

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
GINGIVAL Y PERIODONTAL EN
PUBERTAD EMBARAZO Y MENOPAUSIA**

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

NOEMI SERRANO AGUSTIN



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

INDICE

	PAG.
PROLOGO	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO I ETIOLOGIA	
1.- Patología de la enfermedad periodontal	6
a) Factores Locales	25
b) Factores Generales	36
2.- Modificaciones Hormonales	41
a) En la Pubertad	42
b) En el embarazo	50
c) En la Menopausia	52
CAPITULO II HISTOPATOLOGIA	
1.- Hueso Alveolar, Cemento Radicular, Ligamento Pe- riodontal y Encía	55
2.- Enfermedad Gingival	78
3.- Enfermedad Periodontal	95
4.- Cambios gingivales en: Pubertad, Embarazo, Meno- pausia	107
CAPITULO III TRATAMIENTO.	
1.- Historia Clínica, Estudio Radiográfica, Diagnós- tico, Pronóstico, Plan de Tratamiento	113
2.- Periodoncia Preventiva	153
3.- Tratamientos mas frecuentes	159
a) Eliminación de bolsas periodontales, cureta- je y gingivectomía	161
b) Tratamiento de la gingivitis marginal	172
c) Tratamiento de la gingivitis de la pubertad	175
d) Tratamiento de la gingivitis del embarazo	178
e) Tratamiento de la gingivitis de la menopau- sia	181
f) Tratamiento del absceso periodontal y gingi- val	183

	PAG.
4.- Tratamiento Psicológico	186
CAPITULO IV CONCLUSIONES	194
BIBLIOGRAFIA	210

PROLOGO.

Durante la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología U.N.A.M.; hay un curso en el sexto semestre destinado al estudio de la periodoncia.

Dos acontecimientos justifican la elección de el tema de la presente tesis: uno es el gran interés que despertó en mí ésta rama de la Odontología; y el otro es que durante la carrera se me presentaron situaciones difíciles de resolver por mí misma, que sin la ayuda de mis maestros hubiera sido equivocado el tratamiento.

Estas situaciones están muy relacionadas con la periodoncia y sobre todo con los cambios endócrinos que existen durante la pubertad, el embarazo y la menopausia.

Una gran interrogante se me presentaba en cada caso: - ¿Cuál es el tratamiento?. Es precisamente a lo que se refiere éste trabajo de investigación. En donde no sólo veremos que existen enfermedades gingivales de muchos tipos sino también cuáles son esos tejidos gingivales y cuál podría ser el tratamiento -- más adecuado.

La técnica que utilicé para la realización de ésta tesis, es: "La técnica por medio de fichas de trabajo", la cual aprendí a utilizar en el curso de Radacción que llevé en el COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES.

Agradezco infinitamente, y con gran respeto hago un amplio reconocimiento al director de éste trabajo, por el interés y la confianza que me brindó para seguir adelante sin tropezos, aclarandome las dudas que salian al paso durante casi un año. Y sobre todo por respetar y tomar muy en cuenta mis -- ideas; por darme su sugerencias y parte de su tiempo al C.D. -
Basilio Ernesto Gutierrez. B.

INTRODUCCION

La enfermedad gingival y la enfermedad periodontal, son enfermedades que afectan al periodonto, estructuras y tejidos de soporte del diente.

El periodonto está constituido por tejidos capaces de sostener al diente en condiciones normales dentro de su alveolo. Permitiendo así su funcionalidad y su cumplimiento con la estética.

Cuando por alguna causa existe un desequilibrio dentro de la boca, o dentro del organismo la enfermedad gingival se instala, comenzando por una inflamación. Dicha inflamación es la reacción del tejido periodontal ante la agresión celular.

La etiología de ésta enfermedad puede ser de causas múltiples en donde es posible que se deba a factores locales y por lo general empieza a partir de placa bacteriana que aunado a una deficiente higiene oral nos dará por resultado un cálculo dentario proporcionado un habitat a las bacterias que existen en la flora normal de la boca.

Existen factores locales y generales que dan origen a la enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal, es una consecuencia de la enfermedad gingival no tratada, que comienza por una inflamación de la encía, sufriendo cambios morfológicos.

La acción de los productos bacterianos en la inflamación permite su evolución de ésta.

Cuando la enfermedad gingival no es atendida adecuadamente, da formación a una bolsa periodontal que se origina ante la pérdida de la adherencia epitelial y la profundidad del surco gingival acumulado de restos alimenticios.

Si el surco gingival sigue profundizándose y la inflamación se continúa a el ligamento periodontal y al hueso, éste se reabsorbe y ocasiona la movilidad del diente.

