de iniciar un equilibrio ó inhibir una determinada función.

Durante el embarazo las hormonas que van a influir en él -- son:

Gonadotropina Coriónica

Está aparece aproximadamente 7 días después de la fecundación. La síntesis de esta hormona asciende rápidamente y cerca de las seis semanas alcanzan su máximo; posteriormente desciende y en los dos últimos trimestres del embarazo se mantiene en cifras bajas. Una semana después del parto la hormona prácticamente ha desaparecido de la circulación materna.

Aún se desconoce su función ó si influye directamente en el cuadro gingival de las mujeres embarazadas, este efecto de las gonadotropinas esta a discusión.

Durante el ciclo del embarazo se produce un aumento muy importante en la síntesis de hormonas, así tenemos que el -- pregnandiol y el estriol (importante para nosotros) sufren un

incremento hasta del 200% en comparación con los valores encontrados fuera del embarazo.

Estrógenos

El Estriol, el más abundante durante el embarazo, su síntesis se lleva a cabo en placenta-feto. La función de la gran concentración de estrógenos: actúan como hormonas de crecimiento en la masa muscular uterina, en expulsar al feto en el momento del parto, modifica el colágeno del endometrio transformándose éste en un tejido embrionario que aumenta la elasticidad, además aumenta la mitosis, la proliferación vascular.

Cantidades de estrógenos, netamente superiores a las observadas durante el ciclo menstrual, no se encuentra hasta el tercer o cuarto mes del embarazo. Aproximadamente de la decimosexta semana de gestación hay un aumento progresivo de los estrógenos hasta la trigésima tercera semana. Desde este momento hasta poco antes del término, la curva de excreción aumenta más rápidamente. Como máximo la excreción puede alcanzar cifras tan elevadas como 25 a 50 mg. en 24 horas. En algunos casos el estrógeno disminuye una o dos semanas antes del parto, o puede persistir hasta el término del embarazo. Después del parto desciende muy rápidamente los niveles de estrógenos.

Progesterona

Pregnandiol, es el compuesto que se produce en mayor cantidad en la placenta. La progesterona desempeña un papel importante en todas las etapas del embarazo, esta íntimamente relacionado con los tejidos placentarios.

Fisiología, esta dada por que impide que se establezcan contracciones uterinas, solo contracciones débiles que de la señal para la expulsión del feto.

En el tejido conectivo modifica la sustancia interfibrilar, también actúa sobre la permeabilidad de los vasos sanguíneos provocando una alteración en la presión osmótica, aumenta el contenido de Na y Cl en el tejido conectivo con retención de agua y edema.

Niveles elevados de estrógenos y progesterona aumentan el exudado gingival en animales hembras sin gingivitis y con enfermedad gingival, muy posiblemente a causa de la mayor permeabilidad de los vasos gingivales inducida por hormonas.

La progesterona sola produce dilatación de los microvasos - gingivales, lo cual acrecenta la susceptibilidad a las lesiones y el exudado, pero no afecta a la morfología del epitelio gingival; favorece a la infiltración de líquidos en los tejidos perivasculares.

Durante los tres primeros meses de gestación los niveles de pregnandiol permanecen aproximadamente a la misma altura que los encontrados en los primeros meses, oscilando entre cuatro y diez miligramos en 24 horas. Más tarde alrededor de la décima tercera semana, aumenta rápidamente y para la vigésima quinta puede llegar de 10 a 40 miligramos en 24 horas; - pueden obtenerse valores tan altos como 70 a 100 miligramos - en 24 horas durante el séptimo y octavo mes. Hay un descenso a veces sorprendente durante las últimas semanas del embarazo y al final un aumento de la excreción de pregnandiol antes de comenzar el parto.

Hay otras hormonas que aumentan durante el embarazo como la tiroxina, el cortisol, la aldosterona, la relaxina; se ignora si tienen una función determinada en el cuadro gingival.

¿Cómo se pueden explicar los efectos hormonales en la respuesta gingival?

El hecho es que se encontró que en el 100% de los casos, se presenta alguna forma de gingivitis marginal y se permite sospechar que la influencia hormonal tiene una mayor correlación con la gingivitis durante el embarazo que la conocida hasta el presente.

Durante el primer trimestre, cuando hay un incremento de gonadotropina, se presenta gingivitis en su estado primario y - que durante el tercer trimestre cuando los niveles de estrógeno y progesterona son los más altos se presenta una mayor alteración en los tejidos gingivales, y al haber una disminución

de las hormonas después del parto hay un descenso en la infla mación gingival si la placa bacteriana no ha sufrido un incre mento durante el embarazo.

La intensidad de la gingivitis varía con los niveles hormo-
nales encontrados en sangre de la mujer embarazada.

