

127  
878



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*EL PARODONTO DEL  
NIÑO*

*T E S I S*  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
*P R E S E N T A*  
LAURA OFELIA DE LA ROSA LAVIN

MEXICO, D. F. AGOSTO DE 1980



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

-----

Los padecimientos Parodontales son en general, con la caries dental, una de las causas más frecuentes de la pérdida de las piezas dentarias; es por ello que el estudio de la etiopatología de estos padecimientos se ha intensificado enormemente y grandes progresos se han realizado.

Sin embargo la gingivitis es la lesión Parodontal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, siendo las regiones de los incisivos superiores e inferiores las más frecuentemente afectadas y algunos estudios han demostrado una alta incidencia de bolsas gingivales a nivel del primer molar permanente inferior en niños entre los seis y once años de edad. A pesar de que se ha observado que el proceso inflamatorio agudo de la encía es más común en niños que en personas adultas, las formas crónicas de gingivitis constituye la mayoría de las lesiones parodontales en la niñez y casi todos los factores etiológicos que son responsables de los trastornos parodontales en el adulto, pueden producir los mismos cambios en la niñez, aunque ciertos agentes irritantes son más frecuentes en este período de la vida. El hecho de que la gingivitis no sea un padecimiento caracterizado por excesivas destrucciones de los elementos del parodonto. No justifica que el tratamiento sea descuidado y su prevención no sea llevada a un grado máximo, la oportuna eliminación de los irritantes que de ésta una vez ya se ha presentado evitará en muchos casos males mayores y en general mejorará la salud del Parodonto.

# INDICE

-----

## I.- PERIODONTO NORMAL. ANATOMIA Y FISIOLOGIA

## II.- PARODONTO NORMAL EN EL NIÑO

## III.- SALUD Y ENFERMEDAD PARODONTAL EN EL NIÑO

- 1.- Exámen y Diagnóstico
- 2.- Sondeo
- 3.- Radiografía
- 4.- Origen de las Parodontopatías

## IV.- PREVENCIÓN

- 1.- Diveros aspectos de motivación y prevención en Odontología Infantil
- 2.- Educación Materno- Infantil
- 3.- Los Padres y su manejo en el consultorio Dental
- 4.- Educación Escolar
- 5.- Tratamiento Periodontal en el niño
- 6.- Control y eliminación de la Placa Dentobacteriana.

## V.- ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

- 1.- Factores locales internos
- 2.- Factores locales externos
- 3.- Factores Endócrinos o normales
- 4.- Factores Psicosomaticos

## VI.- GINGIVITIS EN NIÑOS

- 1.- Gingivitis
- 2.- Gingivitis en Respiración Bucal
- 3.- Gingivitis por Dientes Flojas
- 4.- Gingivitis de la Pubertad
- 5.- Gingivitis por Carencia de Vitamina "C" y "E"
- 6.- Gingivitis por Metales Pesados

## CONTINUACION

- 7.- Gingivitis en niños Deficientes Mentales
- 8.- Gingivitis por Diabetes
- 9.- Lesiones que Afectan el Proceso Alveolar
- 10.- Cambios Traumáticos en el Parodonto de los niños

### VII.- ENFERMEDAD PARODONTALES MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS

- 1.- Parodontitis
- 2.- Absceso Parodontal
- 3.- Migración Pasológica

### VIII.- INFECCIONES GINGIVALES ESPECIFICAS

- 1.- Gingivostomatitis Hérpética
- 2.- Gingivitis Ulceronecrosante Aguda
- 3.- Gingivitis Streptococcina
- 4.- Moniliasis - Micosis.

T E R A I

PERICARDIO DORSAL ANATOMIA Y  
FISIOLOGIA

## PERIODONTO NORMAL, ANATOMIA Y FISIOLOGIA

En todo sistema biológico el término normal abarca una serie de valores; no hay un estado normal único. Esto es tan válido para el estado del periodonto como para cualquier parte del cuerpo susceptible de medición aunque de manera artificial se haya formulado una imagen mental del estado "ideal" del periodonto con frecuencia se interpreta erróneamente este concepto como normal. Sin embargo las desviaciones ligeras de lo ideal preconcebido pueden muy bien estar dentro del margen de la normalidad.

El conocimiento de los parámetros de la gama normal forma la base de la detección y diagnóstico de la enfermedad periodontal.

¿Qué se entiende por enfermedad? Decimos que existe enfermedad cuando se altera el estado de salud, las manifestaciones de la enfermedad periodontal son dadas por modificaciones de los tejidos comprendidos en el periodonto y las alteraciones pueden ocurrir en cualquier de ellos.

El periodonto es un complejo histológico que comprende los tejidos que revisten a los dientes y los sirven de apoyo y que actúan como unidad funcional. Esta unidad biológica incluye la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento de la raíz del diente, la encía forma una cubierta protectora de

los otros tres componentes que en conjunto pueden ser  
denominados como un aparato de fijación; considerándose como  
un mecanismo mediante el cual los dientes están unidos,  
maxilares,

Cada uno de los componentes del periodonto existe y  
funciona en interdependencia biológica con los tres tejidos  
y son considerados como parte de un todo.

#### COMPONENTES DE LA ENCIA

Divisiones Anatómicas.- La membrana mucosa que se extien-  
de desde la porción cervical del diente hasta el pliegue mucoso  
bucal puede dividirse en 2 áreas anatómicas. La zona que rodea  
inmediatamente al cuello del diente y que se extiende en sen-  
tido apical en una distancia variable hacia la línea mucoso gin-  
gival es denominada Encía, esta zona está junto a la mucosa  
alveolar, pero bien delimitada de ella, dicha mucosa se extien-  
de en sentido apical desde la unión mucoso-gingival hasta el pun-  
to en que se refleja sobre las mejillas en el fondo del vesti-  
bulo.

Desde el punto de vista anatómico, la encía puede subdi-  
vidirse en 3 partes "Encía Libre, Encía adherida y Encía integ-  
dentaria. A veces, se usan las denominaciones Encía cementa-  
ria y Encía alveolar para designar las diferentes porciones de  
la Encía insertada, según sean sus áreas de inserción. La encía  
libre rodea la porción cervical de los dientes y se extiende

hasta el borde gingival hasta una posición que corresponde a la localización de la base del surco gingival.

La encía adherida que cubre la raíz de los dientes a su salida del alveolo y de la porción marginal del hueso alveolar, se extiende desde la base del surco hasta la unión suco-gingival.

**Surco Gingival.**- El surco gingival es el espacio comprendido entre la encía libre y el diente, limitado por un lado por el epitelio del surco, y en el otro por la superficie del diente y en la base por el ligamento epitelial, la unión dentro gingival ha sido objeto de mucha atención en los últimos 15 años, durante este período el mecanismo de unión entre el epitelio y el diente ha sido examinado por multitud de investigadores aunque se ha hecho, muchos progresos, todavía persisten ciertas dudas en lo que respecta a la verdadera naturaleza de ésta unión y a la manera como se mantiene, desde el punto de vista clínico se debe de conservar su integridad lo más cerca posible de la unión cemento esmalte.

**ENCIA INTERDENTARIA.**- La porción de encía libre que se encuentra situada entre los dientes recibe el nombre de encía interdenteria, morfológicamente la imagen más aproximada de la encía interdenteria es la de una depresión en forma de punta de lanza que une los dos picos representados por la papila facial y la lingual, el epitelio que reviste esta depresión interdental, en fino y ofrece poca resistencia a la aparición y desarrollo de la enfermedad periodontal, las técnicas preventivas y conservadoras resultan de difícil aplicación en la encía interdental

la cual en virtud de su forma anatómica tiende a prot:  
multiplicación bacteriana y a complicar la maniobra  
piosa.

**Estructuras del ligamento parodontal.** El ligamento paro-  
dental se compone de un epitelio escamoso estratificado quera-  
tinizado, relativamente grueso que recubre una base de teji-  
do conjuntivo fibroso colágeno, estas fibras de tejido conjun-  
tivo están firmemente adheridas al cemento y al hueso alveolar  
subyacente en virtud de su inserción en estos tejidos. Si bien  
existe un perióstio, es inseparable de las fibras del tejido  
conjuntivo que forma la mayor parte de ligamento parodontal  
las fibras colágenas del ligamento parodontal llamadas colecti-  
vamente aparato fibroso gingival, se han subdividido en cuatro  
grupos generales basándose en su topografía. Tres de estos gru-  
pos se insertan directamente en el cemento de la raíz del diente  
y pasan por encima del borde alveolar para formar la masa  
principal del ligamento parodontal el otro grupo rodea al diente  
y mantiene estrechamente unido al borde gingival al área cog-  
vical de aquel, la salud del periodonto depende, en gran parte  
de la integridad de este grupo de fibras.

**Fibras principales del ligamento Parodontal.-** Las Fibras  
principales del ligamento Parodontal están distribuidas en los  
siguientes grupos:

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 1. Transceptales   | 3. Oblicuas  |
| 2. Crestalveolares | 4. apicales. |

**Fibras Transceptal.-** Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se fijan en el cemento del diente vecino, estas fibras llegan incluso a reconstruirse después de haber sufrido una destrucción del hueso alveolar en el padecimiento de alguna enfermedad periodontal.

**Fibras Cresto-alveolares.-** Las fibras crestal-alveolares van extendidas oblicuamente desde el cemento de bajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar tiene la función de equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayuda a mantener el diente dentro del alveolo y resiste los movimientos laterales del diente.

**Fibras Horizontales.-** La función de estas fibras es similar a la de las crestal-alveolares, estas fibras van extendidas en un ángulo recto con respecto al eje mayor del diente, del cemento hacia hueso alveolar.

**Fibras Oblicuas.-** Estas fibras van desde el cemento en dirección coronaria en sentido oblicuo respecto al hueso. Soportan las fuerzas masticatorias transformándolos así en tensión sobre el hueso alveolar.

**Fibras Apicales.-** Las fibras apicales están irradiadas desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo, estas fibras no se encuentran cuando la raíz está incompleta.

Llegan a encontrarse otros grupos de fibras, los cuales

no han sido bien estudiados por encontrarse desordenadas alrededor de los haces de fibras que tienen una distribución ordenada entre ellas llegamos a encontrar fibras colágenas distribuidas con cierta irregularidad, que contiene vasos sanguíneos, linfáticos y alguna terminaciones nerviosas, también se encuentran fibras elásticas en menor cantidad.

### CEMENTO

El cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica y puede ejercer un papel mucho más importante en la evolución de la enfermedad paradontal de lo que se ha demostrado.

Hay dos tipos de cemento

1. Acelular (Primario)
2. Celular (Secundario)

Los dos se componen de matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. El tipo celular contiene cementositos en espacios aislados que se comunican entre sí por medio de un sistema de canaliculos que se encuentran anastomozados, hay dos tipos de fibras colágenas, una fibra se compone de un haz de fibrillas submicroscópicas: Las fibras de Sharpey son la porción incluida de las fibras principales del ligamento periodontal que al penetrar en el cemento toman este nombre y que están formadas por fibroblastos.



## HUESO ALVEOLAR.

El proceso alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolares dentarios. Se compone de la pared interna del alveolo, de hueso delgado, compacto denominado hueso alveolar propiamente dicho (lámina cribiforme) el hueso de sostén que consiste en trabecular reticulares (hueso esponjoso) y las tablas vestibular y palatina de hueso compacto. El tabique interdentario consta de hueso de sostén encerrado en un borde compacto.

El proceso alveolar es divisible desde el punto de vista anatómico, en dos áreas separadas, pero funciona como unidad. Todas las partes intervienen en el sostén del diente. Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento periodontal hacia la parte interna del alveolo son soportadas por el trabeculado esponjoso, que a su vez es sostenido por las tablas corticales, vestibular y lingual. La designación de todo proceso alveolar como hueso alveolar guarda armonía con su unidad funcional.

El hueso alveolar se compone de una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados lagunas. Los osteocitos se extienden dentro de pequeños canales (canaliculos) que se irradian desde las lagunas. Los canaliculos forman un sistema anastomozado dentro de la matriz intercelular del hueso, que lleva oxígeno y alimentos a los osteocitos y elimina los metabólicos de desecho.

En la composición del hueso entran principalmente el calcio y el fosfato, junto con hidroxilos, carbonato y citrato y pequeñas cantidades de otros iones como Na, Mg y F. Las sales minerales se depositan en cristales de hidroxapatita de tamaño ultramicroscópico. El espacio intercrystalino está relleno de matriz orgánica con predominación de colágeno, más agua, sólidos no incluidos en la estructura cristalina y pequeñas cantidades de mucopolisacáridos principalmente condroitin sulfato.

Las fibras principales del ligamento periodontal que anclan al diente en el alveolo están incluidas una distancia considerable dentro del hueso, donde se las denomina Fibras Sharpey. Algunas de ellas están completamente calcificadas pero la mayoría contiene un núcleo central no calcificado dentro de una capa externa calcificada.

La porción esponjosa del hueso alveolar tiene trabéculas que encierran espacios medulares irregulares tapizados por una capa de células endócticas aplanadas y delgadas. La matriz de las trabéculas del esponjoso consiste en láminas de ordenamiento irregular separadas por líneas de aposición y resorción que indican la actividad ósea anterior.

Con respecto al contorno externo del hueso, este se adapta a la prominencia de las raíces y a las depresiones verticales intermedias.

La altura y espesor de las tablas óseas vestibulares y linguales son afectados por la alineación de los dientes y la y la angulación de las raíces respecto al hueso, y las fuerzas oclusales. El margen es roma y redondeado y más horizontal que arqueado. El margen ósea se localiza más hacia apical lo cual establece ángulos relativamente agudos en el hueso palatino.

Hay veces que la parte cervical de la tabla alveolar se ensancha considerablemente en la superficie vestibular, en apariencia como defensa ante fuerzas oclusales.

El cemento celular y el intercelular se disponen en láminas separadas por líneas de crecimiento que son paralelas al eje mayor del diente.

Están representando periodos de reposo en la formación de cemento y están más mineralizadas que el cemento adyacente.

El cemento celular está menos calcificado que el acelular. La distribución del cemento acelular y celular es variable, la mitad coronaria de la raíz es cubierta generalmente por el cemento acelular y es más común encontrar el cemento celular en la mitad apical, a medida que avanza la edad se encuentra que la acumulación de cemento es de tipo celular en la mitad apical de la raíz en la zona de las foveaciones.

El contenido inorgánico del cemento ( Hidroxiapatita ) oscila de a 46% y es menor que el del hueso, esmalte o dentina. El calcio y la relación magnesio-fósforo son más elevadas en las áreas apicales que en las cervicales. La microdureza aumenta con la edad y se ha establecido relación entre envejecimiento y contenido mineral.

Estudios histoquímicos indican que la matriz del cemento contiene un complejo de proteínas y carbohidratos con un componente proteico que incluye arginina y tirosina. Hay también mucopolisacáridos neutros y ácidos en la matriz de algunos cementoblastos.

**T E M A**

**II**

**PARODONTO NORMAL EN NIÑOS**

### PARODONTO NORMAL EN NIÑOS

La encía en la primera dentición es de color rosa pálido y una superficie brillante con poco puntilleo. Esta se encuentra firmemente adherida al hueso alveolar.

Se puede observar un puntado similar al del adulto cuando se encuentra aislada perfectamente la encía.