Con el infiltrado inflamatorio se produce el edema y la consecuente exudación y en ocasiones el dolor.

Los factores generales capaces de modificar la respuesta de los tejidos periodontales ante los agentes irritantes locales pueden causar enfermedad periodontal.

Los cambios hormonales que existen durante la pubertad, el embarazo y la menopausia junto con las tensiones emocionales durante estas etapas, se ven caracterizados en cavidad oral por gingivitis.

Dichos cambios hormonales durante la pubertad ocasionan la gingivitis de la Pubertad, en el embarazo, la gingivitis del embarazo y en la menopausia la gingivitis menopáusica.

Con la correcta historia clínica y con la ayuda de-

estudio Radiográfico llegemos a un adecuado diagnóstico, el --
cual revelará la enfermedad de que se trata. Y en especial a --
que gingivitis de las antes mencionadas, de acuerdo a los cam-
bios hormonales por los que está pasando el paciente.

El tratamiento no solo abarca farmacoterapia con la-
educación del paciente con respecto a su alimentación y su hi-
giene oral, sino que también por parte del Cirujano Dentista -
habrá cierta percepción psicológica para con el paciente.

CAPITULO PRIMERO.

ETIOLOGIA.

1.- PATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Para poder hablar de las causas que dan origen a la enfermedad gingival y periodontal en la pubertad, el embarazo y la menopausia, es importante saber como es la patogenia de dichas enfermedades. Por lo tanto empezaremos por decir que Patogenia es: la sucesión de fenómenos que se producen durante el desarrollo de la enfermedad, desde su inicio, incluyendo entre ellos los factores que influyen sobre su evolución, hasta su término.

Durante cualquier enfermedad existen una serie de fenómenos que se unen con otro paulatinamente, desde que empieza, conforme va evolucionando y al término de la misma. "Casi siempre la patogenia de una enfermedad suele descubrirse antes que su causa específica".

Así podemos ver que la enfermedad periodontal, empieza por afectar las encías, éstas van cambiando en cuanto a color textura y forma. La enfermedad sigue avanzando y llegará a invadir tejidos más profundos, dando origen a bolsas entre los dientes y las encías.

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

"La enfermedad periodontal es un estado patológico-que afecta a los tejidos que constituyen el periodonto; hay un proceso inflamatorio del tejido gingival desencadenado por los factores locales, y donde los factores generales afectan la resistencia de los tejidos, disminuyendo la capacidad de--reparación.

Cuando sólo afecta la encía, recibe el nombre de --gingivitis, al permitir su avance de la encía para al ligamen--to periodontal, incluso al hueso, entonces ésta recibe el nom--bre de periodontitis. Los términos "itis" indican inflamación. Sin embargo la inflamación asociada a la enfermedad periodon--tal no es específica.

Los elementos del infiltrado inflamatorio penetran--en cada una de las estructuras existentes en el sulcus, que --es una depresión superficial, la cual da alojamiento a los mi--croorganismos, principalmente a los leucocitos; estos van a --provocar una irritación al epitelio y pronto formarán una úl--cera.

El proceso inflamatorio sigue su curso a través de--los vasos sanguíneos y el tejido conjuntivo que les sirve de--apoyo. Poco a poco la afección llega a las arterias gingivales hasta las arterias intra alveolares, penetrando después en los

espacios de la médula osea del proceso alveolar.

Las toxinas en el corion produce colagenólisis hasta destruir las fibras colágenas. Mientras prolifera la colagenólisis, aumenta la profundidad del sulcus y da formación a una bolsa.

El hueso que está cerca de la bolsa se cubre de osteoclastos, empiezan a verse amplios los espacios medulares --- adyacentes. Microscópicamente, el hueso que está debajo de la bolsa sufre una osteítis crónica discreta con absorción del -- hueso sin necrosis.

En áreas superficiales puede verse normal, por la fibrosis existente.

El agrandamiento de las encías, aparte de estar dada por la fibrosis también puede deberse a la inflamación defensiva ante la agresión celular.

Por muy natural que sea la presencia de los elementos del proceso inflamatorio, puede causar nuevas destrucciones al tejido periodontal.

En cualquiera de sus aspectos la inflamación y su poder de destrucción dependerá del estímulo, de aquellos que esté provocando la inflamación.

Es posible que la gingivitis marginal crónica dure - varios años sin invasión de estructuras más profundas, pero un

abceso agudo es capaz de destruir extensas áreas de hueso en pocas horas.

Hemos hablado de inflamación, incluso dijimos que es una reacción defensiva ante la agresión celular. ¿Pero que tipo de agresión?