Con la ayuda de la reacción del yodo en las encías han podi-
do demostrar que las lesiones yodopositivas aumentan intensa-
mente después del cuarto mes de gestación. Tras el parto se
presenta una rápida normalización de las reacciones del yodo
de las encías. La extensión media de las alteraciones yodoposi-
tivas de las embarazadas afectas de gingivitis fueron directa-
mente proporcionales al peso de la placenta.

Se admite que la gingivitis de la encía durante el embara-
zo está condicionada por hormonas placentarias.

FACTOR ENDOGENO

El estado nutricional del paciente afecta el estado del parodonto, al igual que los efectos lesivos de los irritantes -- locales. Sin embargo, ninguna deficiencia nutricional causa -- por sí misma gingivitis, es preciso que haya irritantes loca les para que esas lesiones se produzcan.

La magnitud del estado nutricional para que afecte a los tejidos bucales es una cuestión individual, para la cual no hay medida. A veces las alteraciones bucales proporcionan los primeros signos de la existencia de la deficiencia nutricional.

DEFICIENCIA DE VITAMINA "C"

La deficiencia de vitamina "C", genera la formación y mantenimiento defectuoso del colágeno, mayor permeabilidad capilar, susceptibilidad a hemorragias traumáticas.

Enfermedad gingival, como signo clásico de la deficiencia de la vitamina "C", se describe a la gingivitis y el agrandamiento hemorrágico como rojo azulado de la encía, edema y degeneración de las fibras colágenas, pero la deficiencia aguda de vitamina "C", no causa la frecuencia de la gingivitis, ni la aumenta, irritación local habrá de estar presente para que aparezca la gingivitis.

En ausencia de vitamina "C", no existe síntesis de colágeno porque esta vitamina actúa como mediador para que el aminoácido prolina se hidrolice y de origen a la hidroxiprolina, este es el ácido específico para que haya síntesis de colágeno. Se debe administrar dosis de 6 grs.

FACTORES EXOGENOS

Los cambios periodontales se manifiestan por una inflamación en los tejidos gingivales, en el cual el factor principal son los irritantes locales, de tal que el efecto de los irritantes locales es agravado notablemente por el estado general del paciente, en este caso serán las alzas de hormonas secretadas durante el embarazo.

Factores locales

Placa dentobacteriana, es el factor etiológico principal de la gingivitis durante el embarazo y constituye la etapa primaria del cálculo dentario.

Hay muchas causas locales de la enfermedad gingival, una higiene bucal insuficiente y por consiguiente la aparición de la placa dentobacteriana. Esto se demuestra con la correlación, alta entre la higiene bucal insuficiente, la presencia de placa y la frecuencia de la enfermedad gingival.

En experiencias con seres humanos, cuando se interrumpen los procedimientos de higiene bucal, se acumula placa y la gingivitis aparece entre los diez y veintión días; la severidad de la inflamación está en relación con la velocidad de formación de la placa. Al restaurar los procedimientos de higiene bucal, la placa se elimina de casi todas las superficies dentarias dentro de las próximas 48 horas y la gingivitis desaparece entre uno y ocho días más tarde, caso visto en mujeres no embarazadas, en el embarazo esta gingivitis aumenta por los factores endógenos, aunque no esté en correlación la placa.

Importancia de la placa dental

La importancia fundamental de la placa dentaria en la etiología de la enfermedad gingival reside en la concentración de bacterias y sus productos. Las bacterias contenidas en la placa y en la región del surco gingival son capaces de producir daño en los tejidos.

Los microorganismos son importantes en la etiología de la enfermedad gingival, como factor desencadenante, la manera exacta en que participan en el proceso patológico y su relación con otros factores es que:

La placa dentaria concentra bacterias y sus productos en el área gingival desplaza el equilibrio en favor de los microorganismos.

Como factor que facilita el acúmulo de placa se menciona, en primer lugar: La calcificación de la placa (sarro), mal posición dentaria, ausencia de dientes, la masticación unilateral, la respiración bucal, los diastemas, restauraciones inadecuadas (incrustaciones), etc...

La placa dentobacteriana no se deposita si antes no lo hace la película adquirida también llamada substrato, que esta formada por mucoide que vienen de la mucina de la saliva, mucopolizacáridos y proteínas, de estos son los mucopolizacáridos - los que determinan la adhesión en el diente, que es sumamente pegajoso, éstos mucopolizacáridos son : El dextran y el levan.

El dextran, es un polímero de la glucosa, el levan es polímero de la fructuosa. Una vez organizada la película adquirida la cual es acelular empiezan adherirse los microorganismos que van llegando en el orden siguiente:

Cocos y Bacilos Gram Positivos, los cuales producen exotoxinas e hialuronidasa.

Cocos y bastones Gram Negativos, el Treponema y el Fusibacterium, los cuales forman también endotoxinas y proteasa.

