

141 446



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA

T E S I S

Que para obtener el título de :
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
GLORIA GUTIERREZ CRUZ



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.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE ACUTA

C A P I T U L O S

APORTACIONES HISTORICAS SOBRE ENFERMEDADES PARODONTALES	Capitulo I
HISTOLOGIA DE TEJIDOS DEL PARODONTO	Capitulo II
DIAGNOSTICO CLINICO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA	Capitulo III
TECNICAS AUXILIARES EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS NECROTIZANTE ULCEROSA	Capitulo IV
TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERO- NECROTIZANTE AGUDA	Capitulo V
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	

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

El tema escogido para elaborar éste trabajo de tesis fué la — "Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda", en la cual se da una explicación somera de los antecedentes sobre enfermedades parodontales, observándose que desde tiempos antiguos ya existía gran interés hacia estas, continuando con la histología de tejidos del parodonto por ser en ellos donde se produce la enfermedad.

Se hace la descripción de los signos bucales y de los síntomas que presenta el paciente con Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda — por medio de los cuales podemos diagnosticarla y después efectuar su tratamiento que también es un tema que se desarrolla mencionando como efectuarlo, instrumental que se utiliza y técnicas según el caso. Así mismo métodos de cepillado que se instituyen al paciente — después del tratamiento y que nos ayudan a conservar la salud bucal después de este o como métodos de prevención para una enfermedad — parodontal crónica, cada tema está desarrollado en forma sencilla y concreta cuidando de la integridad de conocimientos y con la finalidad de que pueda ser útil a futuras generaciones.

CAPITULO I

**AFORTACIONES HISTORICAS SOBRE
ENFERMEDADES PARODONTALES**

APORTACIONES HISTORICAS SOBRE ENFERMEDADES PARODONTALES

Sin duda que las manifestaciones de las culturas antiguas por el conocimiento de las enfermedades parodontales o enfermedades de la boca como eran llamadas, siempre fué en aumento tratando de superarse y estas sirvieron como bases concretas para las teorías actuales, dando así un paso firme al desarrollo de investigaciones, existen antecedentes como el tratado médico chino de Hwang-Pi en el que se describen las características de la encía, siendo también los primeros en utilizar el palillo y cepillo de dientes para la higiene bucal.

Otro de los instrumentos es el palillo de oro creado por los Sumerios, así mismo varios grupos primitivos idearon instrumentos rudimentarios que les sirvieron para el mismo fin que era el de cuidar su boca, así como poder describir las enfermedades que iban observando como lo hicieron en el Talsud y Papiro de Ebers.

Hipócrates padre de la medicina moderna establece un estudio en los pacientes, da a conocer la erupción de los dientes así como la etiología de la enfermedad parodontal.

Tratamientos como el de Aulo Cornelio que recomendaba masticar peras y manzanas verdes y mantener el jugo dentro de la boca cuando la encía estaba separada de los dientes y para el aflojamiento de los dientes tocaba levemente con un hierro candente la encía y la

untaba posteriormente con miel, las pigmentaciones eran eliminadas y después frotadas con un dentífrico.

Rhazes utilizaba el opio, aceite de rosas y miel para la enfermedad parodontal, siendo un escritor prolifero de capítulos relacionados a los dientes.

Una de las aportaciones importantes para el uso de instrumentos fué la de Albucasis, ya que él comenzó por indicar que los dientes se deberían raspar hasta quedar limpios de toda pigmentación y esto se llevaría a cabo con instrumentos adecuados, surgiendo aquí el primer diseño de instrumentos para profilaxis.

Bartolome Eustaquino con la descripción del ligamento que retiene a los dientes en su alveolo.

Poco después uno de los precursores de la investigación un poco más avanzada Pierre Fouchard padre de la Odontología Moderna hizo más concreta su definición hacia la enfermedad Periodontal destructiva crónica, en la cual dice "esta enfermedad no solamente afecta la encía sino también los elementos más profundos ya que si hacemos presión digital aparecerá un pus amarillento", recomendando como tratamiento, raspado de los dientes, dentífricos, enjuagatorios y ferulización en el caso de dientes flojos.

Ya el conocimiento se iba acrecentando conforme el paso del tiempo y el fisiólogo y Cirujano Inglés John Hunter hace la descripción

del proceso alveolar considerando a este el lugar de la Enfermedad - Parodontal, describe también las medidas quirúrgicas para la misma.

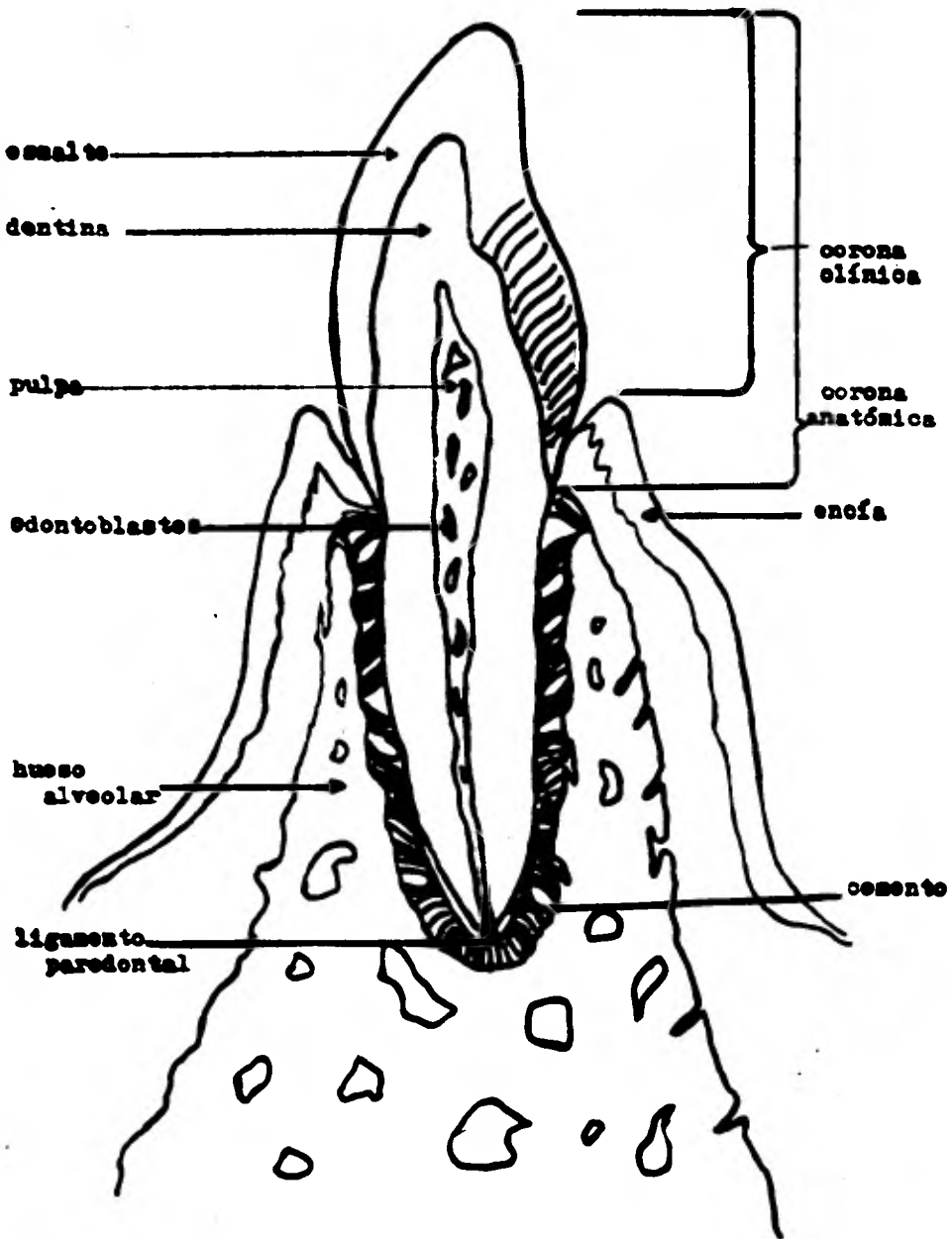
Y es así como se llega a reemplazar viejos conceptos por otros nuevos y combinarlos de una manera de hacerlos más fructíferos que - en el siglo XIX A. John Riggs es el primero en contribuir al desarrollo de la especialidad de las enfermedades parodontales, con un tratamiento para la cura de la resorción del proceso alveolar llamado - "Curetaje Subgingival" y detallando más la descripción de la enfermedad periodontal destructiva crónica de los tejidos de soporte, denominada enfermedad de Riggs.

Ya establecidos todos estos conceptos y basados en hechos experimentales Plaut y Vincent en el año de 1890 describen ampliamente - la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda así como la etiología probable de esta por la presencia de bacterias fusiformes y espiroquetas.

CAPITULO II

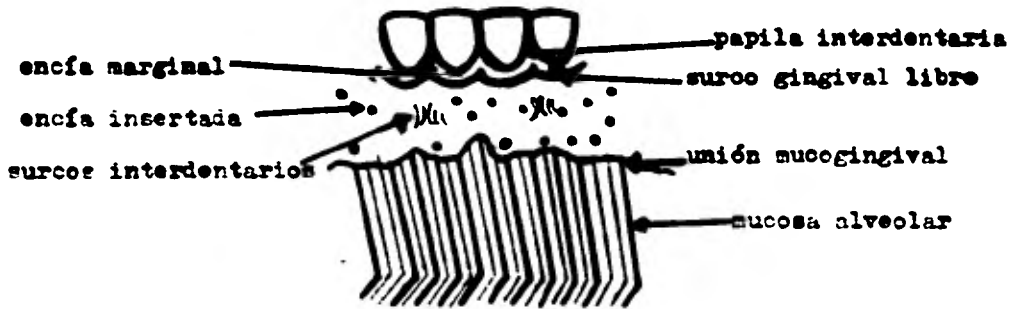
HISTOLOGIA DE TEJIDOS PARODONTALES.

P A R O D O N T O



HISTOLOGIA DE TEJIDOS PARODONTALES

El parodonto es la unidad biológica constituida por la encía - cemento, hueso alveolar y ligamento parodontal, sirve como protección y sosten de los dientes.



ENCIA

Es la parte de la mucosa bucal que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes, según su localización se divide en: encía marginal, encía insertada, encía alveolar y encía interdientaria.

Encía Marginal: es la encía libre que rodea al diente, limitada por la cara vestibular hacia incisal por el margen gingival y hacia apical por el surco gingival, la parte interna se considera como el principio de la inserción epitelial, en estado de salud su profundidad es aproximadamente de 3 mm y su anchura de 1 mm, es de color rosa y de consistencia suave.

Encía insertada: es la continuación de la encía marginal por lo

que sus limitaciones son: hacia incisal con el surco gingival que es ta constituido de epitelio escamoso estratificado no queratinizado y actúa como filtro de los líquidos tisulares de la encía, y hacia apical con la encía alveolar que es tejido conjuntivo laxo y en la que se observan vasos arteriales y venosos que nutren a estos elementos.

Por la parte vestibular de los maxilares, la encía se une con la mucosa alveolar, en la parte interna de la mandíbula con el piso de la boca y en el maxilar superior con la mucosa del paladar que es ta muy queratinizada.

El color de la encía insertada es rosado el cual está dado por el grado de irrigación, de queratinización y el espesor del epitelio también por la presencia de células de pigmentación (melanina) o sea que esta en relación directa con la raza del individuo, es de consistencia firme y presenta un aspecto característico de puntilleo como "cáscara de naranja" que es variable según el sexo y la edad del paciente.

La encía insertada y la superficie externa de la encía libre, - están cubiertas por epitelio escamoso estratificado con su estrato basal, estrato espinoso, estrato granuloso y estrato córneo integrada por células como linfocitos, plasmocitos, leucocitos polimorfonucleares y células de Langerhans, también se encuentran melanocitos - que producen la melanina, es de gran importancia el estrato córneo - por ser el responsable de la permeabilidad, tiene la propiedad de -

evitar la evaporación del agua por la superficie.

Las arterias alveolares son las responsables de la irrigación de las papilas interdientarias, encía vestibular, oral y zonas adyacentes haciendolo a través de canales nutricios, así como vasos periósticos que nacen de las arterias lingual, buccinadora, mentoniana y palatina. Las venas y vasos linfáticos corren junto a las arterias.

Mucosa alveolar, es de color rojo, esta adherida al hueso subyacente por una unión laxa y móvil, el epitelio es delgado y no esta queratinizado.

La lámina propia de la encía se compone de tejido conectivo denso con pocas fibras elásticas que nacen de la zona cervical del cemento, formando el grupo gingival libre de fibras del ligamento parodontal cuya función es mantener a la encía marginal e insertada adherida al diente y cemento de la raíz, estan distribuidas en la cara vestibular, lingual e interproximal, en forma de anillo y en forma de haces horizontales, que van a través del cemento de dientes vecinos.

Encía interdientaria, ocupa el espacio interproximal de los dientes debajo del área de contacto, dando lugar a una papila vestibular y una papila lingual conectadas por una depresión llamada col, de forma simple en dientes anteriores y en forma de cuña en posteriores.

C E M E N T O

Es un tejido conectivo calcificado que cubre la raíz anatómica de los dientes, es de color amarillo y superficie rugosa, su formación es continua durante toda la vida, siendo mayor el espesor en el ápice de la raíz.

Existen dos tipos de cemento que son: primario y secundario.

El cemento primario se encuentra en zonas más coronarias formando una capa delgada, es acelular y está dispuesto en láminas, tiene un alto contenido de fibras de colágeno calcificadas llamadas fibras de Sharpey consideradas porciones de las fibras principales del ligamento parodontal que penetran al cemento.

Cemento secundario es de formación continua durante toda la vida siendo por esto de mayor grosor y se localiza en el ápice de la raíz, es celular está menos calcificado, también tiene fibras de colágeno y cementocitos en forma de lagunas similar a los osteocitos en el hueso que se comunican por medio de canaliculos, el cemento tiene poca resorción.

Entre las funciones del cemento están la de poder formar cemento joven y dar apoyo e inserción a las fibras del ligamento Parodontal.

H U E S O A L V E O L A R

Es una delgada lámina de hueso que rodea las raíces de los dientes, (pared interna del alveolo) en ella se insertan las fibras del ligamento parodontal denominadas fibras de Sharpey.

Proceso Alveolar; es el hueso que forma los alveolos dentarios y sirve de sostén a los dientes, está constituido por el hueso alveolar propiamente dicho, llamado también lámina cribiforme, las tablas vestibular y palatina y el hueso de sostén que se halla entre estas placas corticales.

La lámina dura o cribiforme es llamada así por presentar muchos orificios a través de los cuales pasan los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento parodontal que van de este a la porción esponjosa del hueso alveolar, su función principal es la de sostener los dientes en su alveolo.

Las tablas óseas vestibulares y palatinas son muy compactas y su interior está formado por hueso esponjoso que tiene trabéculas de forma variable debido a la influencia de las fuerzas oclusales.

El tabique interdentario también está formado por hueso compacto de las tablas corticales vestibular y palatina así como por las paredes alveolares de los dientes vecinos y su interior es hueso esponjoso. El aporte sanguíneo del hueso alveolar proviene de vasos del ligamento parodontal y de los espacios medulares.

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

Es tejido conectivo denso que une al diente con el hueso alveolar permitiendo a este movimientos leves dentro de su alveolo.

El ligamento está constituido por grupos de fibras colágenas - que se insertan por un lado al cemento y por el otro al hueso alveolar (fibras de Sharpey), estas fibras evitan que se ejerzan fuerzas directas de presión sobre el hueso y así se favorezca la resorción.

Se consideran varios grupos de fibras principales.

- 1.- Fibras cresto-alveolares, van de la cresta del proceso alveolar hasta insertarse en la parte cervical del cemento.
- 2.- Fibras horizontales, van del cemento al hueso aproximadamente en el tercio medio de la raíz.
- 3.- Fibras oblicuas, van de la cresta alveolar en forma oblicua hasta insertarse en el cemento algo apicalmente, son más numerosas y las principales en el sostén del diente.
- 4.- Fibras apicales, se abren en forma de abanico de la región apical al hueso circundante.
- 5.- Fibras interradiculares, estos haces de fibras pasan arriba del tabique interradicular uniendo las raíces de los dientes.

Ninguna fibra principal llega de lado a lado del hueso y del cemento sino que en la parte media del ligamento forman un entrecruza-

miento denominado plexo intermedio.

Existen también fibras secundarias y estas son grupos de fibroblastos que no tienen fibra de Sharpey (fibra calcificada) y su función es la de servir de relleno para que pasen a través de ella los elementos nutritivos y sensoriales de este tejido.

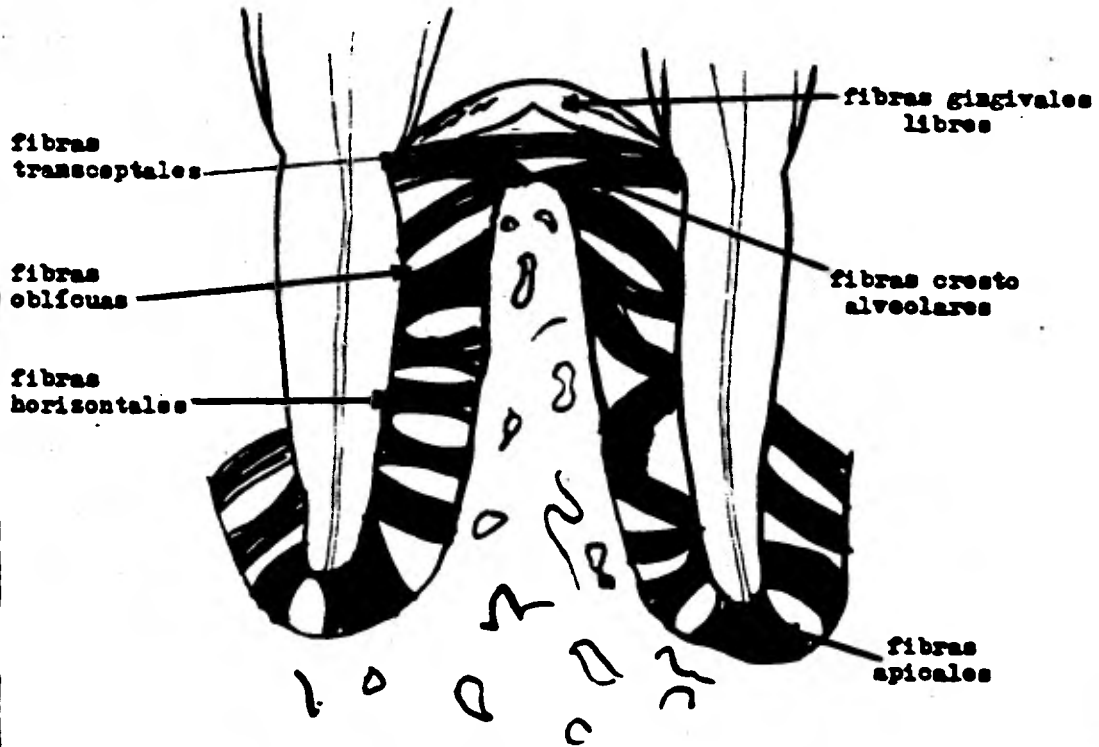
En el sistema nervioso del ligamento parodontal existen dos tipos de terminaciones nerviosas que son: las sensitivas como las de Kraus y Meissner y las propioceptivas que actúan con un acto reflejo de defensa a los estímulos dolorosos que se perciben a través de la pieza dentaria, por ejemplo: al estar comiendo y uno siente una piedra en los frijoles inmediatamente suspende uno el acto ya que el irritante ha estimulado el ligamento parodontal.

El ligamento tiene dos funciones principales; la biológica y la mecánica, la primera comprende:

- a) función formativa está determinada por todos los elementos histológicos capaces de regenerar tejido como los fibroblastos, cementoblastos y osteoclastos.
- b) función nutritiva, por medio de los elementos arteriales.
- c) función sensorial, por el tejido nervioso que posee.

La función mecánica o de sostén que está determinada por los haces de fibras principales.

La irrigación del ligamento es efectuada por ramas de la arteria dentaria y facial las cuales se anastomosan y forman una red arterial que lo nutre.



Grupos de fibras principales

D E F I N I C I O N

Parodencia es la rama de la Odontología que se encarga de estudiar las enfermedades originadas en el parodonto, así mismo de la prevención y su tratamiento.

Inflamación es la movilización de todas las defensas del cuerpo que van hacia donde existe un daño ya sea de origen físico, químico o de un organismo patógeno, con el fin de eliminarlo. Los cambios tisulares que se producen en la inflamación son los mismos sea cual fuere la causa del trastorno.

La inflamación puede ser aguda, subaguda o crónica no siendo distintas sino transiciones de uno al otro que pueden presentarse en cualquier momento.

Inflamación aguda: cuando se produce una lesión sobreviene una constricción arterial transitoria seguida de vasodilatación e incremento de la irrigación sanguínea a través de arteriolas, capilares y vénulas.

Microscopicamente se caracteriza por edema y leucocitos polimorfonucleares. Clínicamente se distingue por tumor a causa del edema rubor, calor (debido a la hiperemia) y dolor que es producido por la presión e irritación de las terminaciones nerviosas a causa de los productos resultantes del proceso inflamatorio.

Se designa a la inflamación aguda con alguna característica destacada que presente, por ejemplo:

Inflamación Pseudomembranosa. Inflamación aguda de la membrana mucosa con formación de pseudomembrana la cual consiste principalmente en fibrina, epitelio necrótico y globulos blancos.

Inflamación Sanguínea: exudado con contenido de sangre.

Inflamación subaguda: es un proceso inflamatorio que presenta características del tipo agudo y crónico o cuando la inflamación aguda ha entrado en las últimas fases reparativas, suele perdurar semanas o meses.

Inflamación Crónica: es una inflamación poco intensa, prolongada y proliferativa, puede continuar a través de un período de meses o años.

Existen varios tipos de enfermedades Parodontales que se pueden clasificar según el grado de la lesión; estados inflamatorios, estados distróficos y estados neoplásicos.

Estos padecimientos se originan en cualquiera de los tejidos que constituyen la unidad biológica llamada parodonto (encía, cemento, hueso alveolar y ligamento parodontal).

Estados inflamatorios

Gingivitis

Parodontitis

La gingivitis es el aumento de volumen que sufre la encía, puede ser como respuesta a irritantes locales, trastornos generales y sistémicos. Se producen alteraciones, cambios de color, inflamación, ulceración del epitelio y sangrado. Posteriormente retracción y pérdida del puntilleo gingival.

Se pueden localizar en distintas zonas ya sea marginal, papilar o generalizada y conforme a esto puede ser: marginal localizada, marginal generalizada y difusa generalizada.

Las alteraciones marginales son provocadas por factores locales agudos como:

- | | |
|----------------------------------|---|
| a) sarro | b) materia alba |
| c) empaquetamiento alimenticio | d) caries |
| e) anomalías de forma y posición | f) disfunciones (anoclusión y oclusión traumática). |

La enfermedad gingival difusa generalizada es de origen sistémico.

- a) Insuficiencias vitamínicas (complejo B, vitaminas A, C y D).
- b) Trastornos hormonales (hiperparatiroidismo, menstruación, menopausia, diabetes).
- c) Discrasias Sanguíneas (anemia, leucemia, agranulocitosis).
- d) Alergias
- e) Farmacos (mercurio, bismuto y dilantín sódico).

CAPITULO III
DIAGNOSTICO CLINICO DE LA
GINGIVITIS
ULCERONECROTIZANTE AGUDA

D I A G N O S T I C O C L I N I C O
DE LA
GINGIVITIS NECROTIZANTE ULCEROSA

Uno de los pasos primordiales para el estudio de una enfermedad es el Diagnóstico.

Es el conocimiento de los síntomas que presenta una enfermedad y la valoración del estado de salud en que se encuentra el paciente, valiendonos de métodos de exploración como son: Interrogatorio, Inspección, Palpación, Percusión y Estudio Radiográfico.

Interrogatorio, puede ser directo e indirecto. Directo cuando se efectúan las preguntas al enfermo. Interrogatorio indirecto cuando el paciente no puede valerse por sí mismo, se efectuará a la persona que este enterada de los síntomas presentes.

Preguntar sobre enfermedades padecidas anteriormente y las actuales, padecimientos generales o hereditarios, tipo de trabajo que desempeña, forma de alimentación y su predisposición para las hemorragias.

Si el paciente está bajo tratamiento médico, cuál es el tipo de enfermedad, y ¿Cuál el tratamiento?, preguntar respecto al comienzo de la pubertad y menopausia, trastornos menstruales o histerectomía, embarazos y abortos. Obtener información sobre problemas de origen psíquico como estados de tensión, esto es muy importante ya que se -

creo que este factor es causa predisponente para que se sobrecargue la enfermedad y coadyuvante en la mejoría de esta.

I N S P E C C I O N

Es el procedimiento de exploración clínica que se efectúa por medio de la visión y puede ser simple o armada.

Por medio de éste método observamos los tejidos blandos y su coloración así como signos patológicos locales o generales. En el caso de la Gingivitis; encías sangrantes, extensión de la lesión, así mismo ver si existe algún traumatismo con el objeto de corregirlo — posteriormente.

P A L P A C I O N

Es el procedimiento en el que por medio de el tacto se exploran los tejidos blandos; como son el gingival, mucoso y ganglionar.

P E R C U S I O N

La percusión es el método de exploración que consiste en efectuar pequeños golpes en las coronas de las piezas dentarias, tanto en sentido axial como transversal, se debe efectuar con un instrumento de superficie redondeada, nos determinará el grado de dolor en las piezas, se deben dar pocos golpes pues la repetición puede dar datos erroneos, en la gingivitis se presenta gran sensibilidad a la percusión.

sión.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Las radiografías son de gran valor auxiliar en el diagnóstico, ya que en ellas podemos observar la presencia de caries, su amplitud y profundidad, el espacio que existe entre la raíz del diente y el hueso del maxilar o sea el ancho del ligamento de sostén, la altura ósea interdientaria y presencia de cortical, la forma y patología del parodonto, zonas radiolúcidas que indican la destrucción ósea comprobada mediante el sondeo.

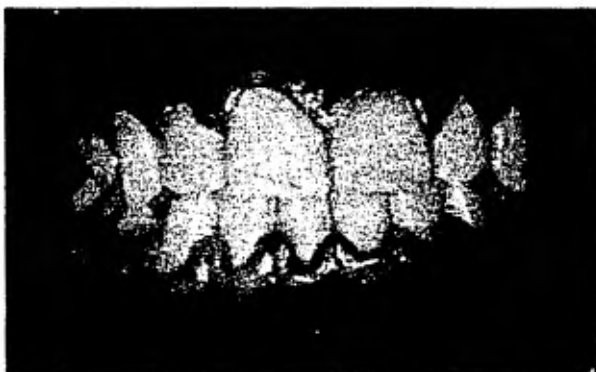
FOTOGRAFIAS CLINICAS

Las fotografías son útiles para hacer comparaciones del aspecto del tejido antes y después del tratamiento, estos cambios son más observables en la morfología del tejido y no en los cambios de color que registra.

La Gingivitis Necrotizante Ulcerosa es una infección aguda y destructiva que se instala repentinamente en las papilas interdientarias.

Es conocida con diversos nombres como Estomatitis de Plaut y Vincent por la descripción que hicieron de los microorganismos, Estomatitis espiroquetal, Gingivitis Ulcerativa, Fusospiroquetosis Bucal, Gingivitis Ulcerosembrana, Boca de Trinchera y algunos más, el

nombre con que generalmente se designa es el de los síntomas presentes.



ETIOLOGIA

No se ha establecido su etiología específica pero se cree que se debe a una compleja mezcla de microorganismos bacterianos ya que siempre se halla un gran número de espiroquetas así como bacilos fusiformes, vibriones y estreptococos. También existe otro tipo de factores predisponentes para que la enfermedad se sobrecargue, que son los factores intrínsecos, factores extrínsecos y factores psíquicos.

FACTORES INTRINSECOS

Dentro de estos se consideran las enfermedades generales graves y debilitantes.

Deficiencia Nutricional. Pruebas clínicas han indicado que la baja ingestión de vitaminas o deficiencia de vitamina C predispones a la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda.

Leucemia. En todas las formas de leucemia, la irritación local es el factor desencadenante de los cambios bucales que son color rojo azulado, difuso, cianótico de toda la mucosa gingival, redondeamiento de las papilas interdentarias y diversos grados de inflamación gingival con necrosis, ulceración y formación de una pseudomembrana.

Agranulosis. Es la disminución acentuada de leucocitos granulosos, en la mayoría de los casos la causa radica en los efectos tóxicos de ciertas drogas (antihistamínicos, sulfonamidas, cloranfenicol, estreptomina y algunas tetraciclinas), en otros casos son consecuencia de la hipersensibilidad. Las lesiones bucales que presentan son ulceración gangrenosa de las encías, amígdalas, paladar blando, labios, faringe y mucosa bucal.

Anemia Perniciosa. Es el descenso de la cantidad de eritrocitos, los pacientes presentan entumecimiento y hormigueo de las extremidades, debilidad y lengua sensible. La encía y mucosa se ven pálidas y amarillentas susceptibles a la ulceración.

Mononucleosis infecciosa. Esta enfermedad es producida probablemente por un virus; los síntomas consisten en fatiga, dolor de garganta, malestar, cefaléa, náuseas, aumento de la temperatura y agrandamiento de los ganglios cervicales.

FACTORES EXTRINSECOS

Como son: caries, mala higiene bucal, cálculos dentarios, bolsas parodontales, áreas traumatizadas de la encía por dientes en maloclusión o cualquier otro factor capaz de inducir a la inflamación gingival crónica. Pero esto no quiere decir que la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda conduzca a la formación de la bolsa parodontal y el cálculo, puesto que puede aparecer en bocas sanas y debido a la rápida destrucción de los tejidos produce alteraciones inflamatorias y proliferativas las cuales generan la formación de la bolsa, ya que si existen son predisponentes para que se superponga la enfermedad.

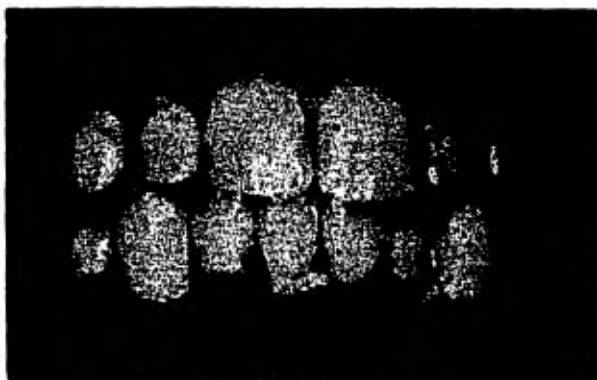
FACTORES PSIQUICOS

Son de vital importancia en la etiología ya que la Gingivitis Ulceronecrotizante se presenta con mayor incidencia en grupos de personas en épocas de tensión como en los estudiantes en épocas de exámenes. Esto es fácilmente comparable puesto que la tensión es un factor etiológico en las úlceras del estómago, duodeno y colon y es razonable que también la cavidad bucal se vea afectada. También presenta características de epidemia y esto se hizo evidente al observarse en las tropas durante la primera y segunda Guerra Mundial.

Es más frecuente que se presente entre los 15 y 30 años, en ambos sexos, no la padecen niños pequeños aunque también pueden padecerla personas mayores.

S I G N O S Y S I N T O M A S

Se halla limitada a la encía, las principales zonas afectadas son la cara vestibular de los incisivos y terceros molares, no afecta la lengua ni mucosa alveolar.



Las características que se observan dentro de la cavidad bucal son: encías hinchadas, rojas, dolorosas y hemorrágicas al menor estímulo, olor fétido característico, necrosis de las papilas interdientarias; son depresiones en forma de cráter que pueden comprender también la encía marginal, estos cráteres están cubiertos por una pseu-

membrana blanquecina o amarillenta facilmente desprendible limitada por una linea eritematosa rodeada de encia de color muy rojo, a veces las lesiones son tan severas que queda expuesto el margen -



gingival observandose su interior brillante y hemorrágico, conforme la lesión vaya avanzando se produce proliferación de tejido y las papilas se vuelven móviles haciéndose mayores los cráteres y permitiendo así que se alojen residuos entre los dientes y debajo del borde gingival, explicándose así la destrucción del parodonto.

El paciente nos refiere que hay aumento de la salivación, siendo esta de consistencia muy espesa y tiene la sensación de "dientes de madera", las lesiones son muy sensibles al tacto, hay presencia de dolor constante corrosivo e irradiado que se intensifica al contacto con los alimentos calientes, condimentados y con la masticación. El paciente puede presentar normalmente aumento leve de la temperatura y linfadenopatía local, en estados graves de Gingivitis se pueden presentar complicaciones generales como fiebre alta, pérdida del apetito, pulso acelerado, insomnio, cefalea, alteraciones gastrointestinales y decaimiento general, a menos que el tratamiento sea precoz y completo, aunque algunas veces la enfermedad puede decrecer a un estado subagudo o remitir sin tratamiento.

Su contagiosidad no ha sido demostrada, todo depende de la capacidad del agente infeccioso en el huésped susceptible.

HISTOPATOLOGIA

Microscópicamente el corte de una lesión necrozante muestra una infiltración aguda que abarca el epitelio escamoso estratificado y edema del tejido conectivo subyacente infiltrado por neutrófilos.

La pseudomembrana se observa como una red de fibrina con células epiteliales necróticas, además de varios microorganismos y la línea eritematosa como una zona hiperémica.

En el examen al microscopio electrónico se pueden diferenciar cuatro zonas mezcladas una con otra, a veces no están presentes en todos los casos.

zona 1. zona bacteriana, en la superficie contiene diversas bacterias así como espiroquetas pequeñas, medianas y grandes.

zona 2. zona rica en neutrófilos, contiene leucocitos con predominio de neutrófilos y diferentes clases de espiroquetas.

zona 3. zona necrótica, contiene células desintegradas, material fibrilar, restos de fibras colágenas, espiroquetas y otros microorganismos.

zona 4. zona de infiltración de espiroquetas, se observa tejido sano infiltrado de espiroquetas solamente.

Este mismo estudio indica que las espiroquetas por su forma se pueden clasificar en pequeñas, intermedias y grandes, predominando en cantidad las espiroquetas intermedias aparte de *Borrelia Vincentii* - con mayor porcentaje en las partes más profundas de la lesión.

El Diagnóstico clínico de la Gingivitis Necrosante Ulcerosa se basa más que nada en hallazgos clínicos pero para complementarlo se puede hacer un frotis bacteriano, aunque no es de gran ayuda ya que el cuadro bacteriano que presenta no es muy diferente del de la Gingivitis marginal, bolsas parodontales, pericoronitis o gingivostomatitis herpética, este sí sería muy útil en el caso de diferenciarla de infecciones específicas de la cavidad bucal como Moniliasis y Actinomicosis.

PREPARACION DE UN FROTIS BACTERIANO COLOREADO

- 1.- Se flamea un asa de platino al rojo vivo y ya que enfría se toma con ella una muestra del exudado.
- 2.- Previamente limpia la zona de residuos superficiales se obtiene la muestra lo más cercana a la superficie de células vivas, raspando suavemente con el asa.
- 3.- Colocar la muestra extendiéndola sobre un portaobjetos de vidrio transparente y dejarla secar con el aire aproximadamente 1 min.

4.- Con la muestra hacia arriba se pasa el portaobjetos por la flama hasta entibiarse con el fin de fijar el frotis.

5.- Después de enfriarse se tiñe con violeta de genciana y se deja 1 minuto después se lava con agua corriente.

6.- Ya seco se coloca una gota de aceite de inmersión sobre la muestra teñida y se examina con la lente apropiada del microscopio.

El frotis dura un tiempo considerable inalterable, pero si se quiere conservar más tiempo se le coloca un cubreobjetos montado en bálsamo de Canadá.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe distinguir la Gingivitis Necrotizante Aguda de otras lesiones que se asemejen en algunos aspectos, como sucede con la Gingivostomatitis Herpética, Estomatitis Gonocócica, Agranulosis, angina de Vincent.

GINGIVOSTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA. Es causada por el virus del herpes simple, se dice primaria por representar el primer contacto con el virus siendo aguda, se presenta con mayor frecuencia en niños y es menor en adultos, su instalación es repentina.

Las lesiones consisten en vesículas aisladas o múltiples que comienzan con el enrojecimiento de la mucosa, se les puede observar en cualquier zona de la cavidad bucal, incluso labios, carrillos, paladar, lengua y carrillo, las vesículas pronto se abren dejando úlceras limpias poco después sobreviene una infección secundaria y como consecuencia aparece un halo rojo alrededor de la úlcera, siendo muy dolorosas.

Los síntomas del paciente son fiebre alta, cefalea, hipersecreción salival, debilidad, agrandamiento de los ganglios cervicales y malestar muy sensible al comer resultandole difícil o imposible, en los niños se hace evidente la deshidratación.

Es una enfermedad contagiosa, su curación se inicia aproximadamente en tres días y su evolución dura entre 10 y 16 días curandose

completamente sin dejar cicatrís, existen formas menos severas en las que las lesiones pueden pasar desapercibidas y el niño se recupera sin que los padres se hayan enterado de su estado.

Una vez que se supera el primer ataque es posible que el virus del herpes permanezca latente en las células y el paciente puede tener una nueva infección manifestándose los síntomas como herpes labial o ataques bucales que se caracterizan por uno o dos grupos de ampollas, estas pueden producirse en la encía adherente y paladar duro o el labio en éste último sitio conociéndose como herpes labial o de llagas frías, formando costras en el término de cuatro a cinco días y curándose totalmente en una semana a diez días sin dejar cicatrices.

El tratamiento de la gingivostomatitis herpética primaria consiste en el uso de antibióticos como la clortetraciclina aplicada tópicamente, enjuagarse varias veces al día con agua tibia, inyectar líquidos intravenosos en casos muy graves, se recomiendan alimentos blandos y complementos.

No usar Penicilina, en este caso es nociva ya que prolonga la duración y agrava la evolución de la enfermedad, tampoco son útiles los enjuagues de Peróxido de hidrógeno pues producen mayor irritación.

GINGIVOSTOMATITIS ESTREPTOCOCICA. Es una afección rara que se caracteriza por un eritema difuso de la encía y otras zonas de la

mucosa bucal. En algunos casos se limita a un eritema marginal con hemorragia marginal. La necrosis del margen gingival no es característica, ni el olor fétido.

El frotis bacteriano muestra un predominio de formas estreptocólicas, que el cultivo revela como *Streptococcus Viridans*.

AGRANULOCITOSIS. Se caracteriza por una disminución acentuada de leucocitos granulados. Por lo general afecta a los adultos, a las mujeres con más frecuencia que a los hombres, en la mayoría de los casos la causa radica en los efectos tóxicos de ciertas drogas.

Las lesiones bucales presentes consisten en ulceración gangrenosa de las encías, amígdalas, paladar blando, labios, faringe y mucosa bucal.

Las úlceras poseen una membrana amarilla o gris pero carecen de halo rojo debido a la ausencia de respuesta inflamatoria, es fundamentalmente necrotizante, las ulceraciones de la faringe se conocen a veces con el nombre de angina agranulocítica.

ANGINA DE VINCENT. Es una infección fusospiroquetal de la bucofaringe y garganta y es diferente de la gingivitis ulceronecrotizante, que afecta el margen gingival. En la angina de Vincent hay una ulceración membranosa dolorosa de la garganta, con edema y manchas hiperémicas que se raspan y forman úlceras cubiertas de material pseudomembranoso. El proceso puede extenderse a la laringe y oído medio.

CAPITULO IV

**TECNICAS AUXILIARES EN EL TRATAMIENTO
DE LA GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA**

TECNICAS AUXILIARES EN EL TRATAMIENTO DE LA
GINGIVITIS NECROTIZANTE ULCEROSA

RASPAJE Y CURETAJE: son los métodos curativos de elección cuando existe enfermedad gingival crónica.

GINGIVOPLASTIA: es la corrección de las deformaciones de los tejidos mediante cirugía, siempre y cuando no hayan defectos óseos.

R A S P A J E

El Raspaje elimina los irritantes que se encuentran adheridos a los tejidos duros del diente, así mismo pule y alisa las superficies radiculares ya tratadas. Este procedimiento se repite hasta tener la seguridad de que está completamente limpio.

C U R E T A J E

El curetaje se emplea para eliminar el tejido necrótico de la superficie interna de la bolsa que se localiza en la superficie lateral del intersticio gingival, tales como tejido epitelial ulcerado y tejido conjuntivo expuesto. Ambas técnicas se deben realizar de una manera suave y minuciosa, la zona que se instrumenta debe ser exclusivamente en donde se localicen las bolsas y calculos, tratando de traumatizar lo menos posible los tejidos ya que esto puede perturbar el proceso de cicatrización.

En el desarrollo de estas técnicas se emplea instrumental diseñado exclusivamente para este fin, utilizando movimientos de tracción y empuje.

DESARROLLO DE LAS TECNICAS DE RASPAYE Y CURETAJE

La remoción completa de los calculos, requiere primeramente apreciar su extensión introduciendo un explorador o un raspador fino - en dirección del ápice hasta sentir la terminación de los calculos sobre la rafa, para poder localizarlos puede insuflarse aire tibio entre el diente y el margen gingival, separar el tejido blando con una sonda o con una torunda de algodón.

A continuación se aplicará anestesia tópica como Sylocaina al 5% con una torunda, a veces es necesario usar anestesia local o regional dependiendo del grado de sensibilidad en las raíces, también se limpiará el campo operatorio para tener mejor visibilidad.

La superficie a tratar deberá iluminarse directamente, si no es posible se hará indirectamente mediante un espejo, para separar los carrillos y la lengua se usarán los dedos, el espejo o ambos según la localización de la zona de trabajo.

Poner especial cuidado de escoger el instrumento adecuado, con un raspador superficial se eliminan los calculos supragingivales o sea los más visibles ocasionando hemorragia y como consecuencia retracción de la encía, los calculos subgingivales se desprenderán introduciendo un raspador profundo hasta el final del cálculo empleando movimientos de tracción en dirección de la corona para desprenderlo completamente, en las superficies proximales se usarán los cincelos ya que es el ún

co instrumento que tiene aquí acceso, se emplearan movimientos de empuje, nunca hacia apical porque se pueden empacar cálculos en los tejidos de soporte.

Es importante que al estar trabajando tenga uno puntos de apoyo con los dedos para una mejor percepción táctil, una de las formas de obtenerlo es tomando el instrumento en forma de lápiz y apoyar el dedo anular al estar raspando, se puede complementar apoyando el pulgar de la otra mano con esto se consigue mayor estabilidad, otra forma es la de apoyar el pulgar auxiliado con la prensión palmar es muy útil - cuando se desprenden grandes cantidades de sarro ya que se regula la fuerza del instrumento aunque disminuye la percepción táctil.

Es aconsejable seguir un orden y secuencia hasta terminar el tratamiento a menos que alguna zona en especial requiera ser tratada con urgencia por lo general se comienza con la zona molar superior derecha hasta terminarla y se continúa en la mandíbula, se puede hacer - por cuádrantes en varias sesiones o empezar con un mismo instrumento en los dientes, ya sea interproximal, lingual, etc., y así sucesivamente hasta concluir el alisado final, procurando no raspar innecesariamente para no producir sensibilidad.

Se debe tomar en cuenta que los instrumentos requieren de condiciones tales como estar bien balanceados, que sean de una aleación de acero con el fin de poderlos afilar para que con esto la cara activa lesione menos los tejidos duros y blandos, obteniendose un resultado satisfactorio.

Las superficies dentarias que se han raspado se pulen con tasas de goma o pasta de piedra pómez fina y agua, ya pulidas se limpian — con agua tibia y se presiona suavemente la encía a los dientes, citar al paciente para revisiones posteriores.

El curetaje se puede efectuar simultáneamente con el raspaje, pero en otras ocasiones solo si persiste la inflamación gingival.

El Curetaje Gingival es el procedimiento por medio del cual se elimina el tejido degenerado y de granulación que forma la parte interna de la pared blanda de la bolsa, con el fin de reducir la inflama—ción, erradicar las bolsas gingivales o parodontales y devolver la salud a los tejidos.

El instrumento de elección para este caso es la cureta, son de estructura delicada con hojas delgadas que le permiten adaptarse a las bolsas por estrechas o profundas que sean y con doble borde cortante para que al mismo tiempo se alise la raíz, especialmente al eliminar la adherencia epitelial.

Siguiendo el orden y secuencia acostumbrados previamente anestesiada la zona a tratar se empieza a instrumentar pero cabe mencionar al paciente que el curetaje superficial y aún el profundo no causan dolor.

El número de dientes a tratar en cada visita depende de la severidad de la enfermedad, así como del tipo de paciente.

Se toma la cureta apoyandose con el dedo medio o anular y se comienza a desprender el revestimiento de la bolsa y el tejido inflamatorio subyacente, se obtendrá un apoyo para no desgarrar o perforar el tejido blando presionando contra la superficie vestibular o lingual con los dedos índice o pulgar.

También debe eliminarse la adherencia epitelial pues si no se hace el epitelio de la cresta gingival proliferará a lo largo de la zona cureteada para unirse con ella impidiendo la nueva re inserción del tejido conectivo a la superficie radicular, conforme se vaya eliminando tejido se deberá llevar con la hoja de la cureta hasta la superficie y limpiarla con gasas antes de introducirla nuevamente. Una vez terminado se lavan las bolsas con una solución salina estéril y se acercan los tejidos al diente colocando un apósito quirúrgico, se indica al paciente que tendrá que regresar para revisiones posteriores y valoración del tratamiento.

El éxito de este procedimiento es una fase importante ya que así comienza la restauración de la salud gingival y de esto depende el seguir adelante con las medidas que se requieren para cada caso, ya que esto no constituye la totalidad del tratamiento.

G I N G I V O P L A S T I A

Es el remodelado plástico de la encía marginal, fija e interproximal para establecer una forma anatómica adecuada que pueda funcionar fisiológicamente, la gingivoplastia está indicada en la Gingi-

vitis Ulcerativa Necrótica recidivante que ha alterado la arquitectura gingival.

Como se describió antes la Gingivitis Ulcerativa Necrótica destruye las papilas interdenciales gingivales. Los ataques repetidos - crean papilas invertidas o "embutidas", que aseguran la destrucción - progresiva del parodonto por acumulación y retención de residuos en - los espacios interproximales. Con la gingivoplastia se rehace el contorno de la encía y se crean nuevas papilas interproximales, eliminando la encía marginal despegada y convirtiendo el fondo de los cráteres gingivales en la punta de nuevas papilas.

INSTRUMENTAL. Existe gran variedad de instrumentos y la especificación de estos varía de acuerdo al fabricante, se consideran principalmente cinco grupos:

- 1.- Cinceles
- 2.- Azadas
- 3.- Bocas
- 4.- Limas
- 5.- Curetas

Los tres primeros nos sirven para eliminar cálculos muy grandes las limas y curetas se emplean posteriormente a estos para alisar y dejar finamente pulidas las superficies radiculares.

SONDAS PERIODONTALES. Son instrumentos con una punta fina calibrada en forma de varilla troncocónica y con punta roma, básicamente se utiliza para medir y determinar el curso de la bolsa, cuando se mide se introduce la sonda de manera firme y suave y repetir varias veces este procedimiento en toda la superficie de la bolsa para verificar la medida y extensión de la bolsa.

PINZAS MARCADORAS. Son pinzas curvas con una punta roma y una aguja que al final está doblada en forma de ángulo recto. Nos sirve para marcar el contorno de la bolsa en la superficie por medio de puntos sangrantes que resultan al unir las puntas de la pinza.

EXPLORADORES. Son instrumentos ligeros y muy templados, en for-

ma de hoz y en forma de S itálica con una terminación en ángulo recto en uno de los extremos, sirven para determinar la profundidad y cantidad de los depósitos subgingivales, además con este instrumento se puede ir regulando el alisamiento de la raíz durante el tratamiento.

Existen varios grupos de instrumentos con distintas características los que aquí se describen son los pertenecientes a la serie "G".

RASPADORES SUPERFICIALES. Núms. 1G, 2G, 3G, 4G, 5G y 6G, es un juego de tres raspadores con doble extremo, el 1 y 2G forman un raspador universal con dos hojas, el primero tiene forma de hoz aplanada por los lados y el segundo es trapezoidal. El 3 y 4G tiene un par de hojas pesadas en forma de hoz y cuellos angulados con su superficie interna ancha y afinada hacia la punta. El 5 y 6G tiene dos pequeñas hojas trapezoidales, son más finos y tienen dos bordes cortantes.

RASPADORES PROFUNDOS. Es un instrumento con doble extremo el 7 y 8G que se usa para la remoción de depósitos profundos, es más fino por lo que es más accesible a las bolsas profundas. Sus hojas son largas en forma de hoz concavas por dentro y redondeadas por fuera. Otro raspador es el No. 9 y 10G, tiene doble extremo y sus hojas son en forma de uña, un poco curva y el borde cortante recto, se utiliza para el raspaje profundo de los dientes posteriores.

CINCELES. Tiene doble extremo el No. 15 y 16G son especiales para superficies proximales de dientes anteriores muy juntos, tiene un cuello curvo y uno recto, sus hojas un poco curvas y biseladas a 45°. Se usan en sentido vestibule-lingual y con movimientos de impulsión.

AZADAS. Se emplean para la eliminación de sarro subgingival, so lo aquellos restos calcificados adheridos a los tejidos duros y de fá cil remoción, presentan extremo doble, la número 11 y 120 y la 13 y - 140, sus hojas son curvas de manera que el introducirla toque dos pun tos del diente para estabilizarlo mejor a este y evitar muescas en el la parte posterior de la hoja esta redondeada, se efectúan movimien- tos de tracción hacia la corona. Orientándolos en sentido inverso - también pueden actuar como eliminadores de tejido gingival de la pa- red lateral rasurándolos.

HOCES. Nos sirven para eliminar irritantes tanto de la pared la- teral de la bolsa como del intersticio gingival, existe gran variedad de modelos con la misma finalidad.

CURETAS. Estos instrumentos tienen la forma de cucharillas, -- cuentan con dos bordes activos que se emplean simultáneamente en la e- liminación de cálculos y en el alisamiento de las superficies radicu- lares por un lado y por el otro eliminando el tejido enfermo de el in- terior de la bolsa, presionando con los dedos en la superficie exter- na para evitar que se separe la bolsa de la cureta y así brindar apo- yo.

Existe la cureta universal designada con los números 17 y 180, - con doble extremo, se usa con movimientos de impulsión cuando se des- prenden los depósitos de la superficie radicular y al terminar esto - se pule, también se pueden efectuar movimientos de tracción pero se - debe colocar la hoja con una angulación de 85° , este ángulo será el -

que forme la hoja activa con la línea perpendicular a la superficie del diente.

Por lo general la cureta es el último instrumento utilizado para pulir las raíces debido a que deja superficies más lisas, para obtener un mejor resultado el instrumento se debe mover en diferentes direcciones, hacia arriba, abajo y transversalmente.

INSTRUMENTOS ULTRASONICOS. Son instrumentos con puntas de diferentes formas para raspaje, curetaje, alisado de raíces y cirugía gingival, su acción deriva de vibraciones físicas de partículas de materia, se utilizan en forma suave y con una cantidad limitada de golpes en cada diente todas las puntas tienen incorporadas salidas de agua - con el rocío directo haci ellas, evitando el calentamiento y proporcionando una limpieza mecánica útil para mayor visibilidad. Remueve calculos y desprende el revestimiento epitelial de las bolsas parodontales, se debe mantener el instrumento lejos del hueso para evitar la posible necrosis y formación de sequestratos, trabajan mejor en las superficies dentarias duras pero se puede emplear para limpiar tejidos blandos.

La limpieza ultrasónica tiene ventajas como la de eliminar menos tejido conectivo subyacente y desventajas como la de dejar las raíces rugosas y no lisas, éstas son en comparación con la limpieza manual.

Esta contraindicada en tejidos jóvenes en crecimiento y en niños.

CAPITULO V
TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS
ULCERONECROTIZANTE AGUDA

TRATAMIENTO
DE LA
GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA

Ya establecido el Diagnóstico se hará el Plan de tratamiento, el que estará sujeto a modificaciones necesarias.

Pacientes no Ambulatorios, su estado es más grave debido a que - presentan complicación con síntomas de toxicidad generalizada como: - fiebre alta, lasitud y decaimiento general siendo preciso guardar cama. Se tendrá primero que hacer tratamiento para remitir los síntomas generales y después de esto el tratamiento local.

Pacientes con enfermedad leve o Ambulatorios presentan los síntomas normales de la enfermedad, aumento leve de la temperatura y linfadenopatía generalizada, en estos pacientes si es factible efectuar el tratamiento local para aliviar el dolor así como tratamiento de la enfermedad crónica subyacente.

El objeto del tratamiento en cualquiera de sus casos es devolver la salud a los tejidos afectados y para lograrlo consiste básicamente en:

- a) Corrección de los síntomas agudos.
- b) Eliminación de factores predisponentes.
- c) Corrección de la deformación de los tejidos mediante cirugía.
- d) Institución de medidas para el mantenimiento de la salud.

En pacientes graves primero se disminuirán los síntomas generales y tratamiento local en el consultorio no muy extenso ya que su estado no lo permite. Limpiar únicamente las superficies con movimientos suaves hasta quitar las pseudomembranas y lavar con agua tibia. Indicar al paciente enjuagarse varias veces al día con una mezcla por partes iguales de agua oxigenada y agua tibia, guardar cama y eliminar los factores que pudieran disminuir la resistencia de los tejidos como el tomar alcohol, fumar en exceso y fatigarse, también es importante preguntarle al paciente si está pasando por algún estado de tensión señalándole la importancia de este en la etiología de la enfermedad para que el trate de superarlo y nos pueda ayudar en su mejoría.

Su alimentación será a base de líquidos, es aconsejable reforzar con vitaminas. Se administrarán analgésicos para el dolor durante las primeras 25 horas y antibióticos para la eliminación rápida de los síntomas agudos que son causados por la infección, pero debe procurarse aplicar energicamente el tratamiento local para que no se reproduzcan los síntomas agudos si se llegaran a suspender los antibióticos, estos deben ser los que no se usen con frecuencia por vía parenteral o que produzcan sensibilización o modifiquen la ecología de la cavidad bucal la cual favorece la candidiasis aunque esta reacción solo aparece temporalmente. De ser posible debe tratar de evitarse el uso de antibióticos usandolos solo cuando hay fiebre como en este caso, pues la mayoría de las técnicas para el tratamiento de la enfermedad gingival no se basan en el uso de drogas pero hay muchas situaciones en las que prestan gran utilidad.

Resultar el tiempo necesario para que el paciente siga el tratamiento en su casa éste no debe ser muy prolongado para no producir sensibilizaciones.

Pasadas 24 horas se revisará al paciente, si han disminuido los síntomas generales se continuará con el tratamiento, en caso de que no haya mejoría se visitará al paciente en su casa y se limpiará nuevamente su boca, con torundas de algodón impregnadas de agua oxigenada, dándole las mismas instrucciones del día anterior y advirtiéndole que se le revisará al día siguiente. Después de éste tiempo suele verse una marcada mejoría continuándose el tratamiento como en los casos leves.

Primer día de tratamiento en pacientes sin síntomas generales.

Esta parte es la más simple del tratamiento clínico, localizar las zonas más dañadas, colocar anestesia tópica y después de unos 3 minutos aislar y con una torunda de algodón embebida en agua oxigenada se limpia suavemente quitando las pseudomembranas y tejido necrótico o desprendible solo en la superficie, no tocar tejidos subyacentes - pues existe la posibilidad de producir bacteriemia, salvo que exista una urgencia como alguna extracción si no se deja para después de que hayan desaparecido todo tipo de síntomas para no provocar exacerbación de estos. Las torundas utilizadas se deben deshechar.

Se indica al paciente no fumar, no tomar alcohol, no ingerir alimentos condimentados, seguir su trabajo rutinario evitando el cansancio.

cio y las exposiciones al sol.

El cepillado deberá hacerse con un cepillo suave, de manera que se eliminen los residuos, los enjuagues seguirán siendo continuos en la misma forma que los días anteriores y por otros dos días más.

Al día siguiente se revisa al paciente observándose notable mejoría clínica con disminución o ausencia de dolor, los márgenes gingivales de las zonas atacadas no presentan pseudomembranas y debido a la hemorragia del tejido hiperémico se produce retracción de la encía quedando expuestos los cálculos que se eliminan con curetaje suave, poner especial cuidado en eliminar completamente la enfermedad gingival crónica, seguir los enjuagatorios de preferencia solo con agua tibia pues el uso excesivo de agua oxigenada produce algunas ulceraciones en la mucosa bucal.

Al tercer día de tratamiento el paciente ya no presenta sintoma agudo alguno, los márgenes enrojecidos de los cráteres van disminuyendo y la superficie se ve brillante, estos son los primeros signos de restauración, en esta visita se continúa con el Raspaje y Curetaje (técnicas descritas en el capítulo anterior). El paciente debe de cooperar manteniendo la salud de su boca lo mejor posible no dejando de cepillarse.

El Raspaje y Curetaje deberá concluir con el pulido de las superficies dentarias que se trataron, deberá hacerse que el paciente se observe su forma de cepillarse frente a un espejo y corregirlo si

no la efectúa adecuadamente, así mismo sugerirle usar otros complementos como seda dental y estimuladores dentales, para mayor efectividad y éxito del tratamiento.

Poco a poco se irá restableciendo la consistencia y textura de la encía así como contorno y colores normales. A partir de esta fecha se citará al paciente para hacerle revisiones de control señalándole la importancia que estas tienen para el mantenimiento de la salud de sus dientes.

Comenzará el tratamiento de factores irritantes, pues no será completo mientras persista la patología periodontal o factores capaces de causarla (capuchones de terceros molares y otros nidos de infección).

Es importante el tratamiento precoz y eficaz del primer ataque, evitando que llegue a la destrucción de las papilas y para que la recuperación de la encía sea rápida. Cuando la enfermedad es del tipo recurrente las papilas forman cráteres, la encía marginal forma un labio de tejido en vestibular y lingual y éste deberá eliminarse por Gingivoplastia para corregir el contorno del tejido convirtiendolo en papila.

Después del tratamiento el paciente debe de conservar la salud bucal, esto consistirá principalmente en el cepillado de los tejidos gingivales y su estimulación. Debe instruírse al paciente antes de efectuarse el método elegido para eliminar la placa dentaria, además se le explica que éste ha de ser eficaz sin lesionar los dientes, ni la encía, utilizando complementos como:

- a) cepillo de dientes
- b) estimuladores dentales
- c) seda dental

Placa dentaria, es una película blanda que se va acumulando sobre las superficies de los dientes, es una capa delgada, lisa, incolora y translúcida distribuida sobre la corona, en cantidades mayores cerca de la encía es importante porque constituye la etapa inicial del cálculo dentario.

Control de la Placa. Es la prevención de la acumulación de la placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes.

Para su efecto se utilizan cepillos de dientes, los hay de diversos tamaños, diseños, dureza de cerdas, longitud y distribución de cerdas, la elección es cuestión de preferencia personal, pero el diseño debe de cumplir los requisitos de utilidad como son eficiencia en la limpieza. Deberá estar hecho de material plástico con mango recto para facilitar su manejo y poderlo sujetar, la cabeza del cepillo constituida por varios manojos de cerdas siempre rectos pueden estar colo-

ados en penachos separados o distribuidos parejamente (multipena—
chos), ambos tipos son eficaces, pueden ser sintéticos o de cerda na-
tural, estos últimos son más duros y resisten la humedad más que los
sintéticos (nylon).

El depillado debe efectuarse cuatro veces al día, al levantarse
para eliminar sustancias acumuladas en la noche y después de cada co-
mida, es recomendable dejar el cepillo al aire libre.

La técnica de higiene bucal se ha de aprender siguiendo las ins-
trucciones y efectuandolas bajo supervisión. Se le pide al paciente
que nos muestre su forma de cepillarse frente a un espejo y con el —
cepillo húmedo, dandonos cuenta de sus errores, hacerselos ver y co-
rregirlo, empezando siempre por vestibular superior derecho y termi-
nando del lado izquierdo en inferior, se continúa con las caras pala-
tinas de la misma manera y por último las caras masticatorias.

Cepillos eléctricos: hay varios tipos de cepillos eléctricos,
algunos con movimientos en arco, o una acción recíproca hacia atrás y
adelante o una combinación de ambos, o un movimiento elíptico modifi-
cado. Generalmente si los pacientes desarrollan un cepillado adecua-
do con un cepillo manual de igual manera lo pueden efectuar con un -
cepillo eléctrico ya que esto no depende del tipo de cepillo sino de
el uso que le de el paciente. Estos cepillos son muy eficaces para
individuos impedidos y para la limpieza alrededor de aparatos de -
Ortodencia.

Se dice que los resultados que se obtienen con los cepillos -- eléctricos son superiores a los de los cepillos manuales en la reducción y remoción de placa y de calculos, pero también se afirma que -- son igualmente eficaces pues los cepillos eléctricos producen menos -- abrasión pero el cepillado normal puede igualar esta situación utilizando en dirección vertical y no horizontal.

Al comenzar el cepillado es muy importante utilizar tabletas colorantes para la placa bacteriana como fucsina básica, eritrosina o -- pardo bismark esto ayudará al paciente para ver la placa que cubre -- las superficies dentarias y eliminarla alcanzando su objetivo al observar ausencia de coloración sobre las superficies dentarias.

T E C N I C A S D E C E P I L L A D O

Método de Stillman

El cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas queden en parte sobre la encía y en parte sobre la porción cervical de los -- dientes. Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y -- orientadas en sentido apical. Se ejerce presión lateralmente contra -- el margen gingival hasta producir un espaldecimiento notable y se separa el cepillo para permitir que la sangre vuelva a su sitio, esta -- presión se aplica varias veces imprimiéndole al cepillo un movimiento rotativo suave con los extremos de la cerda en posición

Este proceso se repite en todas las superficies dentarias siguientes

do la secuencia indicada. En las zonas linguales tanto en inferior — como en superior, el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal y dos o tres penachos de cerdas trabajan sobre los dientes y la encía.

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

Método de Stillman modificado

Es una acción vibratoria combinada de las cerdas con el movimiento del cepillo en el eje mayor del diente. El cepillo se coloca en el fondo de saco, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el margen gingival y en la superficie dentaria, girando el mango hacia incisal, vibrando mientras se mueve el cepillo. Este método es el más generalmente aceptado.

Método de Charters.

Se coloca el cepillo con las cerdas anguladas hacia la corona, de esa forma se desliza hacia la encía marginal, se hace presión contra la encía y se efectúan movimientos rotatorios pequeños procurando que las cerdas no se desplacen de su angulación de 45°

Método de Bass

Este método consiste en limpiar el surco gingival con el cepillo blando. Se coloca la cabeza del cepillo paralela al plano oclusal, — por detrás de la superficie distal del último molar. Las cerdas a una angulación de 45° respecto al eje mayor de los dientes, colocando los extremos de las cerdas dentro del surco gingival procurando que penetren todo lo posible en el espacio interproximal, se ejercerá una presión suave activando el cepillo con movimiento vibratorio hacia atrás y adelante unas diez veces, sin despegar las puntas de las cerdas. Es te limpia detrás del último molar, encía marginal, interior de surcos gingivales y parte de superficies proximales hasta donde lleguen las cerdas.

Método Circular o de Fones

Se coloca el cepillo en la arcada superior y se cepilla con movimientos circulares, no es recomendable este método pues el paciente — después de haber comenzado lo transforma en movimientos horizontales.

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 con movimientos suaves de barrido que comienzan en los dientes siguiendo sobre el margen gingival y la mucosa gingival insertada.

Es difícil cepillar una región cuando existe mala posición o ausencia de piezas, resorción gingival, dientes en linguoversión, labio inferior muy tenso, en éste caso se aconseja al paciente sujetar el labio para poder cepillarse.

De las cuatro caras de los dientes solo la cara vestibular y lingual son alcanzadas por el cepillo, las áreas de contacto y los espacios interdientales se limpiarán con hilo o seda dental y otros instrumentos especiales como los mondadientes o puntas de goma.

S E D A D E N T A L

El hilo dental puede ser encerado o sin cera. El primero es más grueso, la seda sin encerar puede pasar más fácilmente en las áreas de contacto por apretadas que sean por ser más angosta que la encerada, probablemente también es mejor rascadora de las superficies dentales, pero es más fácil que lesione la enfa y se respa al engancharse en los bordes asperos de las restauraciones y del cálculo.

Forma de usar el hilo dental. Se toma un trozo de manera que alcance para formar un círculo y pueda sujetarse con los tres últimos dedos de cada mano para poder manipularlo con el pulgar y el índice. Para limpiar una superficie interproximal grande se puede combinar con hilo de nylon delgado.

Mondadientes o puntas de goma.

Fue el primer auxiliar de la higiene oral, son instrumentos pequeños con punta que pueden usarse entre los dientes, también para eliminar residuos cuando el estado de los tejidos no permite el cepillado vigoroso.

Dentífricos.

Los hay en forma de polvo y de pasta, son cosméticos útiles para suprimir las manchas de los dientes, cualquiera de las dos formas tiene valor y el mismo resultado proporciona el de una marca que el de otra siempre y cuando no produzca sensibilidad a los dientes.

Tanto los cepillos, hilo dental o cualquier otro tipo de estimuladores pueden lesionar la encía si no se utilizan en la forma adecuada. Los pacientes deben seguir las instrucciones personales y ser supervisados cuidadosamente hasta que lleguen a dominar la técnica.

CONCLUSIONES

Para poder realizar un tratamiento correcto de la Gingivitis — Ulceronecrotizante Aguda, es necesario haber efectuado un diagnóstico clínico completo pues principalmente en este se basa, incluyendo el factor psíquico, ya que específicamente no se ha establecido su etiología y este es considerado el más importante y más frecuente.

El tratamiento debe ser lo más precoz y eficiente pues por ser una enfermedad aguda al seguir avanzando aparte de destruir las papilas interdentarias continúa con los tejidos subyacentes hasta producir grandes cráteres. Debe efectuarse de manera eficaz eliminando la enfermedad periodontal crónica si es que la hay completamente para que no haya recurrencia.

Tomando en cuenta la severidad del caso se debe advertir al paciente la importancia que tiene continuar un tratamiento hasta terminarlo y después de este las visitas de control. El éxito depende en gran parte tanto de el paciente con su colaboración, como de uno mismo aplicando los conocimientos adquiridos de una forma necesaria y correcta.

BIBLIOGRAFIA

PERIODONTOLOGIA CLINICA

IRVING GLICKMAN: Nueva Editorial
Interamericana

HISTOLOGIA BASICA

L C JUNQUEIRA y J. CARNEIRO,
Salvat Editores, S. A.

ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA

JOHN P. PRICHARD: Editorial
Labor, S. A.

PERIODONCIA DE ORBAN

DANIEL A. GRANT, IRVING B. STEIN,
FRANK G. EVERETT: Nueva Editorial
Interamericana, S. A. de C. V.

CLINICA DE PARODONCIA

LUIS LEGARRETA REYNOSO: La Prensa
Médica Mexicana.

PATOLOGIA BUCAL

S. N. BHASKAR: El Ateneo.