Puede ser de diferentes agentes vivos como bacterias, virus, también agentes físicos como: calor, frío, eléctrica--dad, traumatismos y sustancias químicas y radiaciones.

En la inflamación existen manifestaciones locales:-

MANIFESTACIONES LOCALES DE LA INFLAMACION.

A pesar de que hallan diferentes causas, casi siempre es la misma respuesta. Encontraremos desde cambios microscópicos, hasta cambios clínicos como; tumefacción, enrojecimiento, dolor y calor, así como trastornos funcionales de grado variable.

1°. Se contraen momentaneamente las arteriolas.

2°. Se dilatan las arteriolas, capilares y vénulas

3°. Aumenta la permeabilidad vascular.

4°. Exudación de líquido rico en proteínas (exudado inflamatorio).

5°. Marginación de leucocitos, los que abandonan la corriente axial, pasan a la zona del plasma y se adhieren a la superficie endotelial.

6°. Emigración de leucocitos y diapédesis de eritrocitos a través de la pared celular.

7°. Efectos de quimiotaxis (bacterias y células destruidas) sobre los leucocitos polimorfonucleares.

8°. Fagocitosis de organismos (bacterias y células destruidas) por las polimorfonucleares.

9°. Proliferación de células reticuloendoteliales, específicamente hístico tisulares (mesénquima activo) y monocitos sanguíneo. Estas células tienen propiedades fagocíticas -- (macrófagos).

COMPONENTES DE LA INFLAMACION:

Existen tres componentes básicos de la inflamación local: **COMPONENTE VASCULAR:** Cuando aumentan las células de la zona afectada, aumenta la corriente sanguínea, hay enrojecimiento y calor. **COMPONENTE CELULAR:** Cuando aumentan las células en la zona afectada, provenientes en su mayoría, de la sangre y actuando como elementos que permiten lisis, fagocitosis y aumento local de anticuerpos.

El exudado infiltrado rico en proteínas, contiene fibrinógeno, produce edema que es el tumor. El dolor es por estimulación nerviosa.

La inflamación es la forma más común de la enfermedad gingival, pero también existen otros procesos patológicos--

que se deben distinguir de la inflamación, como atrofia, hiperplasia y neoplasia que también puede hallarse en la enfermedad gingival.

La enfermedad gingival en casos aislados es único y primario y seguirá siendo patológico, es el tipo de enfermedad más frecuente del periodonto.

También en la inflamación es una característica secundaria superpuesta a la enfermedad gingival causada por la administración sistémica de la Dilantina o Epamín.

Y así mismo la inflamación es el factor desencadenante de alteraciones clínicas con pacientes que padecen enfermedades generales que por sí solos no causan enfermedad gingival detectable clínicamente, por ejemplo la gingivitis en el embarazo y la gingivitis en la leusemia.

ACCION DE LOS PRODUCTOS BACTERIANOS EN LA INFLAMACION.

El acúmulo de bacterias y sus productos en la encía marginal originan una inflamación inespecífica. La enfermedad se instala rápida y progresivamente, es entonces cuando los productos bacterianos como de los estreptococos producen enzima -- hialorunidaza, que destruye el ligamento periodontal, invaginándose el epitelio y formando una bolsa, siendo aquí un lugar más propicio para el establecimiento de las bacterias y sus productos, que siguen atravesando el epitelio.

Por acción también catalizadora de la condrosulfatasa (condroitín sulfatasa, condroitinasa) hidroliza el mucopilisacárido, sulfato de condroitina, que forma parte del cemento-intracelular del tejido gingival.

La infiltración de toxinas produce la destrucción de las fibras libres, que unen el borde gingival con el cemento. El tejido epitelial se va fijando en sentido apical ocupando el lugar de las fibras que ya han sido destruidas. Mientras tanto en la proximidad de la corona, lo que era el sulcus se ha ido haciendó más profundo y todo esto por acción patológica.

El hueso también empieza a sufrir cambios, en los espacios medulares, el hueso que está más cerca de la bolsa se cubre de osteoclastos, hay un proceso de absorción, esto se puede ver microscópicamente por la presencia de las lagunas de howship.

El hueso que se haya situado por debajo de la bolsa del periodonto revela una osteitis clínica discreta con absorción del hueso, sin necrosis.

Encontraremos también afección en el tejido conjuntivo que se traduce en una fibrosis, puesto que al estar enfermo o el tejido, éste tratará de repararlo, pero será muy difícil si sigue estando presente la causa o el factor etiológico.

La reacción de defensa del organismo, se manifiesta por acciones de defensa inmune, que puede ser de protección o de destrucción.