Bacteroide Melahiogénico, el cual produce colagenasa.

Se agrega la Vellonella que produce ácido sulfhídrico, el cual es caústico y provoca necrosis a los tejidos.

Las exotoxinas producidas por Gram Positivos no se han comprobado si tiene alguna relación.

En el epitelio del intersticio gingival se inicia la lesión los microorganismos no penetran al interior gingival, lo que penetra son sus toxinas. La hialuronidasa penetra al interior epitelial del intersticio, atacando al ácido hialurónico y al licuarlo lo hace más permeable y del estado gel pasa a sol o sea lo vuelve líquido viniendo un desequilibrio entre las células epiteliales y espacios intercelulares disminuyendo los nutrientes.

Las endotoxinas estan compuestas de dos fracciones: La fracción proteica y la fracción lipolisacárida. La proteica no se le ha hallado alguna acción en los tejidos, la lipolisacárida se divide en fracción lípida y sacárida, está actua como antígeno para desencadenar la reacción antígeno-anticuerpo.

Actuando la fracción lípida junto con la proteasa penetran por donde la hialuronidasa ha hecho daño a los tejidos, y dichas fracciones actuan sobre las células epiteliales, formando una solución de continuidad, atacando las mitocondrias las cuales son las encargadas del metabolismo celular.

Si las células están nadando en un medio líquido (edema-extracelular) el líquido que existe en la parte externa de las células va a penetrar al interior de la célula (edema-intracelular) y puede ser tan severo que provoque el estallamiento de la célula, esto hace que aumente la descamación y al llegar a tejido conectivo se inicia el proceso inflamatorio.

INDUCCION Y CURSO

La gingivitis durante el embarazo generalmente ocurre, a nivel de la papila interdientaria a principios del segundo trimestre, en ocasiones es frecuente un aumento brusco en los dos últimos meses. La gingivitis del embarazo se agrava por las tendencias proliferativas de los tejidos (tejido epitelial, tejido conjuntivo) y de todas las células endoteliales.

Al mismo tiempo una deteriorización efectuada por factores exógenos toman lugar en dicho proceso, este proceso puede degenerar en un angiogranuloma, mal llamado " tumor del embarazo", pero después del parto disminuye esta gingivitis, pudiendo subsistir en el post-parto.

Las partes de mucosa que no fueron afectadas durante el embarazo, no sufren ninguna alteración.

ASPECTOS CLINICOS

La vascularidad pronunciada es la característica más sobresaliente, por lo tanto la encía esta inflamada enrojecida y su color varía del rojo brillante al rojo azulado, hay bastante tejido de granulación provocandose así la gingivorragia a traumas pequeños y a veces espontáneamente sobre todo en las regiones anteriores de las arcadas.

La encía marginal e interdientaria se halla edematizada, se hunde a la presión, es de aspecto liso y brillante, blanda y friable y a veces presenta aspecto aframbuesado, con márgenes irregulares, ocasionalmente está hiperplasia puede aparecer localizada como formación sésil ó pediculada (llamandose así - épulis del embarazo) que puede presentar un incremento de volumen durante el embarazo.

Los cambios gingivales son indoloros, salvo que se compliquen con infecciones agudas, úlceras marginales ó formación de pseudomembranas.

HISTOPATOLOGIA

Histológicamente el cuadro de la enfermedad gingival en el embarazo es el de una inflamación inespecífica vascularizada.

Hay un infiltrado celular abundante con edema y degeneración del epitelio gingival y tejido conectivo, el tejido epitelial es hiperplástico, con brotes largos y diversos grados de edema intracelular y extracelular e infiltración de leucocitos

Hay abundantes capilares neoformados ingurgitados. Las ulceraciones superficiales ó la formación de una pseudomembrana son hallazgos ocasionales.

HISTOQUIMICAMENTE

En la encía inflamada se revelan cantidades anormales de residuos glucoproteínicos insolubles en agua y alcohol, hallazgos iguales se observan en la gingivitis de la pubertad, en la menstruación

En un esfuerzo por diferenciar los cambios causados en el embarazo de los producidos por los irritantes locales, Turesky y Col, estudiaron la encía insertada que no se hallaba afectada por la inflamación, a diferencia de las áreas marginales e interdentarias inflamadas. Sus resultados fueron: en el embarazo disminuye la queratinización superficial, aumenta la longitud de los brotes epiteliales y el glucógeno en el epitelio.

En el tejido conectivo, la capa basal está adelgazada y así como la densidad de los complejos carbohidratos, proteínas y glucógeno de la sustancia fundamental está reducida.

ESTUDIOS ELECTROMETRICOS

Indican una disminución de la densidad de las glucoproteínas en la encía en los primeros meses del embarazo, y que hay una vuelta a la normalidad varios meses después del parto.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL DURANTE EL EMBARAZO

En el embarazo, el agrandamiento gingival puede ser marginal ó generalizado, ó puede presentar aspecto tumoral.

El agrandamiento gingival, es el aumento de tamaño, que es una característica común de la enfermedad gingival, el cual no se debe a una respuesta al incremento de demandas funcionales para un trabajo útil.

Agrandamiento gingival

Se registró una frecuencia en el embarazo que varía del 10% a 70%. Este agrandamiento es el resultado del agravamiento de zonas anteriormente inflamadas.

Características clínicas

Es por lo común generalizado y tiende a ser más prominente en zonas interproximales que son las superficies linguales y vestibulares. La encía agrandada es roja brillante, blanda, --friable, de superficie lisa y brillante, sangra espontáneamente ó cuando hay una provocación leve.

Agrandamiento gingival de aspecto tumoral

Es una respuesta inflamatoria a la irritación local, y es modificada por el estado del paciente. Se suelen presentar después del tercer mes, la frecuencia registrada es de 1.8% a 5%.

Características clínicas

Es una masa esférica circunscrita, aplanada, semejante a un hongo, que hace protusión desde el margen gingival, ó con mayor frecuencia desde el espacio interproximal unido con una base sésil ó pediculada. Tiende a expandirse en sentido lateral, y la presión de la lengua y los carrillos le confieren su aspecto aplanado. Por lo general es de color rojo oscuro magenta, con superficie lisa y brillante. Es una lesión superficial y no invade al hueso subyacente. Es indoloro, salvo que su tamaño y forma sean tales que permitan la acumulación de residuos bajo su margen ó se interponga en la oclusión, en cuyo caso pueda haber úlceras dolorosas.

HISTOPATOLOGIA

Tanto los agrandamientos marginales como los de aspecto tumoral se componen de una masa central de tejido conectivo cuya periferia está cubierta de epitelio escamoso estratificado.

El tejido conectivo cuenta con numerosos capilares ingurgitados neoformados, tapizados por células endoteliales cuboidales.

Entre los capilares hay un estroma moderadamente fibroso - que presenta diversos grados de edema o infiltración leucocitaria. El epitelio basal manifiesta un cierto grado de edema intracelular y extracelular prominentes e infiltración leucocitaria.

La superficie del epitelio generalmente es queratinizada, - hay inflamación crónica generalizada, con una superficie de inflamación aguda.



Primeros cambios en las papilas interdientarias, en el embarazo



Embarazo, edema , cambio de color y sangrado.



Agrandamiento gingival condicionado, en el embarazo



Agrandamiento gingival condicional, en el embarazo,
con irritación local y acufamiento de alimentos.

PREVENCION

La podemos clasificar dentro del tratamiento, pero queremos hablar de ella aparte, por ser una medida importante dentro de la terapéutica de la gingivitis del embarazo.

Para enfatizar este aspecto recordemos que un tratamiento precoz es simple y da resultados halagadores, pero más importante aún que el tratamiento precoz, es la prevención.

Así tenemos que: todas las pacientes deben ser vistas en el período más temprano posible de su embarazo por el cirujano dentista. (eliminación de irritantes)

Las que no tienen enfermedad periodontal deben ser examinadas para descartar fuentes potenciales de irritación local y se les debe enseñar el control de placa.

Cada paciente embarazada debe de visitar regularmente al odontólogo.

Procurar que el especialista en ginecología anexe a su primer visita, los consejos de una higiene oral adecuada.

Nuestra obligación es el de educar al paciente, motivarlo a mantener limpia su boca, mediante la técnica del cepillado, y los agentes auxiliares para este fin, control de placa mediante la dieta fibrosa.

TRATAMIENTO

El tratamiento, son todos los procedimientos y medidas que se requiere para el establecimiento y mantenimiento de la salud bucal.

La meta del tratamiento en la gingivitis durante el embarazo, es la coordinación de todos los procesos para crear un buen estado bucal, que funcione bien en un medio ambiente periodontal sano.

La terapia dental esta considerada como un todo, como primer paso es la eliminación de irritantes locales a las pacientes que presentan enfermedad gingival, que deben ser tratadas lo más pronto posible, antes que se manifiesten los factores condicionantes del embarazo sobre la encía, ya que los tejidos blandos deben ser tratados lo más pronto posible, no deben dejarse hasta el fin del embarazo, pues esto provoca la posibilidad que aumenten las lesiones gingivales durante el transcurso del embarazo.

Otros trastornos periodontales se tratan por raspaje y curetaje, buena higiene dental y estímulos mecánicos a los tejidos.

Estados periodontales que demandan cirugía se tratan en forma paliativa durante el embarazo, pero la solución definitiva se establece después del parto.

La intensidad de la enfermedad gingival desaparece después del alumbramiento, pero los tejidos no se normalizan, los que no se trataron durante el embarazo ó que se trataron con medios paliativos persistieron con menor intensidad después del parto.

Es equivocado decir a los pacientes que su enfermedad gingival es transitoria y que después del parto desaparecerá, aunque es cierto que la gravedad de la enfermedad gingival disminuye después del parto, pero la enfermedad gingival no se ha curado.

Después del embarazo conviene un examen cuidadoso para asegurarse de que todas las manifestaciones de la inflamación han desaparecido sin daño tisular.

TRATAMIENTO EN EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL

Las medidas preventivas es la eliminación de todos los ---irritantes locales.

El agrandamiento gingival de la encía interdientaria y la encía marginal se trata por raspaje y curetaje.

El tratamiento del agrandamiento gingival de aspecto tumoral se trata con la excisión quirúrgica más el raspaje y alisado de las superficies dentarias. El agrandamiento recidivará salvo que se eliminen todos los irritantes.

¿ Cuándo hacer el tratamiento ?

La lesión se debe tratar tan pronto como se descubra, no se debe dejar hasta que se concluya el embarazo, hay una zona residual de irritación local e inflamación, que si no se trata puede producir la destrucción progresiva de los tejidos --periodontales.

Las intervenciones quirúrgicas clásicamente se permiten --entre el tercero y el sexto mes. Estan especialmente contra indicadas en los tres primeros meses del embarazo.

RASPADO Y CURETAJE

Raspado, es la técnica por medio de la cual se eliminan los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros (eg malte y cemento).

Curetaje, es el procedimiento que sirve para eliminar el tejido enfermo que se localiza en la pared lateral del intersticio gingival patológico, denominado bolsa.

Esta técnica en la terapéutica parodontal tiene como objetivos principales:

a) Eliminar los elementos irritantes que se encuentran alrededor del intersticio gingival patológico.

b) Eliminar el tejido epitelial ulcerado y el tejido conjuntivo expuesto al medio bucal en la pared lateral del intersticio gingival.

Desde el punto de vista práctico, en la zona de la pared lateral donde existe una bolsa, el aflujo sanguíneo es mayor al efectuarse el curetaje, se provoca ruptura de capilares, lo que produce una hemorragia que eliminará los elementos figurados de la sangre (plasma) y hará disminuir el volumen de la encía y por lo tanto el edema y la inflamación.

Al estimular la inserción epitelial, se elimina tejido epitelial dejando, tejido conjuntivo, sangra mucho y deberá contenerse pudiendo dejar un coágulo uniforme en la zona del raspado, la regeneración de los elementos histológicos del parodonto se efectuará por medio de dicho coágulo formado.

En el coágulo, se han encontrado fibroblastos, osteoblastos y cementoblastos lo que se puede deducir que a través de ese coágulo se obtiene la regeneración de los elementos histológicos del parodonto.

El proceso anterior es la primera defensa que el organismo

opone a la enfermedad parodontal, y por medio de dicho proceso la salud puede volver a instalarse en esta zona.

Con el método del raspado y curetaje se obtiene la reducción de la bolsa, debido a la hemorragia que durante su instrumentación se establece y de esta manera la bolsa queda parcialmente ó totalmente eliminada según sea su profundidad.

La técnica y la instrumentación de este procedimiento no son sencillos, por lo tanto para eliminar los irritantes localizados en el intersticio gingival enfermo, se cuenta con gran variedad de instrumentos; de los cuales unos están diseñados para la parte anterior de la boca y otros para premolares y molares.

Cinceles Parodontales. Son instrumentos que sirven para eliminar grandes masas de sarro supragingival; no deben emplearse para trabajar dentro del intersticio gingival, pues como son instrumentos que se usan a gran presión y en sentido del eje mayor del diente, pueden proyectarse violentamente hacia el fondo de la inserción epitelial provocando desgarraduras del ligamento parodontal. Estos instrumentos deben emplearse con movimientos vestibulolinguales.

Azadones, son instrumentos cuyo filo actúan en un solo sentido, y por lo tanto únicamente eliminan los depósitos calcificados que están en contacto con los tejidos duros. Para que actúen sobre los tejidos gingivales de la pared lateral, es necesario orientarlos en sentido inverso, y efectuar apoyos digitales sobre la encía para que rasuren los tejidos lesionados de la pared lateral.

Hoces, son instrumentos que como los anteriores sirven para la eliminación simultánea de los irritantes del intersticio gingival y del tejido enfermo de la pared lateral de la bolsa parodontal. Su sección es triangular, también de estos instrumentos existe gran variedad de modelos.

Limas, se consideran como una sucesión de azadones. Solamente pueden ser empleados por un solo lado, y sirven para -- alisar las superficies radiculares una vez que los depósitos calcificados han sido eliminados.

Curetas ó Cucharillas, son los instrumentos más frecuentes empleados para eliminar los depósitos calcificados que se encuentran en relación con los tejidos dentarios, y el tejido enfermo de la pared lateral de la encía. Estos instrumentos tienen doble filo y por lo tanto actúan tanto de un lado como del lado opuesto, su sección es de como de media caña.

GINGIVECTOMIA

Es una serie de procedimientos quirúrgicos encaminados a la eliminación total de la bolsa paradontal, mediante el corte de las paredes que la forman.

Los objetivos fundamentales de la gingivectomía son:

- a) Eliminar la encía enferma que forma la pared lateral de la bolsa.
- b) Eliminar los irritantes locales que se encuentran en el intersticio paradontal.
- c) Devolver a la región operada su forma y funciones normales.

Algunas de las contraindicaciones para efectuar la gingivectomía son:

- a) Alteraciones en la salud general del enfermo, que hacen peligrosa cualquier tipo de intervenciones quirúrgicas.
- b) Bolsas muy profundas que ponen de manifiesto gran destrucción de hueso alveolar.
- c) Bolsas infraóseas.
- d) Abscesos paradontales.

Técnica de la gingivectomía.

Se empieza a preparar adecuadamente al paciente desde su primera visita, (una atmósfera de confianza y consideración).

La cavidad bucal se dividirá en cuadrantes, que se operará individualmente uno por semana.

Algunos autores, aconsejan operar primeramente el cuadrante inferior derecho, pues se le puede anestesiar con menor número de inyecciones, además de poder trabajar en esa zona con

más facilidad; la siguiente semana, se continuará con el cuadrante superior derecho, de tal manera que el paciente disponga del lado izquierdo de la boca para comer. Después se operará de la misma forma el cuadrante inferior izquierdo y posteriormente el superior del mismo lado.

1° paso, anestesia por infiltración.

2° paso, marcado de la bolsa, mediante el empleo de las pinzas de Krane Caplan, estas pinzas son dos, una izquierda y otra derecha; con ellas se determina el nivel de inserción de la bolsa.

Cada pinza consta de un extremo explorador y un extremo bisturí en ángulo de 90°. Se inserta el extremo explorador hasta el fondo de la bolsa, y se cierra el extremo bisturí sobre la mucosa, quedando marcada ésta con un punto sangrante. La aplicación de esta pinza a todas las bolsas, producirá una serie de puntos sangrantes, que servirán de guía al operador para efectuar la incisión.

3° paso, incisión primaria, ésta incisión es transversal, se utiliza bisturí de Kirkland # K15 K16 y se efectúa inclinando en dirección incisal. La incisión primaria, debe empezar en la línea distobucal y ángulo distolingual del diente distal, en el margen gingival; describiendo una curva suave, la incisión debe ser profunda, llegando hasta el hueso.

4° paso, incisión secundaria, se utiliza bisturí de Goldman Fox # 8 y 11; se extiende la incisión interproximalmente para liberar el tejido que se va a extirpar; tratando que la herida quede lo más nítida posible.

5° paso, se procede a desprender el margen gingival con bisturí Kirkland # 12, 13 ó 14, empezando en la cara distal del último molar. Se elimina la encía vestibular y la del espacio interproximal hasta llegar al final de la incisión; posteriormente se elimina la encía palatina.

Al eliminar el tejido enfermo, se puede apreciar en las piezas dentarias, tartaro, caries ó ablandamiento necrótico -

del cemento.

Inmediatamente se remueve el tejido de granulación con las curetas de Mc Call # 17 y 18, para obtener así una mayor visibilidad sobre las superficies radiculares. La técnica de raspado y curetaje es necesaria efectuarla en forma sistemática.

Antes de aplicar el cemento quirúrgico se debe tener la certeza de que no queden depósitos calcificados ó pequeños fragmentos de tejido.

Se lava con una solución de suero fisiológico, debe tratarse de que no se presente hemorragia, pero si ésta existe deberá contenerse, pues de otro modo dificultará la adaptación y fraguado del cemento.

La región intervenida, debe estar cubierta por un coágulo uniforme y bien formado.

El polvo debe incorporarse lentamente al líquido, hasta producir una masa firme, tipo mastique. una vez mezclado se corta en pequeños trozos; cada trozo se enrolla con los dedos hasta darle forma cilíndrica, el grosor no debe ser mayor que el de un fosforo; su longitud es de cinco centímetros. De estos cilindros se cortan unos pedacitos de manera que encajen en los espacios interproximales; para esto se les agudiza un extremo y con un instrumento para material plástico, se inserta y se empaqueta en el espacio interproximal. Los cilindros se colocan en las caras vestibulares y palatinas con un pedazo de cemento en forma de herradura.

Antes de que el cemento endurezca, se recorta cuidadosamente y se libera la oclusión.

Al volver el paciente a su casa, no debe salir sangre por debajo del apósito.

Entre las funciones del cemento quirúrgico encontramos:

a) Controla la hemorragia y disminuye las posibilidades de una infección.

b) Actúa como sedante al cubrir la región incidida para evitar dolores causados, ya sea por un traumatismo originados en la masticación, sustancias químicas que contengan alimentos o cambios térmicos.

c) Inmoviliza los dientes en caso de tener movilidad de primer grado.

d) Estimula la formación de tejido de granulación y por lo tanto regulariza la cicatrización.

El apósito debe permanecer en la boca, como mínimo una semana debido a los cambios histológicos que ocurren durante la cicatrización.

Durante la primer semana, después de la eliminación del apósito, se aconseja al paciente no practicar masajes vigorosos en la región operada, ya que esto puede retardar la cicatrización.

Se recomienda un cepillo dental de cerdas blandas; el cepillado debe seguir el método ideal, método de Stillman modificado.

GINGIVOPLASTIA

Es el método por medio del cual se restablece la forma y arquitectura normal de la encía marginal e insertada.

Grietas gingivales y cráteres, papila interdientaria en forma de meseta causadas por la gingivitis ulceronecrosante aguda y agrandamiento gingival son ejemplos de tales deformaciones.

La remodelación artificial de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos se denomina gingivoplastia.

Por lo general, se realiza como segunda operación sobre la encía cicatrizada en la que persistieron anomalías después del tratamiento anterior.

La mayoría de las deformidades de la encía se pueden corregir mediante la técnica de gingivectomía sin que se precise una gingivoplastia.

Indicaciones

a) Encía marginal cicatrizada con bordes gruesos y fibrosos.

b) Cráteres gingivales que quedan generalmente como secuelas de una gingivitis de Vincent.

La gingivoplastia, se puede hacer con bisturí periodontal, de grano grueso, escalpelo, piedras rotatorias de diamante de grano grueso. Se compone de procedimientos que se asemejan a los realizados en el festoneado de las dentaduras artificiales a saber, afinamiento del margen gingival, creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdientales verticales, y remo delado de la papila interdientaria para proporcionar vías de escape de los alimentos.

Una vez retirado el apósito, se instruye al paciente para llevar a cabo un cepillado suave sobre la zona operada, lo que evita la hipersensibilidad y el crecimiento de tejido más allá de los límites deseados.

FISIOTERAPIA BUCAL

La fisioterapia bucal que también se le podría llamar fase de mantenimiento, consiste principalmente en el cepillado gingivodental y la estimulación de los tejidos parodontales que deriva de dicho cepillado.

En la valoración de las medidas fisioterapéuticas, se deben evitar los criterios extremos, ya que por ejemplo, es erróneo suponer que el método más indicado, de cepillado puede por sí mismo eliminar la enfermedad parodontal. La valoración del papel de la fisioterapia en el tratamiento de la enfermedad parodontal, debe sustentarse basado en su contribución al establecimiento de la salud parodontal.

El cepillado y la estimulación de los espacios interdentales pueden participar de las siguientes formas en el tratamiento de la enfermedad parodontal.

- a) Evitando la acción del medio bucal sobre las estructuras de soporte, impidiendo la acumulación de detritus alimenticios.
- b) Acelerando el metabolismo de las sustancias intracelular y vasos sanguíneos.
- c) El cepillado aumenta ó mantiene la queratinización del epitelio y lo fortalece contra las lesiones locales.

Metodos de enseñanza para el cepillado dental, se le pide al paciente que nos muestre como hace su cepillado, ante un espejo, para que así nos demos cuenta de sus errores en la técnica, y se le explique lo que hace, y se le enseña la técnica correcta, empezando siempre por vestibular superior derecho, terminando en el lado izquierdo, después se cepillan las caras palatinas en la misma forma, al final las caras magticatorias.

Método de Charters, se coloca el cepillo en la encía marginal y dirigido hacia incisal, se hace presión contra la encía

marginal y se efectúan movimientos rotatorios pequeños procurando que las cerdas no se desplacen.

Método de Stillman, se basa en los mismos principios que el anterior sólo que las puntas de las cerdas están dirigidas hacia apical.

Método de Stillman Modificado, se colocan las cerdas del cepillo en fondo de saco, y desde allí, con presión y vibración del cepillo, se llevan a incisal estimulando la encía este método es el más generalmente aceptado.

Existen en el mercado soluciones para descubrir placas mucoideas ó materia alba, se pueden utilizar cuando enseñamos al paciente a cepillarse y son por ejemplo: solución de mercuro cromo, fuccina fenicada al 2%.

Es difícil cepillar una región cuando existe mala posición ó ausencia de piezas, coronas clínicas grandes con resorción gingival, dientes en linguoversión, piezas aisladas, labio inferior muy tenso, al cepillarse se produce tensión y no deja actuar bien el cepillo, se aconseja al paciente sujetar al labio con sus dedos para efectuar el cepillado.

Entre los daños que pueden causar el cepillado incorrecto encontramos:

a) Abrasión gingival, puede ser causado por una fuerza exagerada, por cepillado incorrecto ó por sustancias abrasivas que contenga el dentrífico.

b) Abscesos, debido a la incrustación de pedazos de cerdas en el intersticio, los que obran como irritantes.

c) Funciones con las cerdas, la migración gingival y la exposición radicular por cepillado incorrecto, dan como resultado hiperestesia del cuello dentario.

Complementos profilácticos, en algunas ocasiones, aunque el cepillado sea cuidadoso, los detritus alimenticios no son

eliminados por lo que debe usar seda dental. la que se pasa - entre los espacios interdentarios teniendo cuidado de no lastimar la papila interdientaria.

También se utilizan puntas de goma para dar masaje a la papila interdientaria y a la área interproximales, también la goma se utiliza en las áreas distales de las piezas aisladas.

INSTRUCTIVO PARA EL PACIENTE TRATADO

Las recomendaciones para el paciente durante el tratamiento ó cuando este ha concluido, dependen del tipo de padecimiento que haya sufrido, y de la terapéutica que se le administra.

Raspado y Curetaje, se debe enseñar al paciente el cepillado correcto, si el paciente se queja de dolor durante ó después del raspado, este dolor puede provenir de los tejidos gingivales ó del tejido dentario (cemento) ya que al eliminar el sarro se puede producir sensibilidad a los cambios térmicos ó a ciertos alimentos, y para eliminar estas molestias es necesario un cepillado enérgico que evite el depósito de materia alba en el intersticio gingival y en los cuellos dentarios.

Gingivectomía, Cuando se hace este tipo de intervenciones se coloca un apósito quirúrgico el que tiene como principal objetivo:

- a) Evitar el dolor postoperatorio
- b) Evitar hemorragias secundarias
- c) Modelar la encía y proteger el tejido de granulación

CONCLUSIONES

La gingivitis durante el embarazo es una parodontopatía - que afecta ya sea en menor grado ó mayor grado a todas las -- mujeres embarazadas.

Los irritantes locales desempeñan un papel primordial y como factor desencadenante tenemos a los factores hormonales -- que influyen sobre el período del embarazo.

La gingivitis abarca un sistema muy complejo, en el cual todavía no se sabe con exactitud el mecanismo que juegan las -- hormonas sobre el tejido gingival, como actúan estas hormonas para lesionar a los tejidos parodontales, ó producir un ambiente más receptivo a la enfermedad parodontal.

La falta de correlación entre la placa y la gingivitis es la prueba suficiente de que si hay otro factor endógeno que -- influye sobre los tejidos de soporte del diente, por lo cual hay una gran necesidad de investigar más sobre el tema.

La prevención es el mejor camino para poder evitar cualquier parodontopatía, y que el factor manifestante de la inflamación de la encía es la placa dentobacteriana, es importante eliminarla lo más pronto posible, por ser el factor --- más importante. Por lo tanto se exhorta a todos los cirujanos dentistas, evitar este factor antes que se presente, esto es la prevención más oportuna.

BIBLIOGRAFIA

Arafat, Amira H. Periodontal Conditions During Pregnancy
J. Periodontal 45:641-643 Aug. 1974

Chaikin, Bernard S. Gingivitis in Pregnancy
Quintessence Int. 8:81-89 Oct 1977

Glikman Irving Periodontologia

Hugoson, Anders Gingivitis in Pregnant Women
Dental Abstracts 627-628 Oct 1971

Kolodzinsky E. Malatesta E. Caldelas N. Cambios gingiva--
les en mujeres embarazadas
Asociación Odontológica Argentina Vol. 62 N°4:116-9 Abril 74

Legarreta Reynoso, Luis Clinica de Parodoncia

Manfred Strassburg, Gerdt Knolle Gingival Hyperplasia in
Pregnancy
Quintessence Int. 24:116 Nov. 1973

Martin Lawrence Cleveland Endocrinologia Clinica

Orban Ballent Joseph Periodoncia

Revista Dental San Salvador Modificaciones Hormonales Du
rante la gestación Vol. 19:42-44 Marzo 1972

Samant Gingivitis Gravidarum

Clinica Obstetrica Ginecológica Vol. 5

Tepperman, Jay Endocrinologia

Villarreal de la Garza R. Aspectos Odontológicos en gine-
cobstetricia
Asociación Dental Mexicana Vol. XXVII N°1:55-8 Enero-Febrero
1970

Williams Robert Tratado de Endocrinologia

Zarate Arturo Endocrinología

Apuntes de Parodoncia