Los tejidos gingivales se encuentran adaptados en forma helgada a los cuellos de los dientes, y son desplazados fácilmente con un chorro de aire o mediante el sonda.

Los contornos gingivales en la dentición decídua son gruesos y redondeados.

Debido a la forma de los dientes primarios cuyas coronas son abultadas y cortas con el punto de contacto más próximo a la superficie oclusal, la encía se aproxima más a la cara oclusal. Las papilas interdientarias son más angostas en sentido mesiodistal que en sentido labio-lingual, y éstas llegan por completo los espacios interdientarios. También son más voluminosas en la primera dentición que en la permanente.

El color de la encía se debe a la preponderancia de tejido conectivo sobre los vasos sanguíneos. Estos vasos son muy pequeños pero se aprecian a través del epitelio.

La superficie epitelial es aterciopelada y suave. El puntilleo a la edad de tres años es visible. Estas son elevaciones e depresiones del tejido epitelial.

Cuando han erupcionado varios dientes permanentes, el puntilleo se presenta en una banda de 3 mm. aproximadamente

### PARODONTO NORMAL EN NIÑOS

La encía en la primera dentición es de color rosa pálido y una superficie brillante con poca puntillas. Esta se encuentra firmemente adherida al hueso alveolar.

Se puede observar un punteado similar al del adulto cuando se encuentra aislada perfectamente la encía.

Los tejidos gingivales se encuentran adaptados en forma holgada a los cuellos de los dientes, y son desplazados fácilmente con un chorro de aire o mediante el sondaje.

Los centros gingivales en la dentición decidua son gruesos y redondeados.

Debido a la forma de los dientes primarios cuyas coronas son abultadas y cortas con el punto de contacto más próximo a la superficie occlusal, la encía se aproxima más a la cara oclusal. Las papilas interdentarias son más angostas en sentido mesiodistal que en sentido labio-lingual, y éstas llegan por completo los espacios interdentarios. También son más voluminosas en la primera dentición que en la permanente.

El color de la encía se debe a la preponderancia de tejido conectivo sobre los vasos sanguíneos. Estos vasos son muy pequeños pero se aprecian a través del epitelio.

La superficie epitelial es aterciopelada y suave. El punteado a la edad de tres años es visible. Estas son elevaciones o depresiones del tejido epitelial.

Cuando han erupcionado varios dientes permanentes, el punteado se presenta en una banda de 3 mm. aproximadamente

en la encía insertada, y se extiende sobre los bordes y papilas interdientarias.

El epitelio de la pared lateral y de toda la cavidad bucal crece continuamente, se descama con facilidad y al crecer cura con rapidez. Los tejidos paradentales están adaptados para una función vigorosa. La encía está protegida por la forma de las coronas contra los traumatismos y está firmemente adherida al hueso alveolar.

En la dentición mixta, el color, el contorno y la consistencia son muy variables por los cambios fisiológicos que se producen.

En la dentición permanente la encía posee un color rosado con márgenes afilados y consistencia firme.

Retracción de los carrillos y labios no deberá causar isquemia ni movimiento del margen gingival durante las etapas del desarrollo.

La encía insertada forma una banda firme de tejido adherido firmemente al hueso y al cemento que amortigua la tracción de los músculos y frenillos. La encía libre forma un sellar alrededor del diente que constituye la pared externa de la hendidura gingival.

La encía insertada superior es generalmente más ancha que la inferior. Los dientes prominentes como los caninos y los premelares poseen una banda más estrecha de encía insertada.

Los dientes primarios correspondientes parecen tener

la misma configuración. Los dientes en vestibular poseen una banda de encía insertada muy delgada.

El tejido conectivo es principalmente fibroso. Presenta una capa papilar y otra radicular, no se presentan haces colágenos bien diferenciados. La membrana parodontal de los dientes primarios es más ancha que la de los permanentes. Durante la erupción, la dirección de las fibras principales se aproxima a la del eje mayor del diente, para después tomar la disposición bien definida en haces.

En la dentición primaria, el ligamento periodontal parece más amplio y el complejo alveolar posee una línea dura delgada. La cresta alveolar se encuentra paralela a la unión del cemento y el esmalte de los dientes adyacentes. Sin embargo, las crestas en la región posterior dan la impresión de que existe un defecto óseo angular. Esto es normal, ya que existe una discrepancia entre la unión del cemento y el esmalte de molares adyacentes.

La dentición mixta posee una configuración similar en las crestas. Al producir la exfoliación el suceso permanente trae consigo su propio proceso alveolar, lo que produce este efecto angular.

En la dentición permanente, la configuración normal de las crestas alveolares es horizontal. Los puntos de unión entre el cemento y el esmalte y las crestas alveolares se encuentran a la misma altura. El aspecto de crestas angulares se pierde una vez que el diente alcanza el plano oclusal.

El reconocimiento y el tratamiento de gingivitis y problemas masegingivales en el niño son indispensables para la prevención de las periodontopatías y para el establecimiento de un programa preventivo eficaz en el adulto.

Origen de las Periodontopatías.- Las periodontopatías se an tratadas bajo los encabezados.

#### CAMBIOS PERIODONTALES INFLAMATORIOS

#### PERIODONTOPATIAS DEL DECAERELLO .

CAMBIOS PERIODONTALES INFLAMATORIOS; Dentro de estas podemos clasificar: Las Gingivitis, Periodentitis y gingivostomatitis herpética. Además otras pero debido a su poca valer no las mencionaremos.

La Periodontopatía más frecuentes en niños son las gingivitis, aunque no se demostró que exista una relación directa entre la gingivitis en el niño y el periodentitis en el adulto. Algunos autores sostienen que la gingivitis es precursora de la periodentitis, ya que está se convierte en periodentitis al llegar a los 15 años de edad.

En la mayor parte de los casos, el proceso inflamatorio se encuentra relacionado con el acumulación de la placa dentobacteriana, este provoca cambios en los tejidos gingivales que varían en grado y severidad, estos cambios pueden ser localizados o generalizados, por esto el operador puede notar desviaciones de lo normal, como alteraciones en el color, forma, tamaño, consistencia, textura y tendencia de sangrado .

El color puede variar desde ligeros erojecimientos, que pue-

de ser normal en la dentición decidua hasta un aspecto azulado.

Esto depende de la cronicidad del proceso inflamatorio el tamaño y la forma de los tejidos gingivales puede variar desde pérdida de tejido hasta crecimiento exagerado, tal como se observa en la hiperplasia provocada por dilantina. La consistencia y textura pueden variar según la etapa del desarrollo y el edema y la desnutrición tisular que haya ocurrido. El sangrado puede ser provocado fácilmente introduciendo la sonda a la hendidura gingival.

En la mayoría de los niños, la gingivitis se aprecia como un cambio de color en la encía marginal y papilar, con ligera hinchazón provocada por el aumento de profundidad de la hendidura. El tejido gingival está edematoso y es fácilmente desplazado, los tejidos pueden sangrar con la menor provocación.

Otros factores que provocan inflamación e alteraciones en la forma de la encía, además de la presencia de la placa dentobacteriana, son influencia general y trauma físico. Los factores generales se debe a la ingestión de fármacos e cambios hormonales relacionados con la pubertad, el trauma físico generalmente se debe a factores como desajuste de coronas de acero inoxidable y bandas de ortodoncia.

PARODONTOPATIAS EN DESARROLLO.- En esta categoría encontramos falta de encía insertada y problemas de frenillo, algunos investigadores señalan que en un número mucho muy reducido de pacientes presentan problemas irreversibles mucogingivales y todavía otro número más reducido con cambios potenciales pato-

lógicas, el potencial para el desarrollo de defectos mucogingivales puede ser evaluado retrayendo los labios y carriles y buscando isquemias del margen gingival libre, no se sabe si la isquemia de los tejidos marginales conducirá a problemas mucogingivales en el adulto, sin embargo es posible. El movimiento del margen gingival es un problema mucogingival definido y esta relacionado con la recesión en el adulto.

As Parodontopatías en Diferentes Edades: Es posible identificar las condiciones encontradas con mayor frecuencia en los niños durante la dentición primaria, mixta y secundaria.

DENTICION PRIMARIA.- En este grupo encontramos gingivitis gingivo estomatitis herpética; primaria, hiperplasia gingival idiopática, trauma físico, hábitos nocivos y periodontopatías del desarrollo relacionadas con tracción de frenillos.

DENTICION MIXTA.- El niño en la etapa de la dentición mixta está sujeto a todas las afecciones patológicas periodontales encontradas en la dentición primaria, además con la erupción de los dientes permanentes, el niño es susceptible a la periodontitis que puede manifestarse muy bien en el adulto. Las periodontopatías de origen traumático oclusal con daños a los tejidos de soporte periodontal puede estar relacionada con los dientes permanentes en este grupo, la pérdida de soporte periodontal puede ser resultado de resorción radicular provocada durante periodos de movimiento dentario, en este tiempo también podemos encontrar apinamiento, inclinación y giroversión de dientes permanentes en erupción, así como la posibilidad de exageración de la gingivitis por cambios hormonales.

**DENTICION SECUNDARIA.**- El individuo que se encuentra en la primera etapa de la dentición permanente está sujeto a todos los tipos de periodontopatías descritas anteriormente.

TEMA II

PARODONTO NORMAL

II II

II II

## PARODONTO NORMAL EN NIÑOS

La encía en la primera dentición es de color rosa pálido y una superficie brillante con poco puntilleo. Esta se encuentra firmemente adherida al hueso alveolar.

Se puede observar un punteado similar al del adulto, cuando se encuentra aislada perfectamente la encía.

Los tejidos gingivales se encuentran adaptados en forma hojagada a los cuellos de los dientes, y son desplazados fácilmente con un chorro de aire o mediante el sondeo.

Los contornos gingivales en la dentición decidua son gruesos y redondeados.

Debido a la forma de los dientes primarios cuyas coronas son abultadas y cortas con el punto de contacto más próximo a la superficie oclusal, la encía se aproxima más a la cara oclusal. Las papilas interdentarias son más angostas en sentido mesiodistal que en sentido labio-lingual y éstas llenan por completo los espacios interdentarios. También son más voluminosas en la primera dentición que en la permanente.

El color de la encía se debe a la preponderancia de tejido conectivo sobre los vasos sanguíneos. Estos vasos son muy pequeños pero se aprecian a través del epitelio.

La Superficie epitelial es aterciopelada y suave. El puntilleo a la edad de tres años es visible. Estas son elevaciones o depresiones del tejido epitelial.

Cuando han erupcionado varios dientes permanentes, el puntilleo se presenta en una banda de 3 mm. aproximadamente en la encía insertada, y se extiende sobre los bordes y papilas interdentarias.

El epitelio de la pared lateral y de toda la cavidad bucal crece continuamente, se descama con facilidad y al erosionar cura con rapidez. Los tejidos parodontales están adaptados para una función vigorosa. La encía está protegida por la forma de las coronas contra los traumatismos y está firmemente adherida al hueso alveolar.

En la dentición permanente, la configuración normal de las crestas alveolares es horizontal. Los puntos de unión entre el cemento y el esmalte y las crestas alveolares se encuentran a la misma altura. El aspecto de crestas angulares se pierde una vez que el diente alcanza el plano oclusal.

El hueso alveolar presenta una prominente lámina dura, aún durante al erupción.

Los trabéculas del hueso alveolar son más escasos pero más gruesos y los espacios modulares tienden a ser más grandes que en el adulto. Las crestas son planas y no acaban en punta, como sucede en el adulto.

Durante la infancia se producen modificaciones en los maxilares debido al crecimiento y desarrollo que se efectúa en dicha etapa. Aparece diastema como resultado del crecimiento por oposición en capas del hueso alveolar a partir de los tres años de edad.

Debido a que la encía sana está fuertemente adherida al hueso y al diente, ésta se queratiniza más adaptándose a los requerimientos funcionales y evita así la acumulación de alimentos.

Existen cambios en la encía, relacionados con la erupción dentaria, y es necesario diferenciar las de los procesos patológicos que a veces acompañan a la erupción.

Antes que la encía sea atravesada por las cúspides de los dientes presenta un abultamiento ligeramente blanquesino que es una isquemia producida por el diente.

Los tejidos que cubren el diente se van adelgazando y mientras los dientes en erupción llegan a su posición final, la encía marginal se encuentra engrosada y presenta un borde cilíndrico y sobre saliente, que es donde se está reorganizando el tejido conectivo; esto ocasiona una ligera hipereimia que no debe confundirse con la inflamación producida por infección bacteriana.

Debe recordarse que una característica de la dentición mixta es el agrandamiento gingival; sobre todo en la cara labial de las piezas anteriores permanentes del maxilar.

En la dentición mixta, el color el contorno y la consistencia son muy variable por los cambios fisiológicos que se producen.

En la dentición permanente la encía posee un color rosa coral con márgenes afilados y consistencia firme.

Retracción de los carrillos y labios no deberá causar isquemia ni movimientos del margen gingival durante las etapas del desarrollo.

La encía insertada forma una banda firme de tejido adherida firmemente al hueso y al cemento que amortigua la tracción de los músculos y frenillos. La encía libre forma un collar alrededor del diente que constituye la pared externa de la hendidura gingival.

La encía insertada superior es generalmente más ancha que la inferior. Los dientes prominentes como los caninos y los premolares poseen una banda más estrecha de encía insertada.

Los dientes primarios correspondientes parecen tener la misma configuración. Los dientes en vestibular poseen una banda de encía insertada muy delgada.

El tejido conectivo es principalmente fibroso. Presenta una capa papilar y otro reticular, no se presentan haces colágenos bien diferenciados. La membrana Parodontal de los dientes primarios es más ancha que la de los permanentes. Durante la erupción, la dirección de las fibras principales se aproxima a la del eje mayor del diente, para después tomar la disposición bien definida en haces.

En la dentición primaria, el ligamento periodontal parece más amplio y el complejo alveolar posee una lámina dura delgada. La cresta alveolar se encuentra paralela a la unión del cemento y el esmalte de los dientes adyacentes. Sin embargo, las crestas en la región posterior dan la impresión de que existe un defecto óseo angular. Esto es normal, ya que existe una discrepancia entre la unión del cemento y el esmalte de molares adyacentes.

La dentición mixta posee una configuración similar en las crestas. Al producir la exfoliación el sucesor permanente trae consigo su propio proceso alveolar, lo que produce este efecto angular.

## PLACA DENTARIA

En la superficie dentaria se acumulan muchas clases de depósito. Se clasifican en blandos y duros, firmemente unidos, adhesivos o poco adhesivos, colorados o incoloros, transparentes u opacos.

**PLACA DENTARIA.** La placa dentaria es un depósito blando, amorfo granular que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios.

Se adhiere firmemente a la superficie subyacente de la cual se desprende sólo mediante la limpieza mecánica. Los enjuagatorios o Chorro de agua no la quitarán del todo. En pequeñas cantidades, la placa no es visible, salvo que la manche con pigmentos de la cavidad bucal o sea tenida por soluciones reveladoras y comprimidos.

A medida que se acumula, se convierte en una masa globular visible con pequeñas superficies nodulares cuyo color varía del gris y gris amarillento al amarillo. La placa aparece en sectores supragingivales en su mayor parte sobre el tercio gingival de los dientes, y subgingivalmente con predilección por grietas, defectos y rugosidades y márgenes desbordados de restauraciones dentarias. Se forma en iguales proporciones en el maxilar superior y maxilar inferior más en los dientes posteriores que en los anteriores, más en las superficies proximales, en menor cantidad en vestibular, y en menor aún, en la superficie lingual.

**PLACA DENTARIA Y PELICULA ADQUIRIDA.** La placa dentaria se deposita sobre una película acelular formada previamente, que se denomina película adquirida; pero se puede formar también directamente sobre la superficie dentaria. A medida que la placa madura, la película subyacente persiste, experimenta degradación bacteriana o se calcifica.

**LA PELICULA ADQUIRIDA.** Es una capa delgada lisa, incolora, translúcida, difusamente distribuida sobre la corona, en cantidades algo mayores cerca de la encía. En la corona se continúa con los componentes superficiales del esmalte. Al ser tenida con agentes colorantes, aparece como un lustre superficial coloreada, pálido, delgado en contraste con la placa granular tenida más profunda. La película adquirida es un

producto de la saliva. No tiene bacterias, es ácido periódico de Schiff (PAS) positiva, y contiene glucoproteínas, derivadas de glucoproteínas, polipéptidos y lípidos.

**FORMACION DE LA PLACA.** La formación de la placa comienza por la aposición de una capa única de bacterias sobre la película adquirida o la superficie dentaria. Los microorganismos son unidos al diente:

1. Por una matriz adhesiva bacteriana
2. Por afinidad de la hidroxiapatita adamantina por la glucoproteínas, que atrae la película adquirida y las bacterias al diente

La placa crece por:

- a) Agregado de nuevas bacterias.
- b) Multiplicación de las bacterias.
- c) Acumulación de productos bacterianos.

Las bacterias se mantienen unidas en la placa mediante una matriz interbacteriana adhesiva y por una superficie adhesiva protectora que produce.

**COMPOSICION DE LA PLACA.** La placa dentaria consiste principalmente en microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen alrededor de 20 por 100 de la placa; el resto es agua. Las bacterias constituyen aproximadamente 70% de material sólido y el resto es matriz intercelular. La placa se colorea positivamente con ácidos periódicos de Schiff (PAS) y ortocromáticamente con azul de toluidina.

**MATRIZ DE LA PLACA.** Contenido orgánico consiste en un complejo de polisacáridos y proteínas cuyos componentes principales son proteínas y carbohidratos, aproximadamente 30 % de cada uno, y lípidos alrededor de 15 %

Conteniendo de carbohidratos en la matriz de la placa.

Dextran (Polímero de glucosa)	9.5 %
Hexosamina	4.0 %
Galactosa	2.6 %

Metilpentosa 3.1 %  
Levan (Polímero de Fructosa) 0.4 %

**CONTENIDO INORGÁNICO.** Los componentes inorgánicos más importantes de la matriz de la placa son, el fósforo, con pequeñas cantidades de magnesio, potasio y sodio. Estos están ligados a los componentes orgánicos de la matriz. El contenido inorgánico es más alto en los dientes anteriores inferiores, que en el resto de la boca, y por lo general, más elevados en las superficies linguales. El fluoruro que se aplica tópicamente o se añade al agua potable se incorpora a la placa.

**BACTERIAS DE LA PLACA.** La placa dentaria es una sustancia viva y generadora de muchas microcolonias de microorganismos de diversas etapas de crecimiento. A medida que se desarrolla la placa, la población bacteriana cambia de un predominio inicial de cocos (Fundamentalmente grampositivo a uno más complejo que contiene muchos bacilos filamentosos y no filamentosos).

**AL COMIENZO.** Las bacterias son casi en su totalidad cocos facultativos y bacilos. Los estreptococos forman alrededor del 50 % de la población bacteriana con predominio de estreptococcus sanguis.

Cuando la placa aumenta de espesor, se crean condiciones anaerobias dentro de ella, y la flora se modifica en concordancia de esto. Los microorganismos de la superficie probablemente consiguen su nutrición del medio bucal, mientras que los de la profundidad utilizan además productos metabólicos de otras bacterias de la placa y competentes de la matriz de la placa.

**Entre el segundo y el tercer día:** Cocos gram-negativos y bacilos que aumentan en cantidad y porcentaje de 2 a 30 % de los cuales alrededor del 15 % son bacilos anaerobios.

**Entre el cuarto y quinto día:** Fusobacterium, actinomyces y veillonella. Todo anaerobios puros, aumenta en cantidad. Veillonella comprenden el 16 % de la flora.

**Al madurar la placa.** Al séptimo día aparecen espirilos y espiroquetas en pequeñas cantidades, especialmente en el surco gingival.

Los microorganismos filamentosos continúan aumentando en porcentaje y cantidad; el mayor número es de Actinomyces Nasalundi del 1 a 14 % del de el décimo cuarto al vigésimo primer día.

Entre el vigésimo octavo y nonagésimo día. Los estreptococos disminuyen de 50% a 40% . Los bacilos especialmente las formas filamentosas aumentan hasta aproximadamente al 40 % . Los bacilos, especialmente las formas filamentosas, aumentan hasta aproximadamente 40 % bacterioides Melaninogenicus y espiroquetas que por lo normal están en el surco gingival. Están presentes sólo en pequeñas cantidades. Las poblaciones de la placa subgingival y supragingival son bastante similares excepto que hay mayor proporción de vibriones fagobacterias subgingivales

TEMA III

**SALUD Y ENFERMEDAD PARACENTAL**

**DE  
RIP**

## SALUD Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN NIÑOS

### EXAMEN Y DIAGNOSTICO:

Las parodontopatías son enfermedades destructivas de evolución lenta que en muchos casos comienzan durante la infancia.

La destrucción severa se ve pocas veces en el pequeño, lo que frecuentemente observamos en el niño en la gingivitis, que en muchos casos nos dará una periodontitis.

### DIAGNOSTICO ARMARO

Para diagnosticar dichas parodontopatías en el pequeño los métodos son parecidos o iguales que para el adulto. Y nos valdremos de tres elementos principales:

- a) Habilidad de observación de estas parodontopatías
- b) Sonda periodontal
- c) Radiografías.

Y por supuesto un requisito muy cuantitativo es el tener conocimiento de lo normal y anormal en las diferentes etapas por las que pasa las denticiones de los niños.

### OBSERVACIONES

Este inciso es muy importante ya que en el tomaremos en cuenta las características normales que debe reunir un parodon to sano, para ello nos valdremos del color, contorno y consistencia de los tejidos gingivales, en la dentición decidua, los tejidos gingivales poseen un tinte rojizo y una superficie brillante con poco puntilleo.

Los tejidos gingivales se encuentran adaptados en forma holgada en los cuellos de los dientes y son desplazados fácilmente con aire a presión o mediante el sondeo, los contornos

gingivales en la dentición decidua son gruesos y redondos.

En la dentición mixta, el color, contorno y la consistencia son muy variables por los cambios fisiológicos que se producen. La presencia de inflamación provocada por el proceso de exfoliación y erupción complican el cuadro clínico y por lo tanto hacen difícil determinar las desviaciones de lo normal, en la dentición permanente la encía posee un color rosa coral con márgenes afilados y consistencia firme.

La retracción de los carrillos y labios no deberá causar isquemia ni movimiento de margen gingival durante las etapas de desarrollo.

### 121232

La sonda Periodontal se utiliza para valorar el nivel de la inserción de los tejidos periodontales del diente. El estado de la pared del surco y la cantidad de encía insertada existente.

La sonda posee una hoja delgada que permite introducirla fácilmente a la hendidura gingival con poco trauma y molestia, cuando si todas vienen calibradas en milímetros, es más fácil introducir la sonda si se coloca paralela al tercio gingival del diente, que es más convexo en la dentición decidua, al penetrar en la hendidura se coloca la sonda paralela a la raíz con objeto de poder penetrar fácilmente hasta el fondo de la bolsa, para cada diente se hacen cuatro mediciones, en la cara vestibular se efectúa una en la posición más profunda de la hendidura bucal, después las otras mediciones se harán en mesial y distal y re-

pitando la operación en la cara lingual, para lograr esto se mantiene la sonda pegada a la inserción y se mueve dentro de ella de un área de contacto hacia el otro, y registraremos la medición más profunda.

El área de contacto generalmente dificulta el sondeo para resolver este problema, se coloca la sonda contra el área de contacto y la punta se introduce por debajo del mismo hasta llegar a la inserción de los tejidos.

Como los molares desiguales poseen un gran espacio entre sus raíces para los folículos de los definitivos, plantean un problema durante el sondeo, generalmente al sondear el instrumento toca una raíz y es difícil colocar la sonda paralela a la superficie radicular sin estirar los tejidos.

El diente en erupción presenta un problema diferente, porque su corona posee contornos exagerados dificultando el sondeo, y si se trata de colocar la sonda paralela a la superficie del diente se provoca distensión de los tejidos y por consecuencia provoca dolor.

Es preciso realizar todos los esfuerzos necesarios para determinar el nivel de inserción de los tejidos y su relación con la unión cemento- adamantina, si la inserción se encuentra situada en dirección apical a la unión del cemento y del esmalte, indica pérdida de hueso.

La sonda puede utilizarse para una evaluación subjetiva del estado de la pared del surco, esto se lleva a cabo colocando la sonda en la hendidura hasta una profundidad de 1 mm. y pasandola al rededor del todo el diente, se observa el área 15 o 30 segundos; si

se descubre un punto sangrante, indica que existe una ulceración.

La corrección de problemas mucogingivales es una innovación reciente en parodontia, se ha demostrado que la falta de encía insertada es causa de muchos problemas mucogingivales. Por lo que es necesario determinar la cantidad de encía insertada existente para hacer esta determinación utilizaremos la sonda.

La encía consta tanto de encía insertada como de encía libre, la encía insertada forma una banda de tejidos adherida firmemente al hueso subyacente y el cemento, que amortigua la tracción de los músculos y frenillos.

La encía libre forma un collar alrededor del diente que constituye la pared externa de la hendidura gingival, primero se mide la banda de encía existente a continuación se determina la profundidad de la hendidura y se resta de la cantidad total, el número resultante indica la amplitud de la banda de encía insertada.

Esta banda es más estrecha en los niños y varía de 1 a 5 mm., la banda asociada con los dientes secundarios varían de 1 a 9 mm.

Se considera que existe suficiente encía insertada si está es capaz de amortiguar la tracción ejercida por los músculos y frenillos parece ser que existe un aumento en la dimensión de la encía insertada de la dentición decidua permanente, aunque nos ha sido posible establecer como y cuando ocurre esto. La encía insertada superior es generalmente más ancha que la inferior, los dientes prominentes como los caninos y premolares poseen una banda más estrecha de encía insertada, los dientes deciduos correspondientes parecen tener la misma configuración, los vestibuloverción-

posea una banda de sonda insertada muy delgada.

### RADIOGRAFIA

Aparte de la sonda utilizamos otros auxiliares para obtener datos que nos ayuden a elaborar el diagnóstico y pronóstico de la dentición, la radiografía es un de estos auxiliares y se utiliza para evaluar los contornos de la cresta, el soporte óseo, la pérdida ósea, la anatomía radicular, la relación clínica entre corona y raíz, las restauraciones defectuosas, la amplitud del espacio del ligamento periodontal, la amplitud de la lámina dura y para confirmar otros datos obtenidos en el examen.

En la dentición decidua, el ligamento periodontal parece más amplio y el complejo alveolar posee una lámina dura delgada, la cresta alveolar se encuentra paralela a la unión del cemento y el esmalte de los dientes adyacentes.

Sin embargo las crestas en la región posterior dan la impresión de que existe una discrepancia entre la unión del cemento y el esmalte de molares adyacentes, esto se debe a la diferencia que existe en la amplitud ocluso-apical de las coronas adyacentes, en consecuencia es posible sondear hasta mayor profundidad en el aspecto mesial del segundo molar deciduo que en el aspecto distal del primer molar deciduo.

La dentición mixta posee una configuración similar en las crestas, al producir la exfoliación, el sucesor permanente trae

consigo su propio proceso alveolar, lo que produce este efecto angular; éste es el mecanismo normal de la erupción fisiológica.

En la dentición permanente la configuración de las crestas alveolares es horizontal, los puntos de la unión entre el cemento y el esmalte y las crestas alveolares se encuentran a la misma altura, el aspecto de crestas angulares se pierde una vez que el diente alcanza el plano oclusal.

El reconocimiento y el tratamiento de gingivitis y problemas mucogingivales en el niño son indispensables para la prevención de las parodontopatías y para el establecimiento de un programa preventivo eficaz en el adulto.

### ORIGEN DE LAS PERIODONTOPATIAS

Las periodontopatías se van tratando bajo los encabezados:  
CAMBIOS PERIODONTALES INFLAMATORIOS.  
PARODONTOPATIAS DEL DESARROLLO.

CAMBIOS PERIODONTALES INFLAMATORIOS. Dentro de estas podemos clasificar, las Gingivitis, Periodontitis, y Gingivostomatitis herpética. Además otras pero debido a su poco valor no las mencionaremos.

La periodontopatía más frecuente en niños son las Gingivitis, aunque no se ha demostrado que exista una relación directa entre la gingivitis en el niño y la periodontitis en el adulto. Algunos autores sostienen que la gingivitis es precursora de la periodontitis, ya que está se convierte en periodontitis al llegar a los 15 años de edad.

En la mayor parte de los casos, el proceso inflamatorio se encuentra relacionado con el acumulación de la placa bacteriana, esto provoca cambios en los tejidos gingivales que varían en grado y severidad, estos cambios pueden ser localizados e

generalizados, por esto el operador puede notar desviaciones de lo normal como alteraciones en el color, forma, tamaño, consistencia, textura y tendencia de sangrado.

El color puede variar desde ligero enrojecimiento que puede ser normal en la dentición decidua hasta un aspecto azulado.

Esto depende de la cronicidad del proceso inflamatorio, el tamaño y la forma de los tejidos gingivales puede variar desde pérdida de tejido hasta crecimiento exagerado, tal como se observa en la hiperplasia provocada por dilantina. La consistencia y textura pueden variar según la etapa del desarrollo y el edema y la desangrición tisular que haya ocurrido. El sangrado puede ser provocado fácilmente introduciendo la sonda a la hendidura gingival.

En la mayoría de los niños, la gingivitis se agrava con un cambio de color en la encía marginal y papilar, con ligera hinchazón provocada por el aumento de profundidad de la hendidura. El tejido gingival está edematoso y es fácilmente desplazado, los tejidos pueden sangrar con la menor provocación.

Otros factores que provocan inflamación o alteración en la forma de la encía, además de la presencia de la placa dentobacteriana, son influencia general y trauma físico. Los factores generales se debe a la ingestión de fármacos o cambios hormonales relacionados con la pubertad, el trauma físico generalmente se debe a factores como desajuste de coronas de acero inoxidable y bandas de ortodoncia.

#### PARODONTOPATIAS DEL DESARROLLO

PARODONTOPATIAS EN DESARROLLO. En esta categoría encontramos falta de encía incertada y problemas de frenillo, algunos investigadores sostienen que en un número mucho muy reducido de pacientes presentan problemas irreversibles mucogingivales, y todavía otro número más reducido en cambios potenciales patológicos, el potencial para el desarrollo de defectos mucogingivales puede ser eva-

luego retrayendo los labios y carrillos y buscando isquemias del margen gingival libre, no se sabe si la isquemia de los tejidos marginales conducirá a problemas mucogingivales en el adulto, sin embargo es posible. El movimiento del margen gingival es un problema mucogingival definido y está relacionado con la recesión en el adulto.

**Las Periodontopatías en Diferentes Edades:** Es posible identificar las condiciones encontradas con mayor frecuencia en los niños durante la dentición primaria, mixta y Secundaria.

**Dentición Primaria.-** En este grupo encontramos Gingivitis, gingivo estomatitis herpética primaria, hiperplasia gingival dilatada, trauma físico, hábitos nocivos y periodontopatías del desarrollo relacionado con tracción de frenillo.

**Dentición Mixta.** El niño en la etapa de la dentición mixta está sujeto a todas las afecciones patológicas periodontales encontradas en la dentición primaria, además con la erupción de los dientes permanentes, el niño es susceptible a la periodontitis que puede manifestarse muy bien en el adulto. Las periodontopatías de origen traumático oclusal con daños a los tejidos de soporte está relacionado con los dientes permanentes en este grupo la pérdida de soporte periodontal puede ser resultado de resorción radicular provocada durante periodos de movimiento dentario, en este tiempo podemos encontrar apilamiento, inclinación y giroversión de dientes permanentes en erupción, así como la posibilidad de exageración de la gingivitis por cambios hormonales.

**Dentición Secundaria.-** El individuo que se encuentra en las primeras etapas de la dentición permanente está sujeto a todos los tipos de periodontopatías descritas anteriormente.

IV

PREVENCIÓN

## DIVERSOS ASPECTOS DE MOTIVACION Y PREVENCIÓN EN ODONTOLOGIA INFANTIL

Se ha dicho que la prevención es más una forma de vida que un programa de control. Nuestro pensamiento fundamental se basa en tratar de lograr que el paciente se comprometa a mejorar su nivel de salud, en lugar de aceptar las enfermedades crónicas y reparación de dientes sin controlar las causas.

Nuestro interés primario es mejorar la salud, nuestro interés secundario es ahorrar dinero. Como dentistas, frecuentemente intentamos enseñar a nuestro pacientes cosas que creemos que deberían saber para controlar la salud, pero con frecuencia perdemos la paciencia cuando lo aprenden con la rápida descaída. Los Dentistas tienden a olvidar la frustración que padieren haber sentido durante la erupción, cuando sus primeros esfuerzos al manejar con cera o modelar amalgama, no se ajustaban a las exigencias del maestro.

Nuestro objetivo con tratar de que los niños y sus padres desarrollan un sentido de responsabilidad respecto a su salud, de tal forma que puedan mantener sus dientes en un estado cómodo, estético y funcional durante toda su vida, con un mínimo de reparación y gasto. Para ayudar a los pacientes a cambiar sus actitudes y aceptar esta responsabilidad, se requiere tiempo y una actitud positiva, así como gran paciencia.

Cuando tratamos de ayudar a los Padres a identificar los problemas dentales presentes y futuros del niño, necesitamos de mucha habilidad.

La siguiente lista de instrumentos se utiliza actualmente y aplica el comportamiento. Puede ser útil para introducir al paciente a técnicas eficaces para ayudar a la gente a identificar sus problemas dentales, para lograr un mejor resultado. Los instr

mentos del comportamiento pueden y deben ser modificados constantemente para ayudar a nuestros pacientes a aprender los siguientes puntos :

No. 1 La primera llamada por teléfono. Tiene por objeto dar a conocer a nuestros pacientes y a los Padres, nuestro interés por su familia, y no nuestro interés por datos privados, situación social e recursos económicos.

Cuando su Padre llama pidiendo una cita, preguntamos porque llamó, y sus experiencias odontológicas. Al niño con dolor se le cita inmediatamente con objeto de controlar la infección y el mismo dolor.

Si se nos pregunta: ¿Quitará la Piedad? . Es preferible que se averigüe por qué se hizo la pregunta.

No. 2 Suscepción y diseño del consultorio. Tiene por objeto mostrar a los pacientes que el consultorio está diseñado por comodidad, conveniencia y salud mental.

Cuando el padre o el niño llegan al consultorio y se sientan cómodos por el ambiente agradable, que deberá incluir una área de juegos para niños, será más receptivos a las ideas preventivas y al tratamiento dental. Los colores brillantes son agradables. Una forma de sembrar semillas mentales positivas, es colocar sobre los carteles con pequeños mensajes preventivos. La opinión de los Padres acerca del dentista y su odontología será establecida durante los quince primeros minutos.

No. 3 Literatura para pacientes . La práctica con los Padres tiene por objeto comunicar, el fundamento general de la práctica, al padre antes de comenzar el tratamiento de tal forma que el cuidado dental se haga importante en su vida.

No.4. Pruebas de lactobacilos de Snyder modificada. Tiene por

por objeto proporcionar una medida de la producción de ácido y actividad bacteriana que puede ser significativa para el niño y los Padres y servir de estímulo para cambiar hábitos de alimentación.

Aunque se cree que los lactobacilos no son la principal causa etiológica de la caries, su presencia es indicativa de la actividad de la placa dento-bacteriana. Antes que los lactobacilos puedan desarrollarse en gran número, es necesario la ingestión repetida de Azúcares dentro de un ambiente susceptible.

No. 5 Índice de salud bucal; tiene por objeto proporcionar un método simple para determinar el nivel de placa y salud gingival en el diente seleccionando. Puede llevarse a cabo en el consultorio o en la casa, y es significativo como medida del éxito de los procedimientos para el control de placa.

No. 6 Club de la Sonrisa. Tiene por objeto motivar a los niños para mejorar su salud bucal através del control de la placa y control de la ingestión de alimentos.

No. 7 Microscopio de Base. Tiene por objeto ayudar a los niños a comprender el progreso de la acción de su propia placa viva, mostrando células epiteliales descamadas y células sanguíneas.

No. 8 Diario de ingestión de alimentos. Programa de Sacarosa. Tiene por objeto introducir a los pacientes el concepto de mejor nutrición como una vía hacia la salud, y ayudar a los Padres a asociar los problemas de control de enfermedades dentales actuales con gran cantidad de placa provocada por el exceso de consumo de carbohidratos refinados.

No. 9 Folletos. Tiene por objetivo proporcionar al Padre un instrumento que pueda llevar consigo para ayudar a las preguntas de sus amigos y su familia acerca de la odontología preventiva. Esto no solo confirma sus ideas, sino que también puede traernos nuevos pacientes al consultorio.

No. 10 Visitas de control trimestrales.- Tiene por objeto citar con frecuencia a los pacientes en el consultorio para que puedan mostrar el estado de salud adquirida mediante el mejor control de placa y cambios en la ingestión de alimentos; hacerles aplicación tópica de Flúor y examinarlos, con objeto de interceptar lesiones incipientes.

No. 11 Correspondencia con los pacientes y llamadas telefónicas. Tiene por objeto mostrar verdadero interés por los pacientes y su salud mediante mensajes manuscritos o llamadas telefónicas que expresan nuestro agradecimiento, preocupación o aprobación.

### EDUCACION MATERNO- INFANTIL

Es un deber de los Padres de Familia velar por la salud de sus hijos. Así pues, están antes obligados a vigilar, no solo su educación, sino también la limpieza de ellos. La madre que es la persona que mayor tiempo está con el niño deberá conocer perfectamente la técnica de cepillado adecuada para sus hijos. Deberá enseñarse - las y obligarlos a que la efectúen después de cada alimento. Los Padres deberán poner el ejemplo para que el niño lo haga.

Si los Padres inculcan el hábito de cepillarse los dientes después de cada comida, están evitando que sus hijos padezcan trastornos bucales. Se les debe exigir para que ellos lo efectúen correctamente. Sus hijos por lo menos deberán ir dos veces al año con el cirujano Dentista para que haga una revisión general de su boca; así si encuentran un padecimiento, podrá eliminarlo antes que siga progresando, para evitar problemas más graves posteriores.

Los Padres no deben de esperar a que el niño tenga molestias insoportables para acudir con el Cirujano Dentista.

También es obligación de los Padres el evitar la alta hu-

ingestión de carbohidratos refinados, y la mala costumbre o hábitos como el chuparse el dedo, meterse lápices e juguetes dentro de la boca, morderse las etc.

## LOS PADRES Y SU MANEJO EN EL CONSULTORIO

### DENTAL

Si queremos tener buenos pacientes infantiles, también debemos educar a sus Padres. Un dentista que no logra hacerlo no está empleando todas las medidas a su alcance para la atención del niño. No debemos permitir que los Padres engañen a los niños, puesto que el engaño puede tener éxito una vez, pero en las siguientes citas nos perdería la confianza.

Al Padre y al niño se les debe de enseñar las técnicas para el cuidado de los dientes y estructuras vecinas. Si ha de lograrse la prevención, ha de ser programa de cooperación entre Padres, hijos y doctores.

Es profesionalmente aceptable suponer que los pacientes saben cómo y porqué cepillarse correctamente los dientes. Qué la ingestión de alimentos u otros productos pueden incluir en la estructura y tejidos vecinos; que sus hábitos pueden causar graves problemas dentales. La educación e instrucción del paciente y Padres son tan importantes como el tratamiento mismo.

### EDUCACION ESCOLAR

A nivel escolar la educación dental se efectúa considerando algunos aspectos como el medio ambiente y la condición mental de la persona que vamos a educar.

Algunos medios para llevar a cabo la enseñanza son:

**Exhibiciones.**- Se les pueden mostrar película de dibujos animados sobre el problema de la caries, para que ellos tengan un motivo para cuidar sus dientes.

**Conferencias.**- Estas las pueden dar ya sea los Cirujanos Dentistas o alumnos de la Facultad de Odontología.

**Enseñanza práctica.**- Se les pueden enseñar diferentes técnicas de cepillado.

**Publicaciones en revistas diarias.**- Puede ser por medio de caricaturas.

**Radio y Televisión.**- Haciendo programas sobre la educación del niño.

En general, la frecuencia de la enfermedad periodontal en los niños aumenta con la edad, alcanzando su máximo cerca de la pubertad y disminuyendo hasta los 18 años después de los cuales hay un aumento gradual.

Se podría pensar como ideal que cada escuela tuviera los servicios de un cirujano dentista exclusivamente para los niños que asisten a la misma o brigadas, ya sean de Cirujanos Dentistas o de Estudiantes de Odontología, hicieran cada tres meses una visita a las escuelas, para hacer un examen bucal a los niños; para darles pláticas de prevención a los padres de familia y a los maestros, para que éstos a su vez les enseñen a los niños la manera eficaz para mantener sus dientes en buen estado.

## TRATAMIENTO PERIODONTAL EN EL

### Niño

El objetivo del tratamiento periodontal en el niño es controlar la inflamación mediante la eliminación o control de los factores etiológicos, evitar la destrucción incipiente y corregir los defectos de la enfermedad. En consecuencia, el tratamiento de la enfermedad periodontal comienza con el diagnóstico cuidadoso, reconocimiento de los factores etiológicos y establecimiento de un orden lógico

ce para el tratamiento. El factor etiológico más significativo que debemos considerar es la placa dentobacteriana, otros factores contribuyen a proteger la placa, auspiciar su crecimiento y alterar la respuesta del huésped. En la mayoría de los casos el tratamiento exige la eliminación de los factores etiológicos para tratar la gingivitis, debido a que en el niño se aprecia poca destrucción, el tratamiento periodontal no tiene la misma importancia que en el adulto, sin embargo, el establecimiento de un programa de control de la placa eficaz a esta edad, es importante si se pretende evitar la enfermedad periodontal al crecer el niño.

#### CONTROL DE PLACA

La placa dentobacteriana es una sustancia pegajosa, amarilla y transparente, que se forma sobre las superficies dentarias. Sus principales constituyentes son bacterias que parecen ser el principal factor etiológico en las periodontopatías inflamatorias. Los microorganismos encontrados en el niño difieren de los encontrados en el adulto, y esto puede ser la causa de las diferencias que existen en la gravedad y potencial destructivo de la enfermedad.

El mejor método para controlar la placa, conocida actualmente, es la eliminación mecánica de los microorganismos que la forman. Esto se lleva a cabo mediante la correcta utilización del cepillo dental y la seda o el hilo dental.

La completa eliminación de la placa, deberá realizarse por lo menos una vez al día. Es conveniente recomendar un tiempo que se adapte a la rutina del niño y de la familia, por ejemplo: la mayoría de los niños tienen programas de televisión favoritos que ven todos los días. El niño o sus padres pueden cepillarse sus dientes mientras el niño se encuentra ante el aparato del televisor.

La pasta no es necesario, por lo que la eliminación de la placa puede llevarse a cabo con un cepillo dental húmedo y seado o hilo dental. Los procedimientos para limpiar los dientes pueden llevarse en un escritorio, un automóvil, en los viajes o en el lavadero del cuarto de baño. La limpieza deberá comenzar a temprana edad. Los padres deberán poner el ejemplo para que lo imiten los hijos, y el niño deberá poseer su propio cepillo blanco y pequeño. Si al niño se le inculca el hábito del cepillado a tiempo se convierte en una parte de sus actividades diarias. Puede ser necesario, por lo tanto, educar y motivar a los Padres para poder controlar la placa en el niño.

Cepillado de los dientes. El objetivo del cepillado, es eliminar la placa sin causar daño a los dientes o a la encía. Muchos periodoncistas recomiendan la utilización de un cepillo con cerdas de nylon suaves, que elimina la posibilidad de traumatizar en forma irreversible los tejidos. La utilización de cepillos dentales con cerdas duras pueden causar daños a los tejidos blandos, provocando recesión gingival; lo que resulta en una banda de encía insertada inadecuada. Aunque se han propuesto muchos métodos de cepillado a través de los años, la mayoría de los periodoncistas recomiendan el cepillado subgingival. Un programa de cepillado eficaz es el siguiente:

Utilizar un cepillo suave de nylon.

Usar las pastillas reveladoras.

Buscar acumulación de placa con la ayuda de una fuente de luz y un espejo .

Dirigir las cerdas del cepillo hacia la hendidura Gingival.

Cepillar suavemente de arriba a abajo

Volver a usar las pastillas reveladoras y examinar nuevamente.

Volver a limpiar las zonas de retención de placa.

Es posible que los niños en la etapa de la dentición decidua, tengan problemas para manejar el cepillo y por lo tanto, para la g

eliminación de la placa. Por ésto que el padre ayude al niño en esta etapa y que poco a poco transfiera al niño la obligación de cepillar. Se recomienda un cepillo dental manual.

Sin embargo, se ha encontrado que un cepillo eléctrico es útil para los padres que necesitan cepillar los dientes de sus hijos con poca habilidad manual.

Durante la etapa de la dentición mixta, el niño poseerá mayor habilidad manual para el eliminación de la placa. Si persiste el problema de habilidad manual, se recomienda utilizar el cepillo eléctrico. En esta etapa de su desarrollo, el niño deberá haber establecido el hábito diario de la limpieza y lo deberá haber incorporado a su modo de vida. En la primera etapa de la dentición permanente, el niño deberá ser capaz de realizar todos los procedimientos de limpieza. El cepillo dental eléctrico deberá ser continuado en aquellos niños con problemas de habilidad manual.

El cepillo es problemático en la etapa de la dentición decidua, por los contornos exagerados de las coronas y las áreas de contacto amplias que protegen la placa. El acceso constituye un problema porque los cepillos no fueron diseñados para alcanzar estos contornos y contactos exagerados. Durante la etapa de la dentición mixta aparecen contornos y surcos gingivales exagerados, debido a la exfoliación y erupción de los dientes. El problema se complica más por las relaciones poco comunes debidas a los movimientos eruptivos. El dolor provocado por la exfoliación y erupción tiende a desalentar el cepillado de los dientes.

El cepillo dental es un instrumento eficaz para limpiar las superficies vestibulares y linguales de los dientes permanentes; pero es poco eficaz para la limpieza de los espacios interproximales. Esto es desafortunado, porque la periodontitis generalmente comienza en la zona interproximal y se encuentra ligada a la falta de aseo en estas zonas.

**Utilización de la seda o el hilo dental.**-La seda o el hilo dental sin encerar es útil para llevar a cabo la limpieza de la zona interproximal. Existen varias formas de utilizar el hilo dental. Un hilo de 40 cm. de longitud es suficiente para limpiar todas las superficies interproximales, el hilo deberá ser introducido con cuidado a los dos lados del área de contacto, manteniéndolo en contacto con la superficie interproximal del diente. El hilo puede ser manipulado y se elimina la placa. Los movimientos serán de arriba hacia abajo.

Para facilitar el manejo del hilo, éste puede ser enrollado de tal forma que forme un pequeño círculo que pueda ser estirado sobre los dedos y controlado con los pulgares o los índices. El tamaño del círculo varía dependiendo del tamaño de las manos del niño.

El igual que con el cepillado, la habilidad manual constituye un problema. El padre deberá limpiar los dientes del niño que se encuentran en la etapa de la dentición decídua y poco a poco transferir esta responsabilidad al niño.

Existen aparatos para sostener el hilo, de gran utilidad para el padre y para el niño con problemas de habilidad manual. Es necesario comprender, sin embargo existen niños con serios problemas de habilidad manual que quizá nunca aprendan a utilizar el hilo.

**Factores etiológicos suplementarios.** Otros factores etiológicos dificultan los procedimientos de higiene bucal o alteran la respuesta del niño a la placa bacteriana. La irritación física es un factor que puede dar como resultado inflamación periodontal.

**Factores Yatrogénicos.**- La dentición de factores yatrogénicos en el niño requiere una cuidadosa evaluación. Es necesario prestar atención especial a las zonas subgingivales. El explorador y las radiografías son auxiliares para la dentición de factores yatrogénicos. Con frecuencia se ven asociados con la enfermedad periodontal en el niño;

**Márgenes desajustados.**

**Márgenes abiertos.**

**Márgenes sobre extendidos en coronas de acero inoxidable y bandas ortodónticas.**  
**contactos abiertos.**

**Restauraciones con contornos exagerados.**

Debemos realizar todos los esfuerzos necesarios para corregir estos factores, si deseamos controlar la placa dentobacteriana y eliminar las periodontopatías. Los márgenes desajustados y los márgenes abiertos protegen los microorganismos de la placa y dificultan la higiene bucal. Aún es una amalgama bien colocada existe un espacio de 16 a 45 micras entre la aleación y el diente; aún así pueden producirse los microorganismos. Los márgenes abiertos permiten la acumulación y retención de alimentos; mientras que los márgenes abultados dificultan los procedimientos de limpieza bucal.

Los márgenes sobre extendidos en coronas y bandas de ortodonsias, pueden provocar áreas físicas complicadas posteriormente por acumulación de placa, y la imposibilidad de limpiar la zona. La corrección de los factores iatrogénicos favorece el control de la placa, ya que simplifica los procedimientos de limpieza.

**Caries.-** Las grandes lesiones cariosas proporcionan sitios para la formación de placa, y permiten la retención de alimentos. La limpieza es problemática, porque el hilo o seda dental y el cepillo no alcanzan a penetrar hasta las zonas más profundas de las lesiones cariosas. Las lesiones cariosas deberán ser corregidas sin tardanza.

**Dientes en mala posición. -** Los dientes en mala posición crean áreas interproximales pequeñas. Dientes apisonados o inclinados que protegen la placa y restringen el uso de los auxiliares de higiene bucal.

El movimiento ortodóncico crea mejor alineación y propicia una mejor higiene.

**Sarro.-** A menudo encontramos sarro en el niño, formado por la calcificación progresiva de la placa dentobacteriana. La superficie del sarro es porosa y áspera, lo que ofrece protección a los microorganismos de la placa y evita que los auxiliares de limpieza lleguen a las superfi-

cias, y los dientes pulidos para disminuir la acumulación de placa.

**Factores Generales.**- Los factores generales como Diabetes, ingestión de diltantia sódica y cambios hormonales relacionados a la edad, puede alterar la resistencia del huésped a los irritantes, y deberán ser controlados ante o durante el tratamiento de algunos factores etiológicos locales disminuyendo la reacción de los tejidos gingivales. .

## CONTROL Y ELIMINACION DE PLACA

### DENTOBACTERIANA

La forma más sencilla para conservar en equilibrio la flora bucal es por medio del cepillado dental correcto y control personal de placa. Este es un medio de prevención, ya que actúa disminuyendo notablemente la incidencia de caries dental. Existen varios métodos de cepillado cuyo mecanismo protector es el mismo y que consiste en una inmunidad relativa alcanzando por el hecho de remover la placa.

Como sabemos, la placa bacteriana está compuesta por células de descamación, leucocitos, mucina, microorganismos y restos alimenticios. La placa se forma alrededor de 12 horas después de lavados y pulidos los dientes. Si está placa no es removida, produce ácidos, los cuales a su vez atacan al esmalte desmineralizándolo; formando cavidades o bien sus productos químicos pueden irritar las encías y puede ayudar en la producción de la enfermedad paradontal.

La enseñanza del control personal de placa debe de ser por medio de la educación y motivación del paciente.

### CARACTERISTICAS DE LA PLACA BACTERIANA

Se presenta siempre en el margen gingival.

Por proliferación se vuelve sub-gingival.

Tiene predilección por fisuras y grietas en el esmalte.

Un plan para conservar los dientes en buen estado (incluso el parodonto), mediante el control de placa bacteriana, necesita

de los siguientes pasos:

Tabletas o soluciones reveladoras.

Cepillo dental y pasta dental.

Hilo o seda dental.

Uso de reveladores.

Las tabletas o soluciones reveladoras son la única forma de que mostrar al paciente si su cepillado es ó no adecuado, ya que el niño vé claramente las zonas donde no efectúa una correcta limpieza de sus dientes, y así les es mucho más fácil la remoción de la placa bacteriana.

El niño tolera perfectamente el uso de los reveladores, ya que no produce ningún sabor desagradable y se aplica en poco tiempo. Las tabletas reveladoras se utilizan después del cepillado masticandolas y pasandolas alrededor y entre los dientes. Estas tabletas contienen un colorante isocua, el cual tinte la placa bacteriana mostrando así al niño no cepillada correctamente.

Existe soluciones reveladoras de muy fácil preparación: Fucina básica 3 grs. diluida en 100 cm<sup>3</sup> de alcohol, se cubre una torunda en esta solución y se coloca en un vaso de agua.

Violeta de Genciana al 2% de 5 a 8 gotas en dos cucharadas de agua.

Un colorante vegetal para repostería en la siguiente preparación; 600 cc. más 250 cc. de tintura vegetal.

Cepillo y pasta dental.

El cepillo dental aceptable debe tener mango recto, dos hileras rectas de cerdas y cinco o seis penachos de cerdas en cada hilera. Para el niño de ocho o diez años de edad, puede recomendarse un cepillo de tamaño corriente, dependiendo del patrón del crecimiento.

La función del cepillo es eliminar de los dientes, partículas de alimentos, depósitos recientes de tártaro antes de que endurezca, bacterias y darles masaje a las encías.

Uso del hilo o seda dental. - Debe limitarse aquellas bocas y zonas donde los alimentos de naturaleza fibrosa se acusan entre los

dientes y no pueden eliminarse con el cepillo con el cepillo o enjuagatorio de los dientes.

Pocos niños necesitan usar hilo de seda dental. La pasta dentrificada es preferible al polvo, sobre todo en los primeros niveles de edad, ya que el niño la puede manejar mejor.

Debe aclararse que el dentrífico no es el detalle más importante en la limpieza de los dientes. La pasta es solo un agente accesorio. El mecanismo principal es el cepillado ya que limpia los dientes y estimula los tejidos gingivales. Debemos informar a los padres que un dentrífico no tiene valor medicinal efectivo; sin embargo una pasta dentrificada de sabor agradable estimula al paciente a usar el cepillo.

Existe en el mercado un "Estuche de Prevención Dental" y que consta de cepillo dental, en diferentes tamaños, según el caso, cepillo surtido, cepillo dental de plástico, hilo dental y tabletas o líquido revelador de placa bacteriana. Este estuche no es muy útil para la eliminación o control de la placa dentobacteriana y el control personal de la misma ya que los pacientes pueden comprobar objetivamente si su cepillado es correcto o no, y por consiguiente poder lograr lo mejor.

TEMA V

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

## ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

- 1.- Factores Locales internos
- 2.- Factores Locales externos
- 3.- Factores endócrinos hormonales
- 4.- Factores psicósomáticos

Se originan por varias causas. Su etiología es compleja, dado el hecho de que las enfermedades parodontales nunca responden a un factor único y exclusivo, y siempre obedecen a la acción y presencia de varios factores. La enfermedad parodontal puede afectar todo el parodonto o bien varias regiones. Los factores etiológicos de la enfermedad se clasifican como se mencionó anteriormente.

FACTORES LOCALES INTERNOS.- A su vez los podemos dividir en 22 grupos:

1.- Falta de ángulo en algunos dientes, lo que provoca que durante la masticación, el bolo alimenticio se proyecte hacia el margen gingival y papilas interdentes, provocando lesiones.

2.- Sobre-mordida vertical, al ser ésta exagerada llega a veces a hacer que el borde incisal de uno o más dientes, toque con la encía del proceso antagonista, lo que produce empuje alimenticio en la intersticio gingival ( bromatostasis).

3.- Pieza con raíces anchas y gruesas, que por su volumen dejan poco espacio al tejido interalveolar, dando como consecuencia reducción de la papila interdental.

Cont.

4.- Piezas con cuello anatómico muy grueso, y que por esta razón la papila interdental es muy pequeña y angosta.

5.- Malposición dentarias. Piezas en labioversión, en linguoversión o en giroversión provocan que durante la masticación de los alimentos penetren entre los espacios intergingival y en el intersticio gingival, lesionándolo.

6.- La falta de área de contacto interproximal o área de contacto mal situado, provoca empaquetamiento alimenticio, destrucción de la inserción epitelial y resorción de la cresta alveolar.

7.- Sarro.- El sarro supragingival y el subgingival destruyen la inserción epitelial provocando un estado séptico dentro del intersticio gingival. El sarro por lo general se encuentra en los adultos; pero se llega a encontrar con frecuencia en niños y jóvenes. El sarro actúa mecánicamente separando la úncia y la papila interdental por calcificación de depósitos calcáreos .

8.- Oclusión traumática.- Es un estado tal en que por fuerzas excesivas en la masticación, las piezas dentales tienen una sobre carga de trabajo, que cuando el tejido paradental las puede soportar, no ocasionan ninguna lesión; pero cuando el parodonte es débil, hay trastornos degenerativos. Esta oclusión traumática puede ser actual y potencial.

9.- Anoclusión.- Miller la define como un estado tal en que cualquier movimiento de la mandíbula, una o varias pie-

Crit.

zas no hacen contacto con los antagonistas.

10.- **Difunción Dentaria.**- Es un estado en que existiendo contacto con las piezas antagonistas, no se encuentran suficientemente estimuladas las funciones parodontales, debido a causas como caries de cuarto grado en que hay dolor al masticar lo que trae consigo la manifestación unilateral, así mismo la disfunción dentaria de las piezas dentarias del lado del dolor, provocando además, mayor fermentación de sarro, acumulación de detritus alimenticios y debilitamiento del parodonto.

11.- **Caries.**- Las caries en las caras oclusales de las coronas con una gran destrucción, puede provocar oclusión por la falta de contacto con la pieza antagonista. Las caries en las caras proximales provocan brosisoestásis en el espacio interproximal y en el espacio intersticio gingival, que empieza con inflamación del margen gingival, y si este estado no es corregido a tiempo, llega a producir una resorcion de la cresta alveolar. Las caries de los tercios gingivales o cervicales, labial y lingual, que por su situación tiene el margen gingival en contacto de materia alba y detritus alimenticio, provocando una irritación, inflamación y un color rojizo brillante en el margen gingival.

12.- **Respiradores bucales.**- La respiración bucal largamente continuada con la resultante tendencia de las superficies mucosas a secarse, y con el impacto del aire frío, conduce a una irritación de los tejidos bucales. La respiración

Cont.

de este tipo de enfermos se debe a trastornos nasofaríngeos.

13.- **Piezas Faltantes.**- Producen oclusión, pérdida del área de contacto interproximal, empaquetamiento alimenticio vegetal, resorción de la cresta alveolar y migración mesial de las piezas vecinas.

14.- **Sosten Parodontal Insuficiente.**- Siendo el factor óseo muy importante para la fijación de las piezas, podemos encontrar un hueso mal calcificado cuya trabecula ósea demasiado laxa, puede haber sido provocado por una osteoclastosis o por una osteolisis.

15.- **Musculatura masticatoria muy poderosa,** que en individuos cuyo parodonte es débil, los hace propensos a las parodontopatías.

16.- **Abrasión precoz o patológica.** La bruxomanía o el vicio de rechinar los dientes, puede provocar una abrasión patológica muy marcada en determinadas piezas, que provocaría una oclusión y en otras oclusión traumática, lo cual provoca una parodontopatía.

17.- **Los Alimentos demasiados blandos.**- Que desde que hace aparición en la boca los dientes temporales dan a los niños y después siguen tomando los jóvenes y adultos, hacen que desgraciadamente sea olvidada la función masticatoria, aportando un estímulo insuficiente para la buena salud parodontal.

18.- **Hábitos anormales.**- Como el morderse las uñas, lapiceros, pipa, pabillos, sostener clavos con los dientes, provocan sobre

**Cont.**

carga de trabajo con los consiguientes trastornos parodontales que ocasionarían las pérdidas de las piezas si el hábito no es corregido a tiempo.

19.- La Bricomanía o sea apretar los dientes por tics nerviosos, o por impulsos reprimidos o por síntomas de agresión reprimida.

20.- Material alba es un depósito blanco o cremoso que se acumula en la región del margen gingival, que puede ser eliminada por el cepillado correcto. Está formada por una masa de bacterias hongos, células epiteliales, leucocitos y restos de comida, que provocan una reacción inflamatoria en la encía.

21.- Placa Mucóide.- también llamada dentobacteriana o de León Williams, es un factor determinante en la iniciación de procesos cariosos y además permite la precipitación de las sales salivales sobre su superficie, produciendo el sarro.

22.- Bromatoestásis. o Empaquetamiento alimenticio que puede ser vertical u horizontal. El vertical causado en la masticación por la penetración de los alimentos en los espacios interdentes. El horizontal provocado por la presión y malos hábitos de la lengua y de los carrillos durante la masticación, así como el cepillado horizontal.

FACTORES LOCALES EXTERNOS.- Se puede agrupar en 6 grupos:

1.- Irritantes mecánicos, como bordes de obturaciones, ganchos obturaciones que pueden provocar inflamación en el borde libre o

Cont.

margen gingival, provocando una gingivitis.

2.- Corona.- Corona de cromo pedicarbonato, bandas de ortodoncia etc., que penetran en su ajuste gingival dentro del intersticio gingival, llegando en algunos casos a lesionar la inserción epitelial. En estos casos empezamos a notar alrededor de dichas restauraciones una inflamación rojo brillante en el margen gingival y posteriormente la migración de la encía hacia apical.

3.- Irritantes Químicos.- como los alimentos muy condimentados y los alcoholes, que provocan irritaciones a la mucosa bucal, margen gingival, papilas interdentarias y bordes de la lengua.

4.- Irritantes atmosféricos, el pase continuo del aire en los respiradores bucales trae la resequedad de mucosa y en encía provocando con éste, trastronos parodontales.

5.- Cepillado dental incorrecto, el cepillado agresivo en forma horizontal o rotario produce alteraciones gingivales y abrasión en los dientes, más marcada a nivel del canino, primera y segunda premolares. El trauma crónico del cepillado incorrecto produce recesión gingival y denudación de la superficie radicular. A menudo el borde gingival se agrada.

6.- Técnicas de ortodoncia incorrecta, los movimientos muy rápidos o presiones demasiado vigorosas, provocan inflamaciones, destrucción de la inserción epitelial y en algunas

Cent.

casos hasta ruptura de los ligamentos principales. Períodos de reposo insuficientes en los distintos movimientos que ejercen sobre las piezas de dichos aparatos, movimientos rápidos que ocasionanoclusión traumática y desplazamiento in debidas al ápice radicular.

### 3.- FACTORES ENDOCRINOS U HORMONALES

Las glándulas endócrinas constituyen un factor importante en el medio ambiente interno. Sus secreciones actúan en el torrente sanguíneo e influyen la actividad de células distintas y su metabolismo. Cuando las hormonas endócrinas alcanzan las células. Actúan como catalizadores que el crecimiento, la diferenciación y el metabolismo. Los tejidos blandos que rodean al diente reflejan las disfunciones endocrinas, como lo hacen otros órganos y tejidos del organismo.

HIPOTIROIDISMO produce el mal desarrollo en los tejidos parodontales y otros cambios atribuibles al cretinismo.

HIPOPITUITARISMO, provoca marcada disminución en el crecimiento de todos los tejidos duros y blandos, cuando más prematuro es el efecto, más grave es el resultado. En la membrana parodontal se encuentran estructuras esféricas u ovoides parecidas a cisternas.

HIPERTIROIDISMO. En individuos hipertiroidismo se ha asociado la parodontosis, pero no ha sido plenamente comprobado.

HIPERPIUITARISMO. El marcado sobresobrecimiento

Cont.

del proceso alveolar aumenta el tamaño del arco, produciendo diastema. Otro signo de crecimiento es la hiperostosis.

**HIPERPARATIROIDISMO.** Provoca maloclusión y movilidad dentaria, cavidades tipo quísticas en los maxilares, osteoporosis con trabéculas estrechamente entrelazadas y ausencia de la cortical. También se ha encontrado cambios inflamatorios en la membrana paradental.

**GONADAS** Las gónadas cumplen con una función exógena y otra endógena. La función endócrina concierne a la secreción de hormonas que controlan el crecimiento y los caracteres sexuales secundarios, tanto físicos como psíquicos. Varios tipos de enfermedad paradental ha sido relacionados con trastornos en la secreción de las hormonas sexuales. Experimentalmente se ha demostrado que los estrógenos estimulan un aumento de la osteogénesis y una fibroplasia capaz de compensar los cambios destructivos inducidos en el parodonto por administración sistemática de cortisona. Las gónadas son las glándulas que mayor relación tienen con respecto a la mucosa bucal y a los tejidos de soporte. La mucosa bucal, algunos autores la comparan con el endometrio uterino, causando la falta de hormonas femeninas (progesterona y felliculina) trastornos bucales que se pueden traducir con una gingivitis descaevativa crónica.

**PUBERTAD** es la edad en que empiezan a hacer aparición en el torrente circulatorio las hormonas andrógenas y estróge-

Cont.

mas, que nos puede dar un cuadro clinico de alteraciones tisulares temporales que afectan a los tejidos gingivales principalmente.

#### 4.- FACTORES PSICOSOMATICOS

Los factores psicósomáticos cada día ocupan un lugar más prominente dentro de la patología médica. Según Witter: "La enfermedad parodontal que causa alteraciones psíquicas". Dichos factores psicósomáticos originan diversos hábitos siendo frecuentes durante la niñez, ocasionando graves trastornos parodontales, los cuales si no se descubren, impiden el tratamiento. En el terreno de la Parodontología podemos citar como una enfermedad de origen psicósomático, la gingivitis de Vincent también los hábitos como morderse las uñas, lápices, la bricomanía, el chuparse el dedo, el bruxismo, ya sea durante el sueño o cuando el individuo permanece despierto. Las tensiones musculares producidas por los músculos masticatorios por contracción violenta de los mismos, trae como consecuencia zonas de destrucción de fibras principales, zonas de trombosis y de neerosis en el ligamento parodontal, al haber contractura musculares las piezas son proyectadas hacia el fondo de su alveolo, por lo que disminuye el espacio vital del ligamento parodontal, que va a traer como consecuencia fenómenos de desnutrición en el hueso y el cemento.

Cont.

Los niños muy aprensivos con problemas mentales, generalmente cualquier tipo de problemas ya sea casero, escolar etc., tienden a hacer de él un marcado descuido de su higiene bucal.

ITEM X

CIVILIS

E

ROS

## GINGIVITIS EN NIÑOS

La enfermedad gingival como su nombre lo indica, y como lo anterior se había señalado, es aquella que solamente involucra a la encía; además se debe tener en cuenta el papel tan importante que desempeña la inflamación, generalmente está presente en cualquier forma de enfermedad gingival.

La intensidad de la inflamación depende del estado sistémico del individuo y de la naturaleza, severidad y duración de la irritación o del estímulo local.

La inflamación a su vez da lugar a alteraciones gingivales degenerativas, necróticas y proliferativas.

La encía no siempre está sujeta a cambios patológicos relacionados con la inflamación, sino que en ocasiones los cambios que se producen se deben a atroñas, hiperplasias y neoplasias.

La enfermedad gingival producida en los niños por causas locales generalmente se presenta en zonas aisladas, o son únicamente observadas en el lugar donde actúa el estímulo y afecta por lo general la encía marginal o encía libre; en cambio la enfermedad gingival producida por algún trastorno sistémico se difunde por la boca e involucra también en la encía adherida o la encía alveolar.

Cont.

Los cambios clínicos y radiográficos característicos que presenta la encía en la enfermedad gingival en el niño, son iguales a las características que se observan en el adulto.

Los signos clínicos y los síntomas que se presentan en la enfermedad paradontal se reconocen por las alteraciones de la papila interdientaria y se puede observar las siguientes:

#### CAMBIO EN EL COLOR DE LA ENCÍA

La encía cambia su color rojo a un rojo más subido o a un tono de rojo azulado según aumenta el proceso inflamatorio; sin embargo en los niños es muy común encontrar una coloración rojo intensa, asociado con enteritis o alba en los casos de una gingivitis marginal crónica.

Los cambios de color en la enfermedad crónica son diferentes a los de la enfermedad gingival aguda. En esta última los cambios pueden ser marginales, difusos o en forma de manchas aisladas.

El cambio de color varía según la gravedad de la inflamación. Empieza en un tono rojo brillante, éste puede ser el único cambio en caso de que la encía vuelve a la normalidad. Si la inflamación continúa, el color cambia a un gris pizarra, el cual se vuelve gris blanquecino opaco.

El uso terapéutica de metales pesados como el bismuto

Cont.

arsénico, mercurio, puede pigmentar la encía y aparece como una línea negra continua y marcada que sigue el contorno gingival.

El envenenamiento por plomo, produce una pigmentación rojo azúl en la encía marginal. A ésta se le conoce con el nombre de línea de Burton. Los factores -exógenos capaces de producir cambios en el color de la encía. Incluyen irritantes atmosféricos, agentes colorantes de las comidas. Las partículas de amalgama incluidas en la encía dan un color negro.

#### AGRANDAMIENTO GINGIVAL

Se debe generalmente al edema resultante del proceso inflamatorio. El agrandamiento gingival crónico empieza con una leve hinchazón y puede cubrir la corona dentaria. Generalmente es marginal o papilar, y es indoloro. El agrandamiento inflamatorio agudo o "Absceso Gingival" es una lesión de aparición espontánea y expansión rápida localizada y dolorosa. Empieza con una hinchazón roja de superficie lisa y brillante. Los dientes vecinos se hacen sensibles a la percusión.

El agrandamiento de la encía producido por un proceso no inflamatorio se denomina hiperplasia gingival. Esta es agudada por factores que no son de irritación local, como puede ser por la administración del dilantil sódico. También debe tenerse en cuenta los agrandamientos gingivales debidos a maloclusiones.

Cont.

Muchas veces se observa durante la pubertad un agrandamiento gingival tanto en hombres como en las mujeres, se caracteriza por encontrarse las papilas interproximales prominentes. A veces solo se agranda la encía vestibular. También existe agrandamiento gingival ocasionado por disercias sanguíneas o por deficiencia vitamínicas principalmente por carencias de Vitamina "C".

### CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA, TEXTURA

#### SUPERFICIAL Y POSICION

#### DE LA

#### ENCIA

Los cambios clínicos que se observan en la consistencia de la encía son: La encía se torna blanda, se humedece a la menor presión, después se observa una ulceración, a continuación se observa la formación de una escara gris con restos escamosos adherentes a una superficie erosionada. La encía debido a una fibrosis toma después una consistencia firme, dura e de cuero.

En la enfermedad gingival, la textura de la encía también se cambia, la inflamación hace que el punteado normal desaparezca y. quede una superficie lisa y brillante.

Al existir una exposición progresiva de la superficie radicular por un desplazamiento apical de la encía. indica un cambio en la posición de la encía. Estas posiciones pueden ser reales o aparentes. La posición real de la encía determina la

Cont.

la severidad de la resesión gingival. Puede estar localizada a un grupo de dientes, o generalizada a toda la boca. La resesión gingival puede ser fisiológica y es aquella que ocurre con la edad o también puede ser patológica.

La importancia clínica de la resesión gingival es debido a que las superficies radiculares expuestas son susceptibles a las caries. Si la resesión es interproximal, se forma espacios adecuados para el empaquetamiento alimenticio.

### HEMORRAGIA GINGIVAL

La hemorragia gingival crónica es un signo característico de la enfermedad gingival que puede variar según la severidad, duración y la facilidad con que se provoca.

La Hemorragia Crónica.- Es provocada por la inflamación crónica o por, traumas mecánicos tales como el cepillado, uso de de palillos o por el simple empaquetamiento de comida o por el rechinasiento de los dientes.

La hemorragia aguda se refiere a la hemorragia que se presenta en la enfermedad gingival aguda. La hemorragia puede ser espontáneo o presentarse al existir algún estímulo o irritante.

La Hemorragia gingival también puede deberse a trastornos vasculares deficientes de Vitamina "V" e "K". Por trastornos en la coagulación, como la hemofilia o leucemia, enfermedades de Charli

Cont.

nas e por el uso de drogas anticoagulantes como la heparina

En conclusión, es de suma importancia conocer los diferentes cambios clínicos y radiográficos que se acontecen durante la enfermedad gingival, y así poderlos diferenciar de los cambios fisiológicos que se produce en la encía durante el período de la erupción dentaria.

### GINGIVITIS DE LA ERUPCIÓN

Es muy frecuente y común que antes de que aparezca la corona de la pieza dentaria en la boca, la encía presente un asente localizado y firme que tiene la forma de la corona subyacente y es de color blanquecino. Más tarde al aparecer la corona del diente en la cavidad oral, la encía presenta un margen gingival redondeado, rojizo y edematoso.

### ALTERACIONES GINGIVALES RELACIONADAS

#### CON LA

### ERUPCIÓN DENTARIA

Las lesiones inflamatorias relacionadas con la erupción dentaria de los dientes primarios e permanentes, han sido denominadas como gingivitis de la erupción.

Los dientes primarios empiezan a hacer erupción entre sexto y séptimo mes de vida, y debe completarse la dentadura primaria entre los 20 y 24 meses.

Cont.

activa se ha reducido a un mínimo. La severidad de los cambios inflamatorios puede ser influenciada por la extensión de los depósitos locales, el alineamiento de los dientes y edema que acentúa la prominencia de los dientes simple, es el ligero empujamiento y edema que acentúa la prominencia normal del margen gingival y a menudo resulta un agrandamiento gingival notable.

La terapéutica debe basarse en una comprensión perfecta del problema; cuando la encía está inflamada la madre puede darle al niño mensaje con el dedo o algún objeto metálico, como puede ser una cuchara.

Puede usarse un analgésico anestésico, es eficaz y se le puede dar algún analgésico en presentación pediátrica.

Cuando acaban de hacer aparición los dientes, y se ha formado el intersticio gingival, puede haber infección debido a que las cerchas no cubren lo suficiente a la encía y estas pueden lesionarse con los alimentos o con cualquier objeto. Este problema puede hacerse más grave ya que puede haber una infección que produzca una protusión local hasta una inflamación con fiebre elevada. Es cuando nosotros debemos indicar el tratamiento de antibióticos que es eficaz.

Cont.

Cuando el diente va a aparecer en la cavidad bucal, la encía presenta un abultamiento localizado firme, que puede estar ligeramente blanquecino, tiene la forma de la corona que va a salir, esto es lo fisiológico; pero puede presentarse un quiste o hematoma por la dificultad del diente para hacer erupción, lo cual es bastante doloroso y molesto. Cuando presentan problemas para la alimentación del niño deberá hacerse el drenaje.

En otros casos la encía está roja edematosa y muy sensible al tacto. La reacción del niño es aumento exagerado de salivación y hay tendencia a morderse los dedos para hacer presión. Puede haber fiebre, está muy irritable y rechaza los alimentos, lo que trae consigo la disminución de las defensas, haciéndolo más susceptible a alguna enfermedad general.

Con la erupción de los dientes permanentes (Dentición mixta) la gingivitis aumenta por los factores locales y pueden presentar por ello varios grados de gravedad. Generalmente este estado puede desaparecer cuando los dientes han hecho erupción.

Aunque corrientemente se ve gingivitis relacionada con la erupción del diente, la irritación responsable de la inflamación gingival no es producida por la erupción, sino por factores locales que aparecen con la misma. Los mismos factores locales producen inflamación gingival después que la velocidad de erupción

Cont.

La penicilina y la eritromicina son los antibióticos más usados en odontología infantil.

### STENOCHITIS HIPERPLASICA EN LOS

### RESPIRADORES BUCALES.

Existen dos tipos de respiradores bucales, quienes mantienen las labias separadas por un lapso largo de tiempo y aparentemente solo las cierran para tragar, y aquellos en quienes los dientes superiores hacen imposible que cierren la boca. La respiración bucal largamente continuada, da como resultado la tendencia de las superficies mucosas a secarse y con el impacto de aire frío conduce a una irritación de los tejidos bucales.

En algunos niños no existe ninguna razón aparente para tener la boca abierta, lo cual puede deberse a algún hábito. En estos casos los niños mantienen la boca abierta, pero muy raros los que en realidad respiran por ella. Los niños que sí respiran por la boca se puede deber a que existe alguna obstrucción nasal.

En ambos casos las encías pierden humedad por la acción del aire, lo cual es un irritante gingival. La saliva próxima a las áreas expuestas se hace más viscosa, hay acumulación de residuos alimenticios y la flora microbiana aumenta bastante. En los niños con respiración bucal verdadera, se les reseca el paladar y la lengua, y puede presentarse gingivitis

Cont.

en la región palatina y lingual. Lo que no sucede en quienes no respiran por la boca.

La gingivitis hiperplásica en los respiradores bucales se caracteriza por un agrandamiento hiperplásico.

### SINTOMAS SIGNOS Y EVOLUCION

Cuando los niños respiradores bucales continúan con ese hábito, las encías se van a ver secas. Con el impacto del frío, va a ver una irritación de los tejidos bucales. La frecuencia de esta gingivitis se ve más marcada en los niños deficientes mentales, y también cuando hay mala higiene bucal; que en los niños con una buena salud dental.

Va a ser marcadamente retardada la mandíbula y se va a ver una marcada mala oclusión. La hiperplasia se produce en la mayoría de los vasos en la parte anterior de la boca donde el aire choca, las papilas interdientarias se agrandan sobre las coronas de los dientes y descomponen su aspecto estético. A veces la hiperplasia es tan grande que cubre la encía en su totalidad de la corona dentaria.

### T R A T A M I E N T O

El tratamiento para la pseudorespiración bucal debida a que generalmente duermen con la boca abierta, debe coincidir con la adaptación de obturadores bucales que deberán usarse

Cent.

por la noche. Deben eliminarse los irritantes locales y darse instrucciones para que tenga una buena higiene bucal.

Se puede construir un protector de acrílico que se va a colocar en el vestíbulo bucal y se va a usar en la noche. Este método es valioso para prevenir la respiración bucal.

Algunas causas por las cuales pueden presentarse estas anomalías, pueden ser por malas posturas, hábitos, protección de los dientes superiores etc.

#### GINGIVITIS POR DIENTES

#### FLOJOS

Es frecuente que los dientes temporales móviles y parcialmente exfoliados produzcan inflamación gingival.

Durante la masticación, la irritación de los bordes irregularmente erosionados de los dientes parcialmente resorbidos incluidos en la encía, da origen a cambios gingivales que varían desde un ligero enrojecimiento y edema hasta la formación de abscesos y supuración. La presencia de dientes flojos o cariados hacen que los niños tengan hábitos unilaterales de masticación que favorecen la acumulación de restos alimenticios y la gingivitis del lado utilizado.

#### GINGIVITIS DE LA PUEBTRAD

Cont.

Es la edad en que comienza a hacer su aparición en el torrente sanguíneo las hormonas andrógenas y estrógenas que nos pueden dar un cuadro clínico de alteraciones tisulares temporales que afectan principalmente a los tejidos gingivales.

El agrandamiento gingival durante la pubertad se observa en ambos sexos; sin embargo es más frecuente en la mujer. Los cambios hormonales aparecen más o menos dos años antes en las mujeres que en los hombres. En el varón es más común la hiperplasia fibrosa conocida como tumor de la pubertad; mientras que en las mujeres aparece generalmente una gingivitis marginal hiperélica y hemorrágica.

El agrandamiento gingival está caracterizado por una hiperplasia del margen gingival y una prominencia bulbosa de la papila interdental. En los casos leves, el margen gingival continúa firme y puede no cambiar mucho de color.

En los casos más graves se puede presentar una hiperplasia con todas las manifestaciones clínicas de la gingivitis asociada con una inflamación y cambio de color. El margen gingival es delgado, rojo o azul-rojo y se retrae sobre la superficie de los dientes.

Frecuentemente se encuentran alteraciones sólo en las caras bucal y labial sin afectar la superficie lingual de las piezas.

Cont.

### SINTOMAS SIGNOS Y EVOLUCION

Durante la pubertad es observada frecuentemente una gingivitis generalizada, presenta una parodontitis infecciosa. Presenta un color encarnado e inflamación de las encías con tendencia al sangrado, acompañada frecuentemente por una afección de hiperplasia, especialmente de la papila de los dientes anteriores, acentuando el amontonamiento de los mismos.

Se produce la formación de cálculos extensos, depósitos blandos y duros en los dientes y debajo de los márgenes gingivales.

Durante la pubertad podemos observar:

- 1.- Un repentino incremento de las hormonas sexuales, dando por resultado un equilibrio de las funciones de las glándulas endócrinas y la inestabilidad del metabolismo, especialmente del calcio y fósforo.
- 2.- El alza de la presión sanguínea.
- 3.- Disturbios físicos y emocionales.
- 4.- Cambios en el sistema capilar causados por el aumento marcado en el área del cuerpo.
- 5.- Deficiencia de la Nutrición.
- 6.- Acumulación de cálculos.
- 7.- Posibles cambios en la composición de la saliva.

Cont.

### TRATAMIENTO.

La pubertad es un estado fisiológico; lo que podemos indicar al paciente es una fisioterapia intensiva durante este período, si es que las alteraciones hormonales no nos indican un tratamiento general.

### GINGIVITIS POR CARENS DE VITAMINA

" B "

Llamamos también Tiamina B, aneurina, vitamina antigráfica o antincurística, es ingerida en gran cantidad de alimentos tanto de origen animal como de origen vegetal.

Los niños de un año requieren de la vitamina "B" en una cantidad de 0.3 mg. y está va aumentando con la edad.

La falta de vitamina "B" se caracteriza por síntomas neurálgicos y por la sensibilidad en los tejidos bucales. Presenta también vesículas puntiformes sobre la mucosa vestibular debajo de la lengua y en el paladar.

Deficiencia de Vitamina "B<sub>2</sub>" se le conoce también con el nombre de riboflavina o vitamina "3" o lactoflavina en los alimentos de origen vegetal, en los de origen animal se encuentra escasamente. La carencia de riboflavina trae como consecuencia una glositis de color magenta que se caracteriza por el cambio de color y atrofia de las papilas de la punta y bordes de la lengua.

Cont.

Estas papilas se encuentran agrandadas, la lengua tiene una textura ligeramente granulada. Si el caso se presenta más grave puede llegarse a una atrofia total.

### GINGIVITIS POR CARENCIA DE VITAMINA

" C "

Es la que afecta más frecuentemente a los tejidos gingivales, ya que está esencial para la formación de fibras conjuntivas las cuales disminuyen a la falta de ácido ascórbico, y esto hace que se debiliten los tejidos. Aparte de esta carencia de vitamina "C" se requiere para producir gingivitis.

### SINTOMAS SIGOS Y EVOLUCION

El ácido Ascórbico ayuda a la formación del colágeno, el metabolismo de ciertos aminoácidos y la función de las glándulas.

Las lesiones gingivales presentan hiperemia con una tendencia a la hemorragia, el epitelio se desmenuza y esto puede ser seguido de infección y granulaciones.

### TRATAMIENTO

Hay que eliminar los elementos locales y administrar Vitamina "C".

Cont.

### GINGIVITIS POR METALES PESADOS

Muchas veces el uso de metales pesados como el bismuto, arsénico, mercurio etc., pueden pigmentar a la encía. Esta pigmentación aparece como una línea negra continua y marcada que sigue el contorno gingival. El envenenamiento por plomo produce una pigmentación rojo-azulado a la encía marginal llamada línea de Burton.

### ENFERMEDAD PARODONTAL EN NIÑOS

#### CON

#### DEFICIENCIAS MENTALES

Uno de los problemas de la infancia actual es la presencia de enfermedades parodontales en niños con enfermedades nerviosas. La observación clínica de los niños sugiere una forma de parálisis cerebral, distrofia muscular o enfermedad nerviosa.

Encontramos trastornos gingivales y parodontales en niños incapacitados por enfermedades neuromusculares, cerebrales, distrofias musculares, esclerosis múltiples, parálisis infantil, presentando problemas sumamente serios en la higiene bucal y tratamiento dental. El agrandamiento hiperplásico con inflamación del tejido gingival, se refiere al agrandamiento causado por un aumento en el número de células que lo componen, caracterizándose-

Cont.

se por el cambio y forma y tamaño de la encía en los primeros estadios, ya que su color sigue siendo rosado y su consistencia firme hasta que se agrega una inflamación secundaria.

### TRATAMIENTO

En este caso deberemos de enseñar tanto al niño como a las personas encargadas de cuidarles, un método de limpieza adecuado a su edad mental y recalcar a estos últimos la importancia de revisiones periódicas por el dentista.

La hiperplasia gingival no inflamatoria es producida entre otros factores, por la administración sistémica de dilantil sódico. Esta es una droga anticonvulsiva que se usa en el tratamiento de la epilepsia. Esta va a ser una hiperplasia gingival lobulada, indolora de la encía, las cuales parecen ser que emergen por debajo del margen gingival libre, particularmente se observa en individuos con una pobre higiene bucal.

TRATAMIENTO. Consistirá en la resección quirúrgica, la cual nos asegura la eliminación de irritantes locales.

### GINGIVITIS POR DIABETES

Se ha discutido si la diabetes es un factor directo o secundario que produce enfermedad periodontal. Se ha comprobado que la sucesión trastornos en el parodonto como son: resequedad de la mu-

cosa bucal, se encuentran éstas brillantes de la superficie gingival, cambios de textura de la encía, agrandamiento gingival. El tejido epilógico se vé afectado y a veces observamos grandes pérdidas óseas provocando movilidad dentaria en el ligamento parodontal, podemos observar zonas de necrosis. El individuo diabético tiene disminuidas sus defensas, por lo que con facilidad tiene infecciones.

## LESIONES QUE AFECTAN EL PROCESO ALVEOLAR

Y

### MEMBRANA PARODONTAL

PARODONTITIS. Se han reportado algunos casos que se ha presentado en niños de 7 a 14 años de edad, pero es raro que se presente en niños menores, su diagnóstico es difícil, esta enfermedad se ha descubierto en exámenes de rutina en el consultorio o en brigadas sociales dentro de la Escuela.

ANEMIA ERITROBLASTICA. Esta anemia crónica es hereditaria en los niños del mediterráneo, siendo fatal y caracterizada por los cocitos, esplenomegalia, y los pacientes con anemia hemolítica son letárgicos y parecen ser retrasados mentales. La mucosa bucal forma un color amarillento, presentan una apariencia mongoloide y por la hiperplasia del maxilar, resulta una mala oclusión, mordida abierta y diastema entre las piezas dentarias.

## ENFERMEDAD P. DODONTAL DESTRUCTIVA CRONICA DE LA NIÑEZ

Se ha visto niños con destrucción moderada del hueso alveolar relacionada con la extensión de la inflamación de la encía de los dientes temporales y permanentes. Es raro ver destrucción ósea pronunciada con pérdida de dientes.

## **CAMBIOS TRAUMATICOS EN EL PARODONTO** **DE LOS** **NIÑOS**

Los niños cuyos graves consiste en compresión, isquemia o hialinización del tejido conjuntivo parodontal. La más grave es un aplastamiento y necrosis hemorrágicos. Estas lesiones producen reabsorción ósea envolvente y reparación tisular.

Diferentes en los que se producen cambios traumáticos en los tejidos parodontales de los dientes temporales.

Durante el cambio de dientes temporales la reabsorción del hueso debilita el soporte parodontal.

La mala alineación, mutilación, pérdida o extracción de dientes o restauración dentales puede producir fuerzas oclusales excesivas.

Durante la erupción de dientes temporales. Las fibras parodontales se disponen paralelamente al hueso alveolar, y no oblicuamente como al diente erupcionado. La membrana Parodontal de los dientes temporales es incapaz de soportar las fuerzas funcionales, resultando lesiones parodontales en los tejidos.

La reparación es frecuente, los dientes traumatizados pueden estar sensibles o solojos después de la erupción por lo que el paciente evita usar esa zona por un tiempo. La reparación termina en un anquilosis fijando al diente en el hueso, de modo que cuando la dentadura permanente erupciona, el diente temporal anquilosado aparece como sumergido. Otros factores pueden ser: Reparación bucal, y las caries interproximales y el empaquetamiento de comida que va a producir una inflamación de la encía. También puede ser los trastornos digestivos o la obstrucción nasal.

VII

ENFERMEDADES PARODONTALES MAS FRECUENTES

EN LOS

RISOS

## ENFERMEDADES PARODONTALES MAS FRECUENTES

### EN LOS

### NIÑOS

### PARODONTITIS

1. PARODONTITIS. Es como su nombre lo indica, la enfermedad parodontal o de los tejidos de soporte dentarios resultantes de un proceso inflamatorio.

La parodontitis presenta los mismos signos clínicos que la gingivitis, con la diferencia que en la parodontitis la inserción epitelial se migra hacia apical, formandose en esta bolsas parodontales. Las bolsas Parodontales se clasifican según la proliferación hacia apical de la inserción epitelial y de la separación y resección del margen gingival en:

- a) Bolsas Supráseas
- b) Bolsas Infraóseas

a) BOLSAS SUPRASEAS. Son aquellas en las cuales la parte más profunda está colocada cervicalmente a la cresta ósea.

b) BOLSAS INFRAÓSEAS. Son aquellas cuya parte más profunda está colocada apicalmente a la cresta ósea.

Radiográficamente se puede distinguir la parodontitis de una gingivitis: Por la resorción ósea de la lámina dura en la región de la cresta ósea, ya que las alteraciones tempranas se producen en la cresta intersticial adyacente al sitio del riego sanguíneo interdental y de los vasos linfáticos.

Otros signo de Parodontitis es la movilidad dentaria ya que al agravarse la enfermedad, el diente se hace menos firme, debido a que el aparato de inserción se encuentra afectado, se va a encontrar pérdida de la estabilidad dentaria, pérdida del contacto interdentario y migración dentaria.

### ABCESO PARODONTAL

**2. ABCESO PARODONTAL.** El absceso Parodontal es una inflamación purulenta localizada en los tejidos parodontales. El absceso Parodontal puede formarse de varias maneras.

Cuando penetra la infección de una bolsa parodontal hacia los tejidos de soporte y se localiza el proceso supurativo en la cara lateral de la raíz. Cuando la inflamación penetra lateralmente desde la cara interna de la bolsa parodontal hacia el tejido conjuntivo de la pared de las bolsas.

La localización del absceso se produce al cerrarse el drenaje de la bolsa.

Hay bolsas parodontales cuyo camino es tortuoso puesto que rodean una raíz. La formación de un absceso de estos casos ocurre. Cuando la parte superficial se cierra impidiendo el drenaje de la parte profunda.

Al no eliminarse completamente el tártaro dentario durante un tratamiento Parodontal, la pared gingival puede encontrarse en esta forma un absceso parodontal en la parte más profunda.

Puede existir la posibilidad de formación de un absceso parodontal sin enfermedad parodontal previa, después de un trauma o perforación de la pared lateral de la raíz durante un tratamiento endodóntico.

Los abscesos parodontales los podemos clasificar de acuerdo a su localización como sigue:

- a) Abscesos en los tejidos parodontales de soporte en la cara lateral de la raíz. En estos casos encontramos una fistula ósea que se extiende lateralmente desde lateralmente desde el absceso hasta la superficie externa.
- b) Absceso de la pared blanda de una bolsa parodontal profunda. Clínicamente los abscesos parodontales los podemos clasificar así:

- I . Agudos
- II . Crónicos.

gica del diente causada por la enfermedad paradental.

Ocurre con más frecuencia en la zona de los anteriores, a veces también en los posteriores.

Cuando la migración patológica es en dirección oclusal e incisal se le llama estrusión.

La destrucción de los tejidos de soporte por la enfermedad paradental va a ser un factor decisivo en la migración patológica, al igual que las fuerzas que mueven al diente debilitado, el cual es incapaz de mantener su posición normal. Estas fuerzas que mueven al diente pueden ser creadas por factores tales como: Contactos oclusales, presión lingual e del bolo alimenticio. A menudo la migración del diente es inducida por una falta de reemplazo de dientes sucesos.

Esta migración difiere de la patológica, ya que no es resultado de la destrucción del tejido de soporte; sin embargo esta situación puede llegar a crear las condiciones que llevan a la enfermedad paradental. En el niño suele acontecer la ausencia congénita o hereditaria de dientes posteriores y la distalización de los anteriores hacia el espacio, lo cual producirá un desequilibrio en la posición normal del diente permanente correspondiente.

La falta de reemplazo de los primeros molares va a producir la mesialización de los segundos y terceros molares, la distalización de los premolares, lingualización de los incisivos inferiores y distalización de incisivos superiores. Hay entrecruzamiento anterior, los incisivos inferiores ocluyen cerca de la encía traumatizándola, los incisivos superiores son llevados en dirección labial lateral. En los dientes anteriores se observa extrusión, pues ha desaparecido la oclusión inicial y por último se crean diastemas en los dientes anteriores, lo cual lleva a empaque alimenticio que puede producir inflamación gingival, molestias, pérdidas ósea con movilidad.

**T E M A VIII**

**INFECCIONES GINGIVALES**  
**ESPECIFICAS.**

SINTOMAS BUCALES: Hay una irritación generalizada de la cavidad bucal que impide comer y beber. Las vesículas rotas son las focos de dolor que son particularmente sensibles al tacto, variaciones térmicas y condimentos, jugos de frutas y al movimiento de alimentos ásperos. En los niños se tornan irritaciones y se niegan a comer.

SIGNOS Y SINTOMAS EXTRABUCALES Y GENERALES. Hay manifestaciones herpéticas en labios o cara con vesículas y formación de contras superficiales. Puede tener otros fenómenos clínicos como adenitis cervical; fiebre entre 38 y 39 grados, y malestar general, son características comunes.

TERAPEUTICAS Y DIAGNOSTICOS.- El diagnostico se establece sobre la base de la historia del paciente y los hallazgos clínicos.

### GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA

Es una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía, también se le conoce como infección de Vincent, gingivitis ulcero membranosa aguda, boca de trinchera, encía de trinchera, estomatitis de Vincent.

Se clasifica en aguda y subaguda, recurrente y crónica.

La Gingivitis Ulcerosa necrosante aguda. Se produce en bocas sanas superpuestas a la gingivitis crónica o a bolsas periodontales. La infección es muy rara en niños menores de 6 años, pero relativamente común en adulto. Hay que distinguir entre estomatitis aguda causada por el herpes simple y la gingivitis necrótica causada por el grupo fusospirilar del microorganismo anaerobio.

La infección de Vincent es endógena, caracterizada por lesiones necróticas de olor nauseabundo, casi confinada a la encía marginal. Raramente afecta la mucosa intacta.

Es el resultado de una resistencia tisular disminuida que produce a un desarrollo de los microorganismos de la flora bucal endógena y la invasión de la misma. La infección es contagiosa aunque veintidos estados exigen que así se considere, todavía no tiene suficiente base científica.

Los sitios favoritos de la infección son los tejidos gingivales irritados, eczematosos en estados anaeróbicos, como se encuentran en las bolsas gingivales.

Los agentes causales incluyen microorganismos endógenos, siendo los más prominentes: una espiroqueta anaeróbica y el bacilo fusiforme. Pero en los cultivos sólo se encuentra la forma bacilar, ya que tal vez se deba al carácter pleoeférico del microorganismo, al cual está clasificada como Saprófito, y la base principal de su patogenicidad es la disminución de la resistencia de los tejidos; así que cualquier enfermedad o insuficiencia dietética ya acompañada o más bien contribuye a la infección. El comienzo de la infección es repentina y a acompañada de un leve malestar, dolor de cabeza y leve toxemia y las encías están extraordinariamente sensibles y el dolor constante, la temperatura no es muy elevada, la encía está inflamada y sangra fácilmente, presenta aspecto ciánótico y necrótico. La membrana ciánótica puede ser eliminada fácilmente exponiendo así una superficie decuada. Está presente una característica y desagradable olor fétido, la salivación está aumentada, con frecuencia hay linfoadenopatías submandibular en estado crónico. La encía muestra un proceso ulcerativo lento que gradualmente destruye los tejidos periodontales. Los frotis de las zonas afectadas muestran innumerables bacilos Vicent y bacilos fusiformes, pero su presencia no es muy significativa.

**TRATAMIENTO.** El estado general requiere cuidadosamente consideración. Los estados generales deben corregirse inmediatamente, sobre todo los de Vitamina C y B. Las anemias y otros trastornos sistémicos, deben ser tratados antes que la infección no pueda ser controlada. Una vez que han cedido los síntomas agudos, se deben eliminar los locales. La enfermedad de Vicent es una enfermedad de adulto muy rara en niños. La estomatitis por virus es muy común en niños desnutridos.

Se puede tomar material de las lesiones y enviarlo al laboratorio para realizar pruebas confirmatorias; mediante cultivo de tejido o biopsia.

Para el tratamiento de esta afección se han utilizado diversos medicamentos que incluyen aplicaciones locales de cloruro de Zinc al 0%. Fg nol alcanforado, alcanfor, solución de yodo de Talbot, fenol, soluciones

## INFECCIONES GINGIVALES ESPECIFICAS

### GINGIVO ESTOMATITIS HERPÉTICA.

Está es la forma más común de infección gingival aguda en la niñez. Con frecuencia se produce como secuela de una infección de las vías respiratorias agudas.

La gingivo-estomatitis herpética aguda. Es una infección de la cavidad bucal causada por el virus herpes simple. Frecuentemente infecciones, bacterias secundarias complican el cuadro clínico.

La gingivo-estomatitis herpética aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños de 6 años; pero también se vé en adolescentes y adultos. Su frecuencia es igual en mujeres y hombres.

SIGNOS BUCALES. La afección aparece como una lesión difusa eritematosa y brillante de la encía y el de la mucosa bucal adyacente, con grados variables de edema y de hemorragia gingival. El período primario se caracteriza por la presencia de vesículas circunscritas esféricas grises que se localizan en la encía, mucosa labial o bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. Aproximadamente las vesículas a las 24 horas se rompen y dan lugar en pequeñas úlceras dolorosas, con un anillo rojo, elevado a modo de halo y una porción central hundida, amarillenta o grisácea. A veces la enfermedad se presenta sin una etapa vesicular definida. El cuadro clínico comprende una coloración eritematosa difusa brillante y agrandamientos edematosos de la encía con tendencia a la hemorragia. La enfermedad dura entre 7 a 10 días. También puede tener una forma localizada que aparece después de procedimientos operatorios en la cavidad bucal. Las superficies de la Cavidad bucal traumatizadas por rollos de algodón o por presión digital, en el transcurso de procedimiento operatorios son los lugares predilectos. La lesión se presenta un día o dos después del traumatismo. Hay eritema difuso brillante con múltiples vesículas puntiformes que cubren una área delimitada con claridad de la mucosa vecina sana.

Las vesículas se rompen y forman úlceras dolorosas. La lesión dura de 7 a 10 días y cura sin secuelas.

de sulfonamidas, veneno de serpiente mediana, levadura por vía general, riboflavina, complejo vitamínico B, tiarina y radiación. Se ha usado con éxito como enjuagatorio, aplicada tópicamente en pomada al 3%, o administrada sistemáticamente en cápsulas de 250 mg. para cada dosis total de 1 gr. Como medida terapéutica, la vacunación con vacuna antivariolosa o vacunas preparadas con el contenido de las vesículas; pero los resultados son dudosos.

Se elimina la placa. Los residuos de alimentos y los edemas superficiales para reducir la inflamación que complica la lesión herpética aguda. Se consigue alivio del dolor, para que el paciente pueda alimentarse mediante la aplicación de clorhidrato de diclozina (Dyclozine). Buchos anestésicos que vienen en una solución al 9.3% que puede ser diluida por partes iguales. Se mantiene en la boca durante dos minutos, moviéndola para producir un efecto anestésico que dura 40 minutos. Es útil para usar antes de la comida, pero su uso más frecuente no tiene efectos tóxicos. Las medidas de soporte incluyen la ingesta abundante de líquidos y tratamientos antibióticos sistémicos (Aeromonas 25mg. cuatro veces al día) para el tratamiento de complicaciones sistémicas tóxicas. Para alivio del dolor puede ser suficiente aspirina o bupren, administrados sistemáticamente. Para niños se indican dosis menores.

### SINDROME ERMESITICIDA

Es una infección rara que se caracteriza por un eritema difuso, una superficie gingival brillante y acompañada de dolor. Liqueo plano espulso. Es una lesión dolorosa caracterizada por grandes ampollas en la lengua y mejilla.

Produce frecuentemente linfadenitis, complicaciones sistémicas tóxicas y nasofaringitis. El diagnóstico se hace en base de los hallazgos clínicos y el estudio bacteriológico.

La encía se presenta dolor y brillante, hay un eritema difuso. Liqueo plano espulso. Las grandes ampollas que aparecen en la lengua y carrillos se rompen y las úlceras siguen un curso indefinido.

A menudo también hay zonas de lesiones lineales grises liqueo plano. La coexistencia de lesiones en la piel da la forma específica de diferenciación entre el liqueo plano espulso y la gingivostomatitis herpética aguda.

**TRATAMIENTO** El liquen plano tiende a resistirse al tratamiento y las lesiones bucales pueden persistir por años. Habría que explorar la posibilidad de una etiología psicógena. La administración de bismuto (triglicolomato de sodio bismuto), dos tabletas tres veces al día, es una forma difundida de tratamiento; pero en algunos casos hay reacción tóxica con malestar gastrointestinal y cefálea. También se usaron con éxito drogas tranquilizantes, vitaminas, antibióticos .- Corticoesteroides por vía general y de la aplicación tópica proporcionan alivio sintomático de las lesiones bulesas.

### MONILIASIS

**Moniliasis.** Esta es una infección micótica de la cavidad bucal originada por un hongo "CANDIDA ALBICANS" y suele ser aguda y crónica.

**Moniliasis aguda.** Es una infección aguda con "Candida Albicans" La moniliasis es una enfermedad de la infancia. Las lesiones orales pueden aparecer en cualquier parte de la superficie mucosa en forma de simples placas; aunque generalmente las lesiones son múltiples.

Las lesiones características son de color blanco cremoso simulando leche coagulada adherente que al ser retiradas dejan puntos sangrantes. El uso tópico indiscriminado de antibióticos ha traído un notable aumento de la moniliasis oral. En niños han ocurrido epidemias por chupetes ropas de cama contaminadas. También hay una frecuencia más alta en niños nacidos de madres con vaginitis monilíca.

Clinicamente la moniliasis puede simular difteria, epitelio macerado de la mucosa vestibular por irritación crónica (hábito de morderse) leucoplásica y posiblemente liquen plano.

El Diagnóstico. Se confirma por los estudios de laboratorio que se obtiene de los frotis tomados de la región.

**Moniliasis Crónica.** Este es un tipo raro de "Candida Albicans" que produce una infección que desemboca en una lesión granulomatosa. Comienza en la infancia o en la niñez temprana y persiste varios años. Las lesiones

bucales van acompañadas de lesiones en uñas y piel. En contraste con las formas de infección leve, superficial y aguda. El granuloma moniliasico se manifiesta como una reacción inflamatoria profunda con producción de tejido de granulación. La infección final de los pulmones, muchas veces con lesiones del riñon concomitantes, termina en la muerte en un porcentaje alto de casos.

DIAGNOSTICO Se confirma por estudios de laboratorio, como para la moniliasis aguda.

TRATAMIENTO Nystatin y Anfotericina B, por vía general o tópicos, son eficaces en el tratamiento de la moniliasis. Remedios más antiguos como violeta de genciana y solución de lugol, son aún populares.

## CONCLUSIONES

- I.- Por regla general en casi todos los niños pueden encontrarse alteraciones patológicas de los tejidos parodontales o de la cavidad bucal en general.
- II.- Es de importancia para el odontólogo vigilar y atacar dichas alteraciones para que más tarde no se tengan complicaciones en el adulto, ya que en la realidad no es posible tratar lo que no existe y para el observador accidental hay mucho que parece no existir cuando en realidad está presente y aguardando a que se le descubra.
- III.- El Cirujano Dentista debe tener muy en cuenta que las lesiones parodontales iniciales casi siempre pasan desapercibidas en los pacientes, por lo que es obligación de él, descubrirlas a tiempo, enseñarles a conocer a los padres de familia, los daños que causa la enfermedad parodontal y que con un tratamiento oportuno se logrará con menor esfuerzo conducir al pequeño a un futuro de salud.
- IV.- El Cirujano Dentista debe estar capacitado para poder dar buena educación dental a sus pacientes y está obligado a enseñar las técnicas adecuadas de cepillado dental tanto a los padres como al niño.
- V.- En cuanto a los Padres de Familia se deberá insistir en ellos para que pongan todo lo que está de su parte con el objeto de inculcar en sus hijos el valor que tiene la prevención con una buena higiene bucal, además de la visita periódica al dentista.

## CONTINUACION

VI.- En un principio quizá el niño no captará el valor de la prevención, por su corta edad, pero se le creará un hábito para que más tarde sea una necesidad de la que obtendrá beneficios saludables.

## BIOGRAFIA

-----

- I.- EWALD HARNDT Y HELMUT WEYERS  
"Odontología Infantil" Patología  
Diagnóstica y Terapéutica de la Boca  
y los Maxilares en los niños  
Editorial Mundi, S.A.
- II.- PARODONCIA  
Dr. Irving y Glikman  
Editorial Interamericana
- III.- ODONTOLOGIA INFANTIL  
Harnndt y Wallers  
Editorial Mundi, S.A.  
American Dental Association  
Remedios Odontológicos Aceptados 1962
- IV.- ENFERMEDAD PARODONTALES EN NIÑOS  
Dr. Raymond Pauly S.F.O.S.  
Universidad De Costa Rica, C.A.
- V.- CLINICA ODONTOLOGICA DE NORTEAMERICANA  
"Odontología Pediátrica"  
Editorial Interamericana.
- VI.- URGENCIAS ODONTOLOGICAS  
Clínica Odontológicas de Norteamérica.  
Primera Edición  
Editorial Interamericana.