INMUNIDAD:

Se han estado haciendo investigaciones acerca de la hipersensibilidad. Casi en todas las enfermedades por infección subaguda o crónica, la inflamación presenta simultáneamente aspectos protectores y de destrucción. El tejido gingival puede verse afectado por la acción antígeno-anticuerpo.

Margehagen llegó a la conclusión después de varios estudios de laboratorio, que muchos fenómenos inmunopatológicos desarrollados en los tejidos gingivales humanos podían obedecer a la interacción de los antígenos bacterianos con el sistema inmunitario efector del huésped. Consideró a la enfermedad periodontal como reacción anafilactoide.

La respuesta hística a un irritante varía en los individuos, incluso en la misma persona puede haber cambios de un día para otro, éstas variaciones pueden deberse a distintos factores, como trastornos metabólicos poco perceptibles, factores genéticos o factores psicosomáticos.

Jhon Prichard dice: que se ha demostrado, que muchos fenómenos inmunológicos tanto humorales como celulares, intervienen en la patogenia de la enfermedad periodontal, se dice -

que la respuesta inmune puede ser de tres formas; 1.- PROTECTO
RA, 2.- PERJUDICIAL 3.- TOTALMENTE INDIFERENTE. Estos estudios
se basan en la modificaciones químicas.

Es difícil y complicado el mecanismo de los procesos
inflamatorios. Normalmente hay un mecanismo corporal que pre--
viene que se forme anticuerpos contra sus propios anticuerpos.

Sin embargo cuando se altera ese mecanismo corporal,
se forman ciertos anticuerpos que reaccionan contra los propios
tejidos del paciente.

Los complejos antígeno anticuerpo, inactivan el com-
plemento, liberan aminas de las células cebadas, pueden produ-
cir lesiones inflamatorias diseminadas, se activan la enzima -
proteolítica plasmina, que se eleva en estados de tensión emo-
cional, la propia inmunidad tiene antecedentes emocionales de-
stress.

La respuesta inmune es la reacción del organismo a -
los antígenos no tolerados por el cuerpo. En ésta respuesta in
tervienen el sistema retículo endotelial. El complejo antígeno-
anticuerpo inactivan el complemento.

COMIENZO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Las enfermedades periodontales casi siempre comienzan
como una alteración localizada menor, la cual salvo que sea --
atendida adecuadamente no avanza, de otra forma esta lesión --
progresa, gradualmente, hasta que el hueso se reabsorbe y el -

diente cae.

Existen factores modificantes negativos para la enfermedad periodontal. Los diversos cuadros patológicos resultantes, son por lo general similares independientes de los factores etiológicos que intervienen. Sin embargo la reacción de los tejidos de soporte es inespecífica.

EXTENSION DE LA INFLAMACION.

La inflamación empieza en el margen gingival hacia los tejidos periodontales de soporte, ésta marca la transmisión de una gingivitis a una periodontitis. Weiman afirma que la inflamación gingival sigue su curso por medio de los vasos sanguíneos y como éstos van a través de los tejidos laxos, - ellos también se ven afectados.

La penetración del surco sigue su curso destruyendo fibras gingivales, hace más corta la distancia del cemento, - después se propaga interproximalmente por tejidos laxos y destruirá las fibras transeptales dentro del hueso por conducto de los vasos perfora la cresta del tabique interdentario, aquí la inflamación ha alcanzado los espacios medulares, la inflamación puede retornar del hueso al ligamento periodontal. Entonces vestibular y lingualmente la inflamación se ha extendido en la superficie periostática externa del hueso.

Las fibras transeptales que han sido destruidas quedan como fragmentos granulares desorganizados, y forman parte de el edema y del tejido de granulación.

El paciente si no es atendido, seguirá con sus hábitos de masticación y las fuerzas oclusales transmiten la inflamación y en vez de que su curso sea horizontal, el patrón de destrucción osea se modifica y produce defectos oseos angulares y bolsas infraoseas.

La destrucción de las fibras del ligamento periodontal, la solución de continuidad entre la raíz y el hueso provocado por el exudado purulento, reduce al mínimo el poder de soporte dentario, aunado a esto la pérdida de hueso y el trauma de oclusión, ocasiona la movilidad dentaria patológica, y esto demuestra porque podemos ver que al eliminar la inflamación mediante el tratamiento, los dientes se afirman.

El dolor podemos decir que cuando existe una inflamación aguda sobreagregada, aflora el exudado, entonces el paciente siente la sensación de que el diente se alarga, o que se sale de su alveolo, y tiene el deseo de frotarse el diente, hace oclusión o muerde algo, entonces se sensibiliza a la percusión. En este estado y con estas molestias puede avanzar hasta un absceso agudo, salvo que se eliminen los agentes irritantes.

BOLSA GINGIVAL:

Una bolsa gingival es el agrandamiento gingival. La -

bolsa periodontal es el surco quien se profundiza y hay destrucción del tejido, generalmente originado por agentes locales -- (microorganismos, restos alimenticios) que provocan alteraciones patológicas en los tejidos profundizando el surco gingival.

Cuando se ha formado la bolsa periodontal se presenta la inflamación crónica complicada con cambios proliferativos y degenerativos. Microscópicamente el tejido conectivo está edematoso y densamente infiltrado con plasmocitos, linfocitos y leucocitos polimorfonucleares dispersos; dilatación y enjurgitación de los vasos sanguíneos. El tejido conectivo presenta diversos grados de degeneración. A veces hay focos necróticos, en los cambios exudativos del tejido conectivo, hay proliferación de las células endoteliales.

En la adherencia epitelial que se encuentra inmediatamente por debajo de la bolsa hay alteraciones en cuanto a tamaño, hay una banda angosta y larga y un acúmulo corto y ancho de células en buen estado o con una leve degeneración, pero menos severo que las del epitelio de la pared lateral de la bolsa.

Las alteraciones degenerativas no están necesariamente en relación con la profundidad de la bolsa, puede haber ulceración de la pared lateral de ella. Aún cuando se encuentren -- las bolsas muy profundas puede existir el epitelio lateral intacto o con una degeneración leve.

El contenido de las bolsas periodontales son; residuos de microorganismos y sus productos (enzimas, endotoxinas y otros productos metabólicos.

BOLSA PERIODONTAL:

Como dijimos anteriormente una bolsa periodontal es la profundización de el surco gingival, característica importante de la enfermedad periodontal, produciendo la exfoliación de el diente.

La encía se torna color rojo azulada, agrandada con un borde enrojecido, separado de la superficie dentaria. Hay una zona vertical rojiza desde el margen gingival hasta la -- encía incertada y a veces hasta la mucosa alveolar. La encía brillante, se inflama y hay cambios de coloración, la superficie radicular empieza a exponerse, hay sangrado y exudado purulento en el margen gingival cuando se hace presión digital, y aún sin ésta movilidad y extrucción, migración dentaria provocando diastemas, donde no los había antes.

Generalmente no hay dolor pero puede sentir ciertas molestias después de comer, por ejemplo dolor localizado, sensación de presión que gradualmente disminuye, sensación de -- hormigueo, comezón roedora al rededor del diente, siente la -- necesidad de introducir algún instrumento punteagudo, sensibilidad al frío, al calor, dolor de dientes en ausencia de ca--

ries.

EQUILIBRIO FISIOLÓGICO DEL HUESO:

Normalmente la altura del hueso alveolar se mantiene en equilibrio constante de formación y resorción osea.

Cuando la resorción supera la neoformación, la altura disminuye. La reducción de la altura es un fenómeno fisiológico de la edad -- atrofia senil o fisiológica --.

La causa de destrucción osea en la enfermedad periodontal, es básicamente por factores locales y pueden ser los que causan la inflamación gingival y el trauma de oclusión.

Cuando la inflamación ha alcanzado hueso por extensión, desde los exudados leucocitarios, hay líquidos nuevos -- sanguíneos y fibroblastos en proliferación.

Hay un aumento de la cantidad de osteoclastos monocleares entonces las superficies oseas parecen bahías por la barda de resorciones lagunares. Los espacios medulares se hacen más grandes, producen un adelgazamiento de las trabéculas oseas circundantes, la resorción osea empieza desde adentro, provocando así la reducción de la altura osea.

La inflamación también estimula la neoformación inmediata adyacente a la resorción osea activa y junto a superficies trabeculares eliminadas por la inflamación, en un esfuerzo por reforzar el hueso.

Existen modificaciones químicas en la enfermedad gingival y periodontal que los elementos químicos ya existentes - en la boca hacen que la enfermedad sufra modificaciones, dando origen a otros productos.

PELICULA ADQUIRIDA:

Cuando hay higiene defectuosa y aún en boca limpia, - en la superficie dental existe el sustratum que es el principal producto de la saliva, debido a su composición son: sólidos en suspensión (bacterias, leucocitos, células de descamación del epitelio y levaduras) iones de sodio, potasio, fosfato y calcio, oxígeno y nitrógeno, carbonato, que le va a dar - propiedades amortiguadoras, la mucina que le da propiedades de lubricación, glucosa y colesterol, albúmina y vitamina "K".

El sustratum o película adquirida se va a formar en unos dos o tres segundos después del cepillado; es una capa -- translúcida delgada incolora compuesta por polipéptidos mucopolisacáridos, que sirven como alimento a los microorganismos -- cuando ya hay mala higiene.

La composición de la película adquirida, junto con - el tipo de dieta de el paciente permitirá su fácil establecimiento, propiciando así un buen medio, para que esta película - se transforme en placa bacteriana.

PLACA BACTERIANA:

A partir de la película adquirida entre las doce y - las veinticuatro horas siguiente, hay una formación de placa - bacteriana. Que es la colonización bacteriana de la superficie de la película adquirida.

El conglomerado de microorganismos tiene metabolismo propio. Es una matriz protéinica blanda en la cual se hallan - en suspensión muchas bacterias de varios tipos, su coloración - va del gris, gris amarillento, hasta un amarillo verdoso, se - localiza en las áreas gingivales cervicales de los dientes a - partir del margen gingival, es más frecuente en la mandíbula - que en el maxilar y sobre todo en caras linguales y proximales. Está compuesta de elementos histicos muertos, principalmente: - células epiteliales descamadas, leucocitos, bacterias, restos - alimenticios saliva (que por la musina fija los microorganismo al diente) Cuando la placa está en formación encontramos bacte - rias gran positivas como: cocos y bacilos cortos.

Posteriormente se agregan gramnegativos (producen en - dotoxinas y hialorunidaza). La segunda etapa sucede después de dos o tres días de acumulación de placa en la cual encontramos basilos fusiformes filamentos, borelias, treponemas, bacterio - des. A los diez días, encontramos también espiroquetas.

FORMACION DEL CALCULO DENTARIO:

El precursor y parte integral del cálculo dentario - es la placa bacteriana mineralizada, que no siempre causa enfermedad periodontal progresiva, esto va a depender de la cantidad y calidad del cálculo, así como de la dieta puesto que si es una dieta blanda acelera el depósito, y si la dieta es de alimentos fibrosos detergentes retrasa el depósito.

El cálculo, la zooglea y la materia alba sirven de soporte a bacterias manteniéndolas en contacto con la encía en los lugares donde más pronto se recibe la saliva, por su proximidad a los conductos de las glándulas, salivales. Por ejemplo en las caras linguales de incisivos inferiores y caras vestibulares de molares superiores.

El proceso de formación de cálculo se inicia por el depósito de material orgánico sobre la superficie del diente, - ésta película de mucina y bacterias se impregna de sales de calcio y se transforma en una masa calcificada. La calcificación es iniciada por la enzima estereasa hallada en diversos microorganismos y en las células piteliales descamadas, hidrolizando los ésteres grasos libres. El cálculo que se deposita dentro de la placa bacteriana y se adhiere firmemente al diente coronal como aspecto al borde gingival e al surco o bolsa gingival.

Los depósitos supragingivales de cálculo puede ser - causa de atrofia sin que lleguen a formarse bolsas por destrucción de la pared gingival a medida que se deposita.

El cálculo subgingival se forma cuando hay inflama-- ción gingival, los depósitos agravan la situación.

PATOGENIA DEL CALCULO SUBGINGIVAL Y SUPRAGINGIVAL.

El cálculo subgingival se halla en contacto con el - epitelio del sulcus, la masa microbiana que existe en el cálcu lo elabora incensantemente sus productos tóxicos que infiltran el epitelio (se produce la respuesta inflamatoria inespecífica). La encía se torna turgente por el edema, aumenta la profundidad del sulcus el cálculo sigue aumentado de tamaño, cubre aún más la superficie y a medida que la bolsa se agranda el cálculo se deposita en su base.

• Hay necrosis del tejido epitelial que cubre el sulcus y deja expuestos el tejido conjuntivo, los productos de las -- bacterias es lo más irritante, aunque el cálculo sea como asti lla para una herida abierta. Todo esto va precedido de una in- flamación.

Cuando existe cálculo, mantiene presente la enferme- dad, pero no es necesaria la existencia de él para que se desa rrolle, o de comienzo a la enfermedad periodontal.

MATERIA ALBA.

La materia alba está compuesta por residuos, es blanca blanquesina, con elementos histicos muertos, principalmente células epiteliales, leucocitos y bacterias retenidas en los dientes y las encías que pueden penetrar en el sulcus.

Esto proporciona un medio de cultivo y una concentración de bacterias.

La materia alba es un agente irritante químico y bacteriano, grave que actúa sin cesar a menos que sea eliminado mediante el cepillado o por otros instrumentos usados en la práctica de la higiene oral personal.

La materia alba no tiene forma arquitectónica específica y no sigue a la base de la bolsa a medida que se hace más profunda.

a) FACTORES LOCALES:

Después de Haber visto el proceso patológico de la enfermedad periodontal, ahora hablaremos de su etiología.

Anteriormente decíamos que casi siempre se descubre primero la patogenia de una enfermedad, que su etiología. Ahora hablaremos de los factores locales que la producen;

Para empezar daremos una definición de Etiología: es el estudio o teoría de las causas de una enfermedad, es la suma de conocimientos relativos a dichas causas.

La causa de la enfermedad periodontal invasora puede ser producida por factores predisponentes que favorezcan su aparición.

Estas causas pueden ser 1) excitantes, que realmente estimulan la enfermedad 2) las causas perpetuantes, que tienden a prolongar o hacer que pase a la cronicidad y 3) factores modificantes, que como su nombre lo indica alteran el curso de lo ya establecido por la enfermedad. Estos factores se encuentran dentro de la boca: las zoogleas, la materia alba, depósito de cálculo dentario, residuos de alimentos retenido o impactado que producen irritación química y mecánica y suministra un medio propicio para la proliferación bacteriana.

Una de las causas de la enfermedad periodontal pueden ser las anomalías de las estructuras anatómicas, impidiendo la circulación correcta del alimento, propiciando así la putrefac-

ción de éstos, y que las bacterias que se encuentran situadas - en éste lugar empezara a proliferar.

Un ejemplo podría ser la inserción de los frenillos, - en el borde gingival, el movimiento del labio provoca la retracción de la encía. Entonces aquí cualquier irritante por muy simple que sea causará enfermedad periodontal. Es decir, que si en ésta zona donde la inserción sea tan alta, si es frenillo inferior, o que sea muy baja en el frenillo superior, llegue un alimento irritante, o simplemente el cepillado brusco lesione la mucosa asociada a la película adquirida, aunado a la mala higiene en pocos días habrá placa dentobacteriana con la consiguiente profundidad del sulcus.

Las causas de la enfermedad periodontal, pueden ser - multiples, en sí no existe un solo agente etiológico específico para que la enfermedad se presente, El conocer las causas de - una enfermedad nos da ya ciertas ventajas sobre ellas. Ventajas en cuanto a conocimiento a como poder erradicar la enfermedad. - No obstante en el momento de actuar, pueden ser bastante resistentes. *

Existe un factor local presente en la boca, el cual - es la placa dentobacteriana, pero este factor local se asocia a los factores favorecedores locales. Los factores locales son capaces de producir enfermedad por si solos. También existen los factores generales que disminuyen la capacidad de reparación de

los residuos, y estos factores son:

FACTORES LOCALES:

El factor local existente en la boca es la placa dentobacteriana.

FACTORES FAVORECEDORES LOCALES:

- 1.- Mala Higiene Dental.
- 2.- Dieta.
- 3.- Caries Dental.
- 4.- Prótesis mal Ajustada.
- 5.- Ortodoncia mal Realizada
- 6.- Trabajos restaurativos mal Ajustados.
- 7.- Respiradores Bucales.
- 8.- Mal uso de Sustancias Químicas.
- 9.- Impacción de Alimentos Retenidos.
- 10.- Irritación Mecánica y Térmica.
- 11.- Cálculo Dental.
- 12.- Uso Incorrecto de Estimuladores Interproximales, Montadientes y Cinta Dental.

FACTORES YATROGENICOS.

- 1.- Extenciones excesivas de los bordes de las restauraciones dentales.
- 2.- Extensión insuficiente de los bordes de las res--

tauraciones dentales.

3.- Retención del cemento dental debajo de la encía.

4.- Retención impropia de la anatomía de la corona.

FACTORES PREDISPONENTES

1.- Morfología del parodonto.

2.- Forma del arco.

3.- Inclinação axial de los dientes.

4.- Grosor de los bordes.

5.- Areas de contacto interdientarias anormales, relacionadas con las crestas marginales.

6.- Herencia.

La encía libre está íntimamente adosada al cuello del diente y está protegida por delicados relieves de la corona.

Cuando masticamos la masa alimenticia se impacta en éstos relieves de la encía, hasta areas vestibulares y linguales, por movimiento de los labios carrillos y lengua.

El cepillado inadecuado, la masticación, el movimiento de las estructuras orales convierte una superficie aspera sobre la encía. El traumatismo sobre la pared ulcerada de la bolsa puede dar origen a la hemorragia.

El mecanismo defensivo puede ser causa de la propagación de la enfermedad periodontal ya que la enzima proteolítica que contiene fagocitos, es muy potente capaz de destruir la fi-

jación epitelial y las fibras colágenas que sujetan a los dientes.

El ácido láctico agente quelante débil es otro producto secundario de la inflamación que puede influir sobre la extensión de la lesión periodontal.

El P H decae, esto conduce a la degradación del colágeno y a la resorción del proceso alveolar adyacente.

HIGIENE ORAL INADECUADA:

La higiene dental, es inadecuada en la mayoría de las personas muchas veces por el ritmo de vida que éstas llevan, pero al dejar que el alimento se impacte dentro de los dientes, propicia un medio de vida adecuado a las bacterias existentes en la flora bacteriana normal de la boca.

IMPORTANCIA DE LAS BACTERIAS Y SU DESARROLLO EXCESIVO.

El agente etiológico primordial de la enfermedad periodontal puede ser la gran acumulación de bacterias y sus productos en la encía marginal originando inflamación inespecífica. Los microorganismos se instalan en zonas de autolimpieza, en particular debajo de la convexidad cervical de la corona. Hay personas cuyos tejidos resisten el ataque de los productos bacterianos. Pero cuando cede la resistencia de los tejidos. Las toxinas de las bacterias van penetrando en el sulcus, hasta formar la bolsa pe-

riodontal en la que encontramos, cocos, diversas clases de bacilos microorganismos fusiformes y espiroquetas. En periodontitis-avanzada encontramos amibas y tricomonas.

PAPEL DE LA INFECCION EN LA ETIOLOGIA

La infección en la enfermedad periodontal es producida por la concentración de microorganismos que se encuentran presentes como flora normal en el tracto digestivo, en las vías respiratorias altas y en piel, representado así una fuente con un gran potencial de acción reproduciéndose rápidamente, causando infección cuando por alguna causa la resistencia de los tejidos se ve disminuída. La enfermedad periodontal es producida entonces por una infección endógena.

Infección es: la presencia de microorganismos ya sea en la superficie o dentro de los tejidos, independientemente de que causen enfermedad periodontal.

En el Diccionario Médico Ilustrado nos dice, que infección es: "las reacciones que tienen los tejidos ante la presencia de microorganismos y de sus productos".

Difieren ambas definiciones en que se le llama infección cuando reaccionan microroganismos aún cuando estos existen o hallan existido siempre como sucede en la enfermedad periodontal. Dichos microorganismos tendrán tendencia a actuar en cuanto la resistencia de los tejidos ceda. Y cuando esto sucede se presenta la enfermedad infecciosa. Mientras no se manifiesta será una-

infección atenuada que es la que no va seguida de una enfermedad.

FACTORES FAVORECEDORES PARA EL DESARROLLO BACTERIANO;

Las bacterias constituyen un factor aislado muy importante para el desarrollo de la enfermedad periodontal, y existen -- factores que ayudan a la instalación de dichos microorganismos, -- dando lugar a que sus productos causen enfermedad. El periodonto es un medio propicio, en donde sólo se causará la enfermedad periodontal. El sulcus y el collado, proporcionan un medio adecuado para ellos y difícilmente serán desalojados. En boca limpia -- existe una flora normal aerobia, pero en boca sucia encontramos -- según LOESCHE, microorganismos anaerobios. Por ejemplo el bacteroide melaninogénico, que es el componente primario, e indispensable de las infecciones anaerobias mixtas, donde sus productos destruyen la colágena.

Otro coadyuvante de las bacterias es la zooglea que es -- una sustancia aglutina o goma viva, que cubre y adhiere a las bacterias.

Además de otras sustancias como el cálculo, depositado -- y sobre éste en un entretejido con microorganismos móviles como -- espiroquetas fusiformes que entran y salen libremente, bibrios, -- tricomonas, amebas, leucocitos y células epiteliales cubiertas -- por la zooglea.

Mientras sean eliminadas por el cepillado y una buena -- higiene, estos microorganismos suelen de ser de poca importancia.

La flora dominante en la boca limpia es aerobia y en la no limpia es anaerobia y origina putrefacción.

El número de bacterias aumenta en pacientes con mala higiene oral. Las bacterias no invaden tejidos sanos, se necesita de un trauma, como abrasiones raspaduras, punciones, o desgarro que propicia la penetración de bacterias. Esto casi siempre sucede en el sulcus que les proporciona un habitat único en su género.

BACTEREMIA

Cuando se hace la eliminación del sarro, las extracciones múltiples o alguna intervención quirúrgica, las bacterias que encontramos en el surco puede ocasionar una penetración a la sangre con la subsiguiente bacteremia.

Las bacterias son moradores normales de la región y rápidamente vuelven a recuperarse en concentración y la actividad que anteriormente tenían a menos que se evite por medio de la higiene bucal adecuada.

ORTODONCIA MAL REALIZADