

440.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**ENFERMEDADES AGUDAS DEL  
PARODONTO**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a :

**María Teresa de Jesús Guerrero Quevedo**



**México, D. F.**

**Febrero, 1981**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## INDICE

INTRODUCCION .

1. - CAPITULO I

PARODONTO SANO.

2. - CAPITULO II

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA  
ENFERMEDAD PARODONTAL.

3. - CAPITULO III

PREVENCION Y TECNICAS DE  
CEPILLADO.

4. - CAPITULO IV

INFLAMACION

5. - CAPITULO V

GINGIVITIS.

6. - CONCLUSIONES.

7. - BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION.

Son variadas las enfermedades de la cavidad oral, ya que es la vfa principal de los trastornos del organismo y las podemos observar - en todas las edades desde el niño hasta el adulto, es por ello que - debemos tener especial cuidado, porque si no son tratadas a tiempo provocan la pérdida de las piezas dentarias a temprana edad.

La parodencia es una de las ramas de la Odontología que constantemente se ocupa de dar un tratamiento adecuado en conjunto con Operatoria y Prótesis, para conservar un estado de salud satisfactorio de la cavidad bucal.

Son de gran interés las enfermedades gingivales, ya que es de lo más común, variando de acuerdo con la raza, sexo, nacionalidad, stress, etc. por lo que debemos considerar que nos encontramos con un número considerable de pacientes afectados por esta enfermedad porque gradualmente acuden al C. dentista cuando tienen molestias continuas y no cuando puede prevenirse el padecimiento y el tratamiento es difícil.

Es necesario conocer como surge una enfermedad y la estructura y funcionamiento normales del parodonto, ya que, esto nos facilitará el diagnóstico de la patología tomando la etiología, así como, el cuadro clínico.

Los adelantos que se ha logrado en las enfermedades paradontales nos abre un campo de diferentes gamas para dar a cada caso el -- tratamiento correcto para el paciente y para beneficio de la comunidad que estará bajo nuestras manos.

## CAPITULO I

### PARODONTO SANO.

DEFINICION. - Es la unidad funcional de tejidos que protegen y sostienen al diente y está dado por elementos blandos y elementos duros y son los que constituyen al parodonto.

### ELEMENTOS BLANDOS :

- a) Encfa
- b) Ligamento Parodontal

### ELEMENTOS DUROS :

- a) Cemento Radicular
- b) Hueso Alveolar.

### LA MUCOSA BUCAL CONSTA DE 3 ZONAS :

- 1). - Mucosa masticatoria que tiene la característica de estar queratinizada.
  - a) Encfa
  - b) Paladar duro
- 2).- Mucosa que recubre el dorso de la lengua, es una mucosa espe\_

cializada por las papilas que contiene .

3). - Mucosa de revestimiento que cubre :

- a) Labio
- b) Mejillas
- c) Mucosa Alveolar
- d) Superficie Inferior de la Lengua
- e) Parte Interna de los Labios
- f) Piso de la Boca
- g) Paladar Blando

### ENCIA.

La encfa es la membrana mucosa que cubre los procesos de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.

### CARACTERISTICAS NORMALES DE LA ENCIA.

Es necesario conocer el estado normal de los tejidos de soporte --

del diente para diferenciarlo del estado patológico, teniendo la encfa libre como insertada de un color rosa coral, desde luego depen de del grado de queratinización del epitelio.

El contorno de la encfa depende del tamaño y prominencia de las - raices de los dientes y su alineación del arco, localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los ni--- chos gingivales vestibular y linguar, su consistencia es firme y re sistente, excepto la encfa libre o marginal.

Su textura superficial presenta un aspecto de cáscara de naranja. Excepto la encfa marginal y alveolar.

### MORFOLOGIA CLINICA DE LA ENCIA.

#### 1). - Encfa libre o marginal. -

Es la parte de la encfa no adherida al diente y que se encuentra rodeándolo a manera de collar, es lisa, brillante y si el punto de contacto es el correcto es de forma piramidal, está formada por un núcleo central de tejido conectivo cubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, siendo su -- profundidad normal de 1 a 1.5 mm. o no existir.

#### 2). - Encfa insertada. -

Es la continuación de la encfa marginal y está dividida por el



surco gingival apenas perceptible, tiene un aspecto de cáscara de naranja, color rosa coral, varía según la pigmentación cutánea, aporte sanguíneo, queratinización de epitelio, siendo firme y adherida al hueso, debido a sus densos haces de fibras - colágenas que se insertan al hueso proporcionándole firmeza - impidiendo su movilidad.

3. - Encía Alveolar. -

Está separada de la encía insertada por medio de una línea ondulada que recibe el nombre de unión mucogingival. Presenta una coloración rojiza porque está constituida por un tejido conjuntivo laxo muy vascularizado, presentando movilidad, ya -- que no contiene colágena y no se encuentra queratinizada.

4). - Encía Interdentaria o Papilar. -

Corresponde al espacio interproximal o nicho gingival, comprende dos papilas, una vestibular y otra lingual entre las --- cuales está el Col o Valle y su forma varía según el espacio interproximal, siendo piramidal al existir contacto dentario - interproximal correcto o en ausencia de contacto interdenta-- rio la encía se encuentra firmemente adherida al hueso y forma una superficie redonda.

HISTOLOGIA.

La enca está formada por tejido conjuntivo en contacto con el periestio, cubierto por epitelio escamoso estratificado, consta de cuatro capas, que son de dentro hacia afuera :

1. - Capa Basal
2. - Capa Espinosa
3. - Capa Granulosa
4. - Capa Queratinizada o Paraqueratinizada.

#### 1. - CAPA BASAL. -

Es la más profunda del epitelio que está en contacto con el tejido conjuntivo por medio de la lámina basal, que consta de 2 capas :

- a) Lámina Lúcida
  - b) Lámina Densa
- 
- a) Está en contacto con las células basales del epitelio
  - b) Se encuentra en contacto con el tejido conjuntivo por medio de una capa de reticulina, formada por fibras entrelazadas del ácido nucléico e hidratos de carbono.

En la Capa Basal tenemos :

Tonofibrillas o Tono-filamentos, que son medios de unión de las células basales .

La Capa Basal. -

Está formada por células columnales y contienen un núcleo grande las cuales al migrar a las capas más superficiales, el núcleo se reduce aumentando el citoplasma y cambiando su forma apoliédrica.

## 2. - CAPA ESPINOSA. -

Está formada por células aplanadas basófilas, que tienen núcleos contraídos es la más prominente del epitelio, se observa en el microscopio en forma de espinas, las tonofibrillas o tonofilamentos y aparecen pequeños gránulos adheridos a la membrana plasmática llamados cuerpos adlon, formados por mucopolisacaridos fosfatados.

## 3. - CAPA GRANULOSA. -

En esta capa las células se van aplanando y se reduce el núcleo .

## 4. - CAPA QUERATINIZADA O PARAQUERATINIZADA. -

Los gránulos que aparecen en la capa espinosa se engrosan y se queratinizan, apareciendo gránulos con queratohialina en su citoplasma, que contienen tirosina y prolina, ayudando a la queratinización celular.

## VASCULARIZACION.

Tenemos 3 fuentes :

- 1). - Arterias suprapariosteicas, que extienden a lo largo de las superficies vestibular y lingual del hueso alveolar.
  - 2). - Vasos del ligamento parodontal, que se extiende a el surco y - se anastomosan .
  - 3). - Arteriolas que emergen de la cresta interdental y se anastomosan.
- a). - Con vasos del ligamento parodontal
  - b). - Con capilares del surco
  - c). - Con vasos de la cresta alveolar.

### INERVACION.

Deriva de las fibras del ligamento parodontal y de los nervios labial, bucal y palatina, localizándose en el tejido conectivo, derivando estas ramas del 5° par craneal o trigémino.

Las fibras son amielínicas, que se extiende desde el tejido conjuntivo hasta el epitelio y terminaciones nerviosas especializadas en la capa papilar de la lámina propia, comprendiendo los corpúsculos - táctiles de Meissner y termorreceptores de Krause.

## FISIOLOGIA.

La encfa cubre la superficie ósea y parte radicular de los dientes, adaptándose a la forma del hueso y piezas dentarias siendo ésta su función principal.

Otra de sus funciones es la que presenta la adherencia epitelial de no permitir la invasión bacteriana. Debido a la queratinización de la encfa, esta presenta resistencia al trauma, a la infección y destrucción celular.

## LIGAMENTO PERIODONTAL.

Es el tejido conectivo que rodea las raíces de los dientes dándoles unión al hueso alveolar.

Fibras de Sharpey. - Son los extremos de las fibras principales que se insertan en cemento y hueso. Se insertan al hueso por medio de una sustancia osteoide y al cemento por una sustancia cementoide.

El tejido esponjoso o travecular está entre la pared alveolar y la pared externa y consta de un septum interdentario, el cual forma un puente de unión entre las placas corticales limitado por las paredes de los alveolos, su aporte sanguíneo deriva de los vasos que atraviesan las corticales interna y externa la forma del hueso va-

rfa según la anatomía de la raíz dentaria.

### FISIOLOGIA.

Microscópicamente el hueso alveolar lo revela como el menos estable de los tejidos periodontales, es extremadamente sensible a todos los estímulos tanto externos como internos, presenta formación y -- reabsorción óseas en forma constante y una al lado de la otra, es un proceso en equilibrio y sujeto a influencias locales y sistemáticas.

La formación ósea aparece como un borde marginal de osteoide en relación con una capa de osteoblastos poliédricos. Las zonas de -- reabsorción se ven como con cavidades irregulares en el margen -- óseo, ocupadas por osteoclastos multinucleares o células de teji-- dos conectivo.

Este equilibrio fisiológico se manifiesta en el hueso alveolar en 3 - zonas claves.

1. - Adyacentes a la membrana periodontal
2. - En relación con el mucoperiostio o el periostio externo del hueso alveolar.

### A). - MECANICA.

- 1). - Transmisión de las fuerzas masticatorias del hueso.
- 2). - Unión de la pieza dentaria al hueso.
- 3). - Mantenimiento de la correcta relación entre los tejidos gingivales y los dientes.
- 4). - Disminución del impacto de las fuerzas externas.
- 5). - Protección de vasos y nervios con tejidos blandos para - evitar que sean lesionados.

B). - BIOLOGIA .

Tiene 3 aspectos :

1. - **Formativos.** - El ligamento parodontal interviene en la - formación y reabsorción de las estructuras calcificadas adyacentes, es importante para la adaptación del parodontito a los esfuerzos funcionales, como también en la reparación de los tejidos calcificados.
2. - **Nutritivos.** - Esta función es dada por los vasos sanguíneos y linfáticos, para proveerla de sustancias nutritivas a los tejidos del parodonto, dentina, cemento y hueso interviniendo en la eliminación de los productos de desecho de los tejidos parodontales.

3. - Sensorial. - La inervación del ligamento parodontal nos da un sentido de localización a los estímulos externos.

### CEMENTO.

Es el tejido conjuntivo de origen mesenquimatoso calcificado, que cubre la raíz del diente.

Está formado por una matriz interfibrilar calcificada y por fibras colágenas. Se encuentra compuesta en un 45% a 50% de matriz inorgánica que consta de cristales de hidroxiapatita, magnesio, calcio, fósforo y materia orgánica compuesta de colágenos, cementoblastos, osteoclastos y sustancia fundamental (condroitin sulfato).

Hay 2 tipos de cemento :

1. - Celular. - De la raíz, en ésta el cemento encontramos cementocitos dentro de espacios aislados llamados lagunas cementarias, se comunican entre sí por pequeños canaliculos ocupados por las prolongaciones citoplasmáticas de los cementocitos - donde las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de su estructura.
2. - Acelular. - En la parte cervical del diente es más calcificado que el celular se caracteriza por no tener células y las fibras



de Sharpey ocupa la menor parte de su estructura.

Cemento de Transición. - Comprende el tercio medio de la --  
raiz y consta de cemento celular y acelular.

#### RELACION CEMENTO - ESMALTE :

Cemento sobre esmalte	60 a 65 %
Borde a Borde	30 %
Dentina Expuesta	5 a 10 %

#### FILOSOFIA DEL CEMENTO.

1. - Mantener al diente implantado en el alveolo
2. - Permitir la continua reacomodación de las fibras de Sharpey
3. - Compensar la pérdida del esmalte con la formación de cemento.
4. - Aislar a la pulpa de agentes externos patógenos, pues protege a la dentina radicular y a la vez a la pulpa radicular.

#### HUESO ALVEOLAR.

Es la porción de los maxilares que forman los alveolos de los dientes, está compuesto por tejidos óseo compacto y tejidos esponjosos o trabecular.

El hueso está formado por componentes inorgánicos : calcio, fósfo-

ro, magnesio y pequeñas cantidades de potasio, sodio, cloro, fluor y hierro.

El componente orgánico lo constituyen : Colágeno, mucopolisacáridos, osteocitos y osteoclastos, está compuesto por un tejido óseo compacto y otro esponjoso o trabecular.

El tejido compacto comprende una pared interna llamada pared alveolar o lámina dura que tiene numerosas perforaciones para dar paso a vasos y nervios, en la zona donde se insertan las fibras de Sharpey y de una pared ósea externa cubierta por periostio adosada a la encía.

#### FIBRAS HORIZONTALES.

Se dirigen del cemento al hueso en forma perpendicular al eje mayor del diente, su función es colaborar a soportar los movimientos laterales.

#### FIBRAS APICALES.

Se insertan en el cemento a la altura del foramen apical y se dirigen al fondo del alveolo, en forma irradiada, siendo su función, ayudar a impedir que el diente se desaloje de su alveolo.

#### VASCULARIZACION DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

Proviene de las arterias alveolares superior e inferior y llega a el ligamento parodontal por 3 orígenes :

- 1). - Vasos apicales
- 2). - Vasos que penetran desde el hueso alveolar
- 3). - Vasos anastomosados de la encía.

### INERVACION.

Está inervado profusamente por fibras nerviosas sensoriales, capaces de transmitir sensaciones táctiles de presión, dolor y localización, por vfas trigeminales.

### FISIOLOGIA.

La función del ligamento parodontal es de importancia, ya que, es un obstáculo para el inicio de la enfermedad parodontal.

### FUNCIONES PRINCIPALES :

#### FIBRAS.

- 1). - Fibras Gingivodentales
- 2). - Fibras Periodontales.

1. - Estas fibras se insertan a nivel del cuello en el cemento por abajo de la adherencia epitelial y se extiende a la encía formando

3 haces.

1. - Hacia la cresta de la encfa
2. - Hacia la superficie externa de la encfa terminando cerca del epitelio
3. - Hacia la parte externa de la cresta ósea.

#### FIBRAS CIRCULARES.

Rodean al diente en forma de anillo a nivel de la encfa marginal y no teniendo inserción fina en el diente, extendiéndose en el tejido conectivo.

#### FIBRAS TRANSEPTALES.

Se insertan en el cemento, a la altura de la adherencia epitelial y se dirigen al cemento del diente continuo pasando por encima de la cresta ósea, formando haces horizontales.

#### 2). - FIBRAS CRESTOALVEOLARES.

Se dirigen oblicuamente del cemento a la cresta alveolar, su función es ayudar a mantener el diente dentro del alveolo, así como, resistir los movimientos laterales.

3. - A lo largo de las márgenes enpostiales de los espacios medula

res.

En zonas de tensión hay formación de hueso, en zonas de presión -  
hay reabsorción.

## CAPITULO II

### FACTORES ETIOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

La etiología de la enfermedad parodontal, es una serie de factores clasificados de diferente manera por cada uno de los autores. Dichos factores pueden ser : Metabólicos, irritativos e infecciosos, así como, otros factores predisponentes y los factores que favorecen la aparición de la enfermedad parodontal.

Factores existentes. - Que realmente estimulan la enfermedad.

Factores perpetuantes. - Que hacen pasar a la enfermedad parodontal de aguda a crónica.

Factores modificantes. - Alteran el curso de la enfermedad.

Factores extrínsecos e intrínsecos. - Es otra de las clasificaciones y por último, la clasificación de factores locales y generales que vienen siendo factores de origen local sistémico respectivamente.

Factores locales y factores generales. - Menciono solamente algunos de los factores más importantes.

PLACA BACTERIANA. - Se presenta sobre la superficie dental formada por diversos compuestos orgánicos expuestos en la boca.

En un diente limpio se forman a los pocos minutos de exposición en la saliva, una película adquirida que es una capa delgada, clara, acelular, libre de bacterias, casi invisible, que a medida de su maduración se adhiere fuertemente haciéndose cada vez más gruesa -- hasta pigmentarse.

Después de esta formación prosigue la colocación de dicha placa.

La placa bacteriana es una matriz proteínica blanda en la cual encontramos muchas bacterias de varios tipos; entre las 12 y 24 horas. Y el producto del crecimiento bacteriano no está adherido fuertemente a la superficie del diente.

La composición de la dieta ayuda a la formación de la placa bacteriana y a la relación con la enfermedad parodontal.

SARRO DENTAL. Se inicia con un depósito de material blando sobre la superficie del diente, que se impregna de sales de calcio y se transforma en una masa calcificada.

El sarro se deposita dentro de la placa bacteriana y se adhiere fuertemente a la corona del diente o en el surco gingival.

El sarro está clasificado en : sarro supragingival y sarro subgingival.

Los depósitos supragingivales del sarro puede causar enfermedad parodontal sin formación de bolsas parodontales por destrucción.

De la pared gingival a medida que se va formando el sarro.

EL SARRO SUBGINGIVAL. - Se presenta cuando hay inflamación de la encía, siendo éste un irritante mecánico y bacteriano, ya que dicho sarro está en contacto con el epitelio que reviste el surco gingival. En la superficie y en el interior del sarro purula una masa microbiana que constantemente elabora productos tóxicos que infiltran al epitelio adyacente y estimulan una inflamación inespecífica, la encía puede ponerse turgente por el edema y si la tumefacción se desarrolla en dirección de la corona, la profundidad del sulcus se hace mayor.

El sarro aumenta de tamaño y cubre una zona mayor, a medida que la bolsa se hace más profunda en sentido apical, el sarro sigue depositándose en su base.

La necrosis del epitelio que reviste el surco gingival expone al tejido conjuntivo al contenido de la bolsa.

La bolsa parodontal que contiene al sarro se parece a una herida infectada que contiene un cuerpo extraño.



No siempre hay sarro, aunque haya bolsas muy profundas.

En presencia de depósitos masivos de sarro, la reabsorción ósea - es predominante de tipo horizontal y la destrucción es muy lenta.

En cambio la destrucción ósea es rápida cuando la reabsorción es vertical y rara vez se presenta en abscesos parodontales agudos en dientes con depósitos gruesos de sarro.

#### IRRITACION MECANICA.

Se presenta cuando hay un movimiento inadecuado del bolo alimenticio chocando contra la encía libre; produciendo empaquetamiento de alimentos, dando como resultado una pequeña inflamación.

#### TRAUMATISMO PERIODONTAL.

Es la lesión mecánica producida en el periodonto por una fuerza -- excesiva; debida a la oclusión enérgica de los dientes, a un movimiento ortodóntico o a un hecho accidental.

El traumatismo no es producido por el tipo de oclusión o por la articulación, sino es una patología bien definida, la cual no es inflamatoria, no afecta a las encías y no causa bolsas parodontales.

#### CLASIFICACION DEL TRAUMA.

Clinicamente se clasifica en :

a) Primario

b) Secundario

a) La fuerza que se aplica es patológica.

b) La fuerza es fisiológica. - Pero la resistencia del parodonto disminuye por la pérdida del aparato de fijación.

#### CONSECUENCIAS DEL TRAUMA.

Causa trombosis, hemorragias, degeneración, depósitos de calcio e hialinización del tejido conjuntivo paradontal que soporta la presión, en el lado en que la raíz ejerce presión causa necrosis aséptica y desaparece sin dejar lesión al cesar el trauma, también -- causa la movilidad dentaria.

#### FUNCION OCLUSAL.

Debe haber un balance oclusal, de lo contrario desencadena un -- trauma oclusal, respondiendo a una gran cantidad de pérdida de -- hueso, existiendo en el futuro una gran movilidad dentaria.

#### FACTORES GENERALES.

Las enfermedades generales actúan como factores modificantes, pero no causan enfermedad paradontal, sino modifican la reacción

inflamatoria del parodonto por :

- a) Alterar la defensa natural contra los irritantes.
- b) Limitar la capacidad de reparación del tejido.
- c) Causar una respuesta hística anormal por hipersensibilidad.
- d) Modificar la estabilidad nerviosa del paciente, de modo que interviene un nuevo factor que es la tensión nerviosa.

#### PENETRACION DEL ALIMENTO.

Se produce al empacarse entre los dientes una porción de sustancia alimenticia de tipo fibroso por medio de una presión excesiva, la encía es traumatizada por la presión de dicho alimento; eliminándose por medios mecánicos causando una irritación secundaria, el alimento al estar empacado entre los dientes se descompone teniendo como consecuencia, una irritación química, bacteriana y mecánica, al perderse el tono del borde marginal.

#### INSTRUMENTOS USADOS EN LA HIGIENE ORAL.

El uso inadecuado de cepillos e hilos dentales causa irritación en la encía marginal y papila; llegando a producir una inflamación crónica.

#### FACTORES IATROGENOS.

Los contornos exagerados de una restauración proporcionan retención de los restos alimenticios y de la materia alba, causando un trauma directo sobre la encía libre dejándola sin protección.

### ENFERMEDAD METABOLICA.

La diabetes modifica el curso de la enfermedad parodontal, ya que histológicamente la inflamación de los tejidos parodontales de un individuo sano no difiere de los de un individuo diabético.

### CONOCEMOS TRES TRASTORNOS DE METABOLISMO.

- a) Diabetes Mellitus. - El almacenamiento del glucógeno y la inactivación de la cetosis y las personas afectadas son anormalmente susceptibles a las infecciones bacterianas y micóticas.
- b) Factores hormonales. - Los desequilibrios dietéticos y nutritivos predisponen en ocasiones a la infección una avitaminosis específica puede causar lesiones en la mucosa oral y en la lengua.

LA VITAMINA C. ha sido muy estudiada en odontología a las manifestaciones orales del escorbuto. La carencia de ésta produce la alteración del mecanismo de la formación del colágeno y la degeneración del revestimiento endotelial de los vasos.

El ácido ascórbico es necesario para la curación de las heridas, ya que desde un punto de vista fisiológico interviene en la reacción química intracelular.

#### MEDICAMENTOS FLAVONOIDES.

Han sido reconocidos para el tratamiento y la profilaxia de una gran variedad de trastornos que implican una enorme permeabilidad y fragilidad defectuosas, entre estas tenemos las encías sangrantes, gingivitis y periodontitis.

#### PROTEINAS, GRASAS E HIDRATOS DE CARBONO.

Las proteínas son factores muy importantes en la nutrición y la conservación de la presión osmótica de la sangre, porque desempeñan un papel muy importante en la reacción del cuerpo ante la infección, son esenciales para la conservación de fagocitos para la destrucción de las bacterias.

La deficiencia de las proteínas, trae como consecuencia retraso de la curación de las heridas, susceptibilidad a la infección, lesiones hepáticas, disminución de la actividad enzimática y anemia.

#### LAS GRASAS.

Desempeñan un papel muy importante en la digestión, son fuente

de energía y contribuyen a la absorción de ciertas vitaminas.

### LOS CARBOHIDRATOS.

Son usados por el organismo en ciertos estados fisiológicos y -- pueden influir sobre la enfermedad parodontal mediante las bacterias por la acción bioquímica como los cambios de Ph de la placa bacteriana.

### CARACTER FÍSICO DE LA DIETA.

Es muy importante en la enfermedad parodontal, ya que los alimentos fibrosos y de tipo detergente ayudan a mantener limpia la cavidad oral. Requiere de una masticación enérgica que promueva la queratinización del epitelio gingival. El alimento blando facilita -- la retención del alimento y no produce la estimulación de los tejidos parodontales.

### STRESS EMOCIONAL.

Puede ejercer una reacción directa sobre el aparato de fijación, por la reacción contra la tensión o una reacción indirecta debido a los factores siguientes : higiene oral descuidada, dieta inadecuada, insomnio, consumo excesivo de tabaco.

El stress y los trastornos emocionales pueden influir sobre la fun-

ción del sistema inmunológico a través del sistema nervioso central y posiblemente por medios endocrinos.

El stress es posiblemente el factor etiológico primario en las infecciones agudas de la gingivitis ulcerosa necrosante.

#### FACTORES GENETICOS.

La herencia puede ser un factor intrínseco en la enfermedad periodontal, porque existe una tendencia familiar a la misma.

### CAPITULO III

#### PREVENCION Y TECNICAS DE CEPILLADO.

La parodoncia preventiva comprende un programa de cooperación entre el C. Dentista y el paciente, para dar la preservación de la dentadura natural, previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la gingivitis y la enfermedad parodontal.

Gran parte de la gingivitis y la enfermedad parodontal y la pérdida de piezas dentarias que causan éstas, pueden ser prevenidas, ya que, su origen son los factores locales y estos son corregibles y controlables.

La enfermedad parodontal es una extensión de la gingivitis y tiene su origen en los factores irritantes locales, agregándose el trauma oclusal. Otra de las causas es la negligencia, que permite la producción de la enfermedad, el descuido de la enfermedad incipiente provoca la destrucción de los tejidos de soporte de los dientes, y el descuido de la boca tratada predispone a que la enfermedad se repita.

La mala higiene bucal, que permite la acumulación de la placa, -- cálculo y materia alba, enmascara todos los otros factores locales de la enfermedad gingival.



La placa dentaria es la causa más importante de la enfermedad bucal, siendo esta el agente etiológico de la gingivitis, que al no ser tratada ocasiona parodontitis y, por lo tanto, pérdida dentaria.

La forma más segura de que se dispone hasta ahora para su control, es la limpieza mecánica con cepillo dental y otros auxiliares de la higiene.

El cepillo dental aunado con una buena técnica de cepillado conduce a la eliminación de la placa, materia alba y la reducción de la instalación y la frecuencia de la gingivitis, retardando la formación gingival en sus primeras etapas.

Generalmente es aceptado que la placa bacteriana es un factor etiológico importante en el desarrollo de la enfermedad parodontal. -- Estudios clínicos han demostrado que se puede reducir en forma considerable la enfermedad parodontal ya existente mediante la eliminación de la placa y mejorando la higiene oral. Hasta la fecha el -- método más utilizado para mantener los dientes limpios es el cepillado se considera deseable, se ha desarrollado una controversia -- acerca de la efectividad de las diferentes técnicas. Se han realizado solamente unos cuantos estudios clínicos controlados y bien definidos para comparar la efectividad de los diversos métodos.

## TECNICAS DE CEPILLADO.

Método de Bass. ( limpieza del surco ) con cepillo blando.

Se empieza por las superficies vestibulares superiores y vestibulo proximales, se coloca la cabeza del cepillo paralelo al plano oclusal con las cerdas hacia arriba, por detrás de la superficie distal del último molar.

Se colocan las cerdas a 45° respecto al eje mayor de los dientes, se fuerzan los extremos de cerdas dentro del surco gingival, asegurándose de que las cerdas penetren todo lo posible en el espacio interproximal. Se ejerce una presión suave en sentido del eje mayor de las cerdas activándose el cepillo con un movimiento vibratorio hacia adelante y hacia atrás, contando hasta diez, esto limpia detrás del último molar, la encía marginal, dentro de los surcos gingivales y a lo largo de las superficies dentarias proximales hasta donde lleguen las cerdas. Se desciende el cepillo y se mueve hacia adelante repitiendo el proceso en la zona premolares, cuando se llegue al canino superior derecho se coloca el cepillo de manera que la última hilera de cerdas quede distal a la prominencia canina, no sobre ella, se toma la misma precaución en los otros caninos se activa el cepillo sector por sector en todo el maxilar superior hacia la zona molar izquierda asegurándose de que las cerdas lleguen detrás de la superficie distal del último molar. Se prosigue

con las superficies palatinas superiores y próximo palatinas, en la zona superior izquierda, continuando a lo largo del arco hacia la zona molar derecha, se coloca el cepillo horizontalmente en las -- áreas molar y premolar.

Para alcanzar la superficie palatina de los dientes anteriores se - coloca el cepillo verticalmente, se presionan las cerdas del extre - mo dentro del surco gingival e interproximalmente alrededor de - 45 ° respecto al eje mayor del diente y se activa el cepillo con gol - pes cortos repetidos, si la forma del arco lo permite, el cepillo - se coloca horizontalmente entre los caninos con las cerdas angula - das dentro de los surcos de los dientes anteriores.

Una vez terminada la arcada del maxilar superior se continua con las superficies vestibulares inferiores, vestibulo proximales, lin - guales y linguoproximales, sector por sector desde distal del -- 2° molar hasta distal del molar izquierdo. Después se limpian las superficies linguales y linguoproximales sector por sector desde la zona molar izquierda hasta la zona molar derecha, en la región an - terior inferior, el cepillo se coloca verticalmente con las cerdas de la punta anguladas hacia el surco gingival, si el espacio lo per - mite el cepillo puede ser colocado hacia los surcos de los dientes anteriores.

Por último las superficies oclusales presionando firmemente las cuerdas sobre estas superficies introduciendo los extremos en surcos y fisuras, se activa el cepillo con movimientos cortos hacia a trás y adelante contamos hasta diez y avanzando sector por sector hasta limpiar todos los dientes posteriores.

#### Método de Stillman.

El cepillo se coloca de forma que las puntas de las cerdas queden en parte sobre la encha y en parte sobre la porción cervical de -- los dientes, las cerdas deben estar oblicuas al eje mayor del diente y orientadas en sentido apical, se ejerce presión lateralmente - contra el margen gingival hasta producir un empalidecimiento perceptible, se separa el cepillo para permitir que la sangre vuelva a la encha, se aplica presión varias veces, y se imprime al cepillo - un movimiento rotativo, suave con los extremos de las cerdas en posición.

Se repite el proceso en todas superficies dentarias comenzando en la zona molar superior, procediendo sistemáticamente en toda la boca para alcanzar las superficies linguales de las zonas superior e inferior, el mango del cepillo se coloca en plano paralelo al plano oclusal, trabajando los penachos sobre la encha.

Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando con profundidad en los surcos y espacios interproximales.

#### Método de Stillman Modificado.

Consiste en una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en el sentido de eje mayor del diente. El cepillo se coloca en la línea mucogingival con las cerdas dirigidas hacia la corona y se activa con movimientos de frotamiento en la encía incertada, en el margen gingival y en la superficie dentaria, se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

#### Método de Charters.

El cepillo se coloca sobre el diente con una angulación de  $45^\circ$  y las cerdas orientadas hacia la corona, se mueve el cepillo a lo largo de la superficie dentaria hasta que los costados de las cerdas abarquen al margen gingival, conservando el ángulo de  $45^\circ$  se gira levemente el cepillo flexionando las cerdas de modo que los costados presionen sobre el margen gingival, los extremos toquen los dientes y algunas cerdas penetren interproximalmente sin alterar la colocación de cerdas. Se gira la cabeza del cepillo manteniendo la posición doblada de las cerdas, la acción rotatoria continúa --

mientras cuenta hasta diez. Llévase el cepillo hasta la zona adyacente y repítase el procedimiento, continuando área por área, sobre la superficie vestibular pasando posteriormente a la lingual, - teniendo cuidado de penetrar en cada espacio interdentario.

Para limpiar las superficies oclusales, se forzan suavemente las puntas de las cerdas dentro de los surcos y fisuras y se activa el cepillado con un movimiento de rotación sin cambiar la posición de las cerdas, repítase con mucho cuidado, zona por zona, hasta que estén perfectamente limpias todas las superficies masticatorias.

#### Método de Fones.

El cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía, el mango del cepillo queda paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies dentarias vestibulares. Después se mueve el cepillo en sentido rotatorio, con los maxilares ocluidos y en trayectoria esférica del cepillo, confinada dentro de los límites del pliegue mucovesibular.

#### Método Fisiológico.

Smith y Bell describen un método en el cual se hace un esfuerzo por cepillar la encía de manera comparable a la trayectoria de los alimentos en la masticación, esto comprende movimientos suaves de

barrido, que comienza en los dientes sobre el margen gingival y -  
la mucosa gingival incertada.

#### Método para regiones difíciles.

Cuando las coronas sean mayores que la anchura del cepillo, se -  
necesita colocarlo en posición vertical y cepillar sólo un diente ca  
da vez con movimientos de arriba hacia abajo y en forma circular,  
esto mismo se recomienda cuando existan piezas dentarias fuera  
del alineamiento a fin de evitar empaquetamiento alimenticio en la  
encha marginal.

#### Hilo de Seda Dental.

Es un medio eficaz para limpiar las superficies dentarias interpro  
ximales el procedimiento es el siguiente :

Se corta un trozo de hilo de 90 cm. , se coloca el hilo sobre el --  
pulgar derecho y el índice izquierdo y se introduce en la superfi--  
cie interproximal, no debe forzarse bruscamente el hilo, por que -  
provoca lesión en la encha, no es conveniente usar este método ---  
cuando existe empaquetamiento crónico de alimentos.

#### Puntas Interdentales.

Las más usuales son las que se encuentran en los extremos de los

cepillos, son de hule y se adaptan a los distintos tamaños de los es pacios interproximales, su función consiste en comprimir las papi las y de esta manera librar cualquier resto alimenticio.

#### Colutorios.

Para que sean útiles deben ser usados rigurosamente, forzando la solución en los espacios interproximales a fin de desalojar particu las olvidadas, estos colutorios tienen sabor agradable lo que los ha ce aceptables.

#### Cepillo Automático.

Hay dos tipos de cepillos eléctricos : uno de ellos mueve las cerdas de adelante hacia atrás y otro provoca un movimiento en arco, se ha observado que con este tipo de cepillado mejora la higiene -- dental y el tono gingival reduciéndose las hemorragias provocadas por el aseo, pero no es muy eficaz para eliminar restos alimenticios, por lo que, es conveniente combinar los dos tipos de cepillado.

#### Water Pik.

Este aparato consiste en una bomba que expelle un chorro de agua - intermitentemente con fuerza graduable con boquillas intercambia-



bles para que pueda ser utilizado por varias personas, las boquillas se colocan entre los espacios interproximales y áreas de difícil acceso, así se remueven restos alimenticios y se produce masaje en la encía, debe usarse con agua tibia.

## CAPITULO IV.

### INFLAMACION.

Inflamación. - Reacción protectora local inespecífica del tejido con juntivo vascularizado como respuesta a la lesión o destrucción de - células.

La inflamación tiene el propósito útil de destruir, diluir o tabicar el agente patógeno o células lesionadas y responsable de síntomas y complicaciones de numerosas enfermedades.

Causas más frecuentes. - Bacterias, agentes vivos, agentes inorgánicos como calor, frío, energía radiante, estímulos eléctricos - o químicos, traumatismo mecánico sencillo, etc.

Cualquiera de estos agentes tiene la violencia para causar muerte tisular, los productos neuróticos liberados por células muertas son perjudiciales y aumentan la reacción inflamatoria.

Reacciones fisiológicas y morfológicas de la inflamación, las células o tejidos que experimentan lesión o destrucción se desencadena una serie integrada de fenómenos, que comienza por la liberación de sustancias vasoactivas, siendo estos los fenómenos :

a). - Dilatación arteriolar precedida de vasoconstricción pasajera.

- b). - Aumento del riego sanguíneo por arterolas, capilares y vénulas.
- c). - Dilatación y aumento de permeabilidad de los capilares.
- d). - Exudado del líquido ( paso de líquido inflamatorio a través de la membrana lesionada ) teniendo todas las proteínas del plasma ( albúmina, globulina, fibrinógeno )
- e). - Concentración o aglomeración de hemátides en los capilares.
- f). - Retardo o éxtasis del riego sanguíneo, que llegan al estancamiento completo.
- g). - Disposición periférica de los leucocitos en los capilares.
- h). - Migración de leucocitos de los vasos hacia el foco inflamatorio, saliendo los polimorfonucleares, monocitos, linfocitos y células plasmáticas.

Fenómenos vasculares de la inflamación aguda o triple respuesta de Lewis.

La lesión o destrucción de las células liberan sustancias químicas como la histamina, serotonina desencadenando la reacción inflamatoria, produciendo su efecto en arteriolas capilares y vénulas, --- causando dos modificaciones vasculares :

La vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar.

Lewis dijo que bastaba raspar la piel con un objeto romo para de--

sencadenar una reacción local de los vasos, que es visible manifestándose por una línea roja en el área de piel irritada, rodeada de un halo rojo (eritema), y más tarde por una área de edema de la piel circunscrita (roncha). Esto se conoce como "La triple respuesta de Lewis"

Mecanismos de la vasodilatación de la triple respuesta de Lewis.

Existen dos fases de vasodilatación, enrojecimiento del área irritada y aparición del eritema.

El enrojecimiento se debe a la dilatación venular y capilar.

El eritema es el resultado de la dilatación arteriolar y depende de la integridad de los nervios locales, porque en la piel denervada no se observa el eritema, ya que, el reflejo axónico interviene la formación del eritema.

También existe otro reflejo humoral que explica la vasodilatación. La lesión libera una sustancia que puede almacenarse mientras haya éxtasis circulatoria pero al momento de restablecerse abandona los tejidos lesionados por los vasos, estas sustancias son :

La histamina, bradiquinina, serotonina, etc.

Los signos clásicos de la inflamación son :

- a) rubor
- b) tumor
- c) calor
- d) dolor
- e) pérdida de la función

Cambios en la pared vascular. - Tenemos aumento en la adhesividad de la superficie interna de las células endoteliales y aumenta la permeabilidad de la porción terminal del lecho circulatorio, este aumento permite la salida de proteínas hacia el espacio intersticial por la debilidad de las células endoteliales y al aumento de iones calcio, influyendo en el transporte de líquidos a través del citoplasma.

Modificaciones del flujo sanguíneo y elementos formes. La reacción básica inmediata de la inflamación. - es una serie complicada de adaptaciones fisiológicas y morfológicas participando : vasos sanguíneos, líquidos y elementos figurados y flujo sanguíneo.

La lesión de las células liberan sustancias químicas desencadenando la reacción inflamatoria, la modificación arteriolar es en minutos después de la lesión tisular, la circulación es rápida y aumenta por la presión hidrostática y apertura a la circulación de muchos capilares inactivos, la circulación se torna más lenta; horas des--

pués puede detenerse por completo. En el resto del proceso la circulación está aumentada en la periferia, en tanto que el área lesionada casi no hay flujo sanguíneo, al aumentar la permeabilidad vascular, ocurre trasudación lenta del líquido de los vasos al área lesionada, los glóbulos rojos se aglomeran y la sangre se torna viscosa y retrasa el flujo sanguíneo por los capilares modificados, produciendo un trastorno en el flujo laminar de la columna sanguínea, invirtiendo y convirtiéndose en un flujo turbulento con las siguientes modificaciones de los elementos : plasma en el centro y elementos formes en la periferia, los leucocitos se adhieren a la pared en potelial que recubre el interior del vaso fenómeno llamado -pavimentación, por esta causa los vasos en el área lesionada, están distendidos por glóbulos rojos y revestidos de leucocitos adherentes, algunos emigran a través de la pared vascular hacia los tejidos vecinos.

Las modificaciones del riego sanguíneo. - Se acompaña de incremento del drenaje linfático, ya que, al acumularse exudado tisular, los linfáticos se dilatan al igual que su endotelio se torna más permeable para moléculas y células de mayor volumen que ayuda a eliminar el exudado de la región inflamada.

## CAPITULO V

### GINGIVITIS.

Gingivitis. - Es la inflamación de los tejidos gingivales la intensidad de la gingivitis depende de la magnitud, duración y frecuencia de irritantes locales y la resistencia de los tejidos bucales.

### GINGIVITIS MARGINAL O SIMPLE.

La primera alteración del parodonto es la gingivitis marginal o simple, es un estado inflamatorio de las encías que toman únicamente en su borde libre, se presenta como una alteración de color rosado intenso, rojizo o púrpura y de consistencia ligeramente hinchada en toda su extensión periférica, puede presentar hemorragias espontáneas o a la presión.

En estados más avanzados aparecen exudados y supuración a la presión digital, la encía es dolorosa al tacto, a los alimentos y a la masticación.

Etiología. - Es la falta de higiene, uso deficiente del cepillo, alimentación restringida o precipitada, disfunción por masticación unilateral, por falta de dientes, caries, mal oclusión, mal disposición dentaria al hábito.

Como causa mecánica tártaro, bordes de obturaciones y coronas - mal ajustadas.

Tratamiento. - Eliminación de los factores irritativos locales y estímulos circulatorios y tisulares, para favorecer la proliferación de los tejidos y su normalización.

Tratamiento clínico. - Eliminación del sarro especialmente subgingival, no basta quitar el block mayor del depósito tartárico, es preciso eliminar la fina capa que permanece adherida a la superficie dentaria, si persiste algún resto calcareo favorecerá la precipitación de nuevas secreciones provocando una rápida recidiva.

Post Operatorio. - Toda persistencia del más mínimo fenómeno inflamatorio gingival, se debe a que aún subsiste algún trozo de sarro subgingival.

Higiene bucal rigurosa por medio de un cepillado conveniente y el masaje frecuente de las encías.



### GINGIVITIS CRONICA.

Es la consecuencia de la gingivitis marginal agravada, la papila interdientaria y el festón gingival ya no causa solamente congestión -- hemorrágica y exudado sino una supuración abundante a la presión digital.

La papila interdientaria y el festón gingival se abulta perdiendo su aspecto primitivo para confundirse en una misma superficie redondeada hipertrófica.

Tratamiento. - Eliminación de los irritantes acentuando el tratamiento con un cepillado adecuado, profilaxis a cargo de odontólogo para mantener el parodonto normal.

## GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE AGUDA.

Conocida también como : Boca de trinchera, gingivitis de Vincet, pseudomembranosa.

Se presenta en adultos jóvenes, sometidos a stress emocionales intensos no controlados, está causada por una simbiosis del fuso --- bacterium y la borrelia vincent ( fuso espiroquetal )

Etiología. - Son las descargas adrenérgicas, las hormonas que intervienen, la adrenalina y noradrenalina ( vaso constrictores periférico ) que producen en el tejido anoxia y como consecuencia presenta lesiones crateriformes cubiertas por una pseudo membrana - blanquesina compuesta de fibrinógeno, restos alimenticios, que al ser removida deja lesiones ulceradas que sangran profusamente.

La enfermedad en si tiene un comienzo agudo desencadenado por una enfermedad debilitante o alguna infección respiratoria aguda o un cambio de vida o trabajo continuo sin un descanso adecuado.

El comienzo de la infección es repentina y va acompañado de un leve malestar, dolor de cabeza y leve toxemia y las encías están extremadamente sensible y el dolor es constante, la temperatura no es muy elevada, la encía está inflamada y sangra fácilmente, presenta aspecto cianótico y necrotico. La membrana cianótica pue-

de ser eliminada fácilmente exponiendo así una superficie descamada . Está presente un característico y desagradable olor fétido, la salivación está aumentada, con frecuencia hay linfadenopatas -- submaxilares en estado crónico. La encía muestra un proceso ulcerativo lento que gradualmente destruye los tejidos parodontales. -- Los frotis de las zonas afectadas muestran : innumerables borrelias Vincent y bacilos fusiformes, pero su presencia no es muy significativa.

Tratamiento. -

1. - Eliminación de síntomas agudos
2. - Eliminación de irritantes locales
3. - Prevenir nuevos ataques.

Se debe evitar la fatiga, el insomnio, el alcoholismo y el uso inmoderado del tabaco. La dieta debe ser blanda y las vitaminas se suministrarán en dosis determinadas.

Si el caso es grave se aconseja la administración de antibióticos - ( no tópicos ) para evitar infecciones secundarias.

Se prescribe el uso de colutorios durante 5 minutos varias veces al día. A los dos días de haber eliminado los irritantes agudos se hace un raspado de las raíces con anestésico local, se recomienda al paciente el uso de cepillo suave y el estímulo interdental, se --

suspenden los colutorios, se aconseja al paciente descanso y dieta adecuada, dos días después se continúa con el raspado de las raíces, se revisa la higiene bucal, se identifica presencia de sarro o materia alba haciendo un examen del estado parodontal completo.

## GINGIVO PLASTIA.

La gingivo plastia es un procedimiento que consiste en darle a la en- cfa una forma y contorno fisiológico mediante la creación de una ar- quitectura gingival, que permite el paso libre de los alimentos, con el objeto de que estos no queden estacionados en esta porción de la - encfa y ocasionen un trastorno en la misma.

La gingivoplastia es un procedimiento que se realiza conjuntamente con la gingivectomia, se efectúa en la encfa adherida y en la margi- nal y consiste en lo siguiente :

- a) Biselado del margen gingival
- b) Creación de un contorno ondulado del margen gingival
- c) Adelgazamiento de la papila para darle una terminación en forma de bisel o filo de cuchillo
- d) Creación de los surcos verticales interdentes para permitir el paso de los alimentos.

Una vez que la cavidad oral está en condiciones de higiene aceptable se comienza con el tratamiento.

La anestesia indicada es colocar puntos locales en las papilas inter- proximales y en el margen gingival.

La gingivo plastia se puede efectuar con bisturf, piedras de diamante

que se deben de utilizar haciéndolas girar en un movimiento que va de la enca hacia el diente, para evitar el riesgo de desprender el tejido.

La intervención se debe de efectuar con la ayuda de enfriamiento lo grándose por medio del derrame de agua tibia sobre el tejido que se está rebajando, para evitar que se traumatice por el calor producido durante la fricción.

### GINGIVITIS HEPERTICA.

Esta gingivitis es producida por el virus Herpes, se puede confundir con la gingivitis de Vincent, que tiene su localización en el vértice de la papila interdientaria. Está caracterizada porque se generaliza y produce una ampulla parecida a la quemadura de un cigarro, esta ampulla se rompe, formándose una úlcera que aumenta de tamaño -- formando lesiones mucho más grandes y dolorosas llamadas aftas. Presenta adenitis cervical, malestar general y fiebre.

Tratamiento. - Elevar los mecanismos de defensa como la gama -- globulina, para atenuar la virulencia de los mecanismos de acción, se recomienda el uso de algún oxigennate, y de algún anal gésico por vía oral para mitigar el dolor.

### GINGIVITIS ESTROPTOCOCICA.

Esta gingivitis es rara, se presenta sola o junto con infecciones de las vías respiratorias superiores causada por elementos contaminados por el estreptococo beta hemolítico, el cual causa lesiones eritematosas profusas que son extremadamente dolorosas, el paciente refiere halitosis especial, ardor y calor en la boca existe -- gialorrea, puede presentar estados febriles adenopatías.

Tratamiento. - Pemprocilina 800,000 unidades IM, penicilina G - sódica c/ 8 horas, durante 5 días dependiendo del peso del paciente y del estado de la infección.



### GINGIVITIS ESTAFILOCOCCICA.

Este tipo de gingivitis es originado cuando predomina el estaphylococcus aureus en la flora bucal, puede desarrollarse a consecuencia de irritación excesiva de los tejidos bucales por exceso de medicación.

Las manifestaciones bucales son bastantes uniformes, los tejidos alveolares y marginales aparecen blanquecinos y cauterizados, muy dolorosos, sin ulceración.

Es común la descamación en los tejidos gingivales superficiales, - la mucosa bucal y los labios, suele haber intensa sialorrea y adenopatía regional dolorosa.

Tratamiento. - Es semejante al de la gingivitis estreptococcica.

### GINGIVITIS GONOCOCCICA.

Es rara y es producida por la neisseria gonorrhoeae. La mucosa bucal se cubre con una membrana grisácea que se desprende por zonas y expone la superficie viva subyacente hemorrágica.

Es más común en el recién nacido, es una infección causada por -- los pasajes maternos, pero se ha descrito casos en adultos por contacto directo o por instrumentos contaminados.

- Tratamiento. - Con la administración de antibióticos dados por el antibiograma, así como, aplicaciones de solución de nitrato de plata en una torunda de algodón prescribiendo frecuentes enjuagatorios alcalinos.

## ABCESO PARODONTAL.

El absceso parodontal es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales es conocido también como absceso lateral o parietal.

El absceso parodontal se forma de la siguiente manera :

1. - Penetración profunda de la infección proveniente de una bolsa parodontal en los tejidos parodontales, y localización del proceso inflamatorio superativo, junto al sector lateral de la --raiz.
2. - Extensión lateral de la inflamación proveniente de la superfi-cie interna de una bolsa parodontal en el tejido conectivo de la pared de la bolsa, el absceso se crea cuando está obstruido el drenaje. hacia la luz de la bolsa.
3. - En una bolsa que describe un trayecto tortuoso alrededor de la raíz ( bolsa compleja ) se puede establecer un absceso parodontal, en el fondo extremo profundo, cuya comunicación con la superficie se cierra.
4. - Eliminación incompleta de cálculos durante el tratamiento de la bolsa parodontal, en este caso la pared gingival se retrae

y ocluye el orificio de la bolsa, el absceso parodontal se origina en la porción cerrada de la bolsa.

5. - Puede haber absceso parodontal en ausencia de enfermedad parodontal, después de un traumatismo del diente o perforación de la pared lateral de la raíz durante el tratamiento endodóntico.

Los abscesos parodontales se clasifican, según su localización en :

1. - Abscesos en los tejidos parodontales de soporte, junto al sector lateral de la raíz, en este caso, suele haber una cavidad en el hueso que se extiende en sentido lateral desde el absceso hacia la superficie externa.
2. - Absceso en la pared blanda de una bolsa parodontal.

Los abscesos parodontales pueden ser agudos o crónicos.

Las lesiones agudas pueden resistir y derivar a estado crónico, mientras que las lesiones crónicas sufran exacerbaciones agudas.

#### Absceso agudo.

En concomitancia con el absceso parodontal agudo hay síntomas como

dolor irradiado pulsátil, sensibilidad de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión, movilidad dentaria, linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre y malestar.

El absceso paradontal agudo aparece como una elevación ovoide de la encía en la zona lateral de la raíz. La encía es edemática y roja, con una superficie lisa y brillante, la forma y la consistencia de la zona elevada varían, puede tener forma de cúpula y ser relativamente firme o puntiaguda y blanda. En la mayoría de los casos, es posible que se expulse material purulento del margen gingival -- mediante presión digital suave.

#### Absceso crónico.

El absceso paradontal crónico se presenta como una fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz, puede haber antecedentes de exudación intermitente, el orificio de la fístula -- puede ser una abertura muy pequeña, difícil de detectar, que al ser sondeada revela un trayecto fistulado en la profundidad del parodontio. La fístula puede estar cubierta por una masa pequeña, rosada, esférica de tejido de granulación. Por lo general, el absceso paradontal crónico es asintomático. El paciente suele registrar ataques que se caracterizan por el dolor sordo, mordiscante, leve elevación del diente y deseo de morder y frotar el mismo.

## ABCESO PARODONTAL Y ABCESO GINGIVAL.

El absceso gingival queda confinado en la encía marginal, y se suele presentar en zonas anteriormente sanas, es por lo común, una -- respuesta inflamatoria aguda a cuerpos extraños, forzados dentro de la encía, en raras circunstancias, es la consecuencia de la in-- fección de un quiste gingival cubierto por epitelio.

El absceso parodontal ataca a los tejidos parodontales de soporte y aparece durante la enfermedad parodontal destructiva crónica.

Tratamiento. - El tratamiento del absceso parodontal agudo se de-- termina inicialmente al saber si el absceso está o no localizado, si hay una inflamación difusa y generalizada que afecte a uno o más - dientes. En los casos en donde no se pueda determinar una bolsa - específica se someterá al paciente a una antibioterapia sistemática, el medicamento de elección es la penicilina y en dosis de 250 mg., dos tabletas para empezar y una tableta cuatro veces al día, así co - mo, la administración de analgésicos y enjuagues salinos calientes; mezclando una cucharadita de sal en un vaso de agua de 180 ml. man - teniendo el agua intrabucalmente en la región afectada, cada hora. Si el absceso no se encuentra localizado, pero si determinado el -- diente afectado, se debridan las bolsas alrededor del diente y se i - rriga con solución yodada : fenol al 5 % una parte, acónito ( tintura )

dos partes. Esta solución se introduce en la bolsa parodontal con una jeringa luerlok con aguja Número 20 doblada en ángulo obtuso - biselándose la punta y alisándose el borde. Es una solución de lavado, colocamos gasas de 5 X 5 cm. bajo la región de tal manera - que la solución sea absorbida al fluir desde la bolsa, enseguida colocamos una pasta de acromicina al 3 % en una jeringa con agua caliente del grifo hasta convertirla en una especie de líquido viscoso, la introducimos en el surco. El paciente se somete a antibioticoterapia sistémica como la penicilina, pero la aplicación de acromicina está contra indicada.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico ya sea realizado el drene del absceso o legrado parodontal y antibioticoterapia.

### PERICORONITIS AGUDA O OPERCULITIS.

Es la inflamación de los tejidos gingivales que rodean a un diente - parcialmente erupcionado, con mayor frecuencia en la zona de los terceros molares de la arcada inferior. El tejido pericoronario - clínicamente es un colgato gingival móvil descansando sobre la corona, proporcionando un excelente medio para el crecimiento bacteriano, que unido a la menor resistencia del tejido suprayacente da lugar a una inflamación constante. Presenta sangrado al más leve estímulo, puede haber exudado purulento, así como, necrosis superficial o ulceración.

El paciente refiere dolor muy fuerte en la región afectada que puede extenderse hacia la garganta o hacia la rama del maxilar inferior - presenta " trismus " linfadenitis, malestar general, fiebre elevada e interferencias al deglutir.

Tratamiento. - Similar al del absceso paradontal con antibiòticoterapia, como penicilina y en dosis de 500 mg. cada 6 horas.

El tratamiento quirùrgico es llamado gingivoplastia.



## CONCLUSIONES.

1. - Los problemas parodontales, son observados en el 90 % de las personas y se presentan desde gingivitis y leves hasta pa rodontitis graves y pérdida de las piezas dentarias.
2. - La gingivitis es una de las enfermedades de la boca que tiene frecuencia elevada en la población infantil y adulta en nuestro país. Teniendo consecuencias de carácter irreparable si no es tratada a tiempo.
3. - Por la variada etiología que presenta la gingivitis se hace necesario determinar en forma correcta la causa que la produce para lograr un buen diagnóstico y así obtener resultados eficaces y satisfactorios.
4. - Es necesario tomar en cuenta los padecimientos generales que afecten al organismo y que están provocando alteraciones en la cavidad oral.
5. - La inflamación de la encía que en la mayoría de casos es un principio de gingivitis, por lo general es causada por una mala técnica en el cepillado o la falta de higiene en la boca.
6. - Es necesario que todo cirujano dentista haga una profilaxis

bucal a conciencia, así como, inculcarles a sus pacientes --  
los y las técnicas correctas de cepillado bucal, hilo de seda  
etc. para la prevención de las enfermedades bucales.

**BIBLIOGRAFIA.**

**" PATOLOGIA GENERAL "**

Lord Florey

Editorial Salvat, S. A.

1972

**" ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA "**

John F. Prichard

Editorial Labor, S. A.

1977

**" PERIODONTOLOGIA "**

Dr. Stephen Stone

Dr. Paul J. Kalis

Editorial Interamericana, S. A. DE C. V.

**" PERIODONCIA DE ORBAN "**

Dr. Daniel A. Grant

Dr. Irving B. Stern

Dr. Frank G. Everetl

Editorial Interamericana, S. A. DE C. V.

1972

" PERIODONTOLOGIA CLINICA "

Dr. Irving Glickman

Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

1974

" JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN "

John C. Greene D.M.D., M.P.H.

The Case for preventive periodontios

January - February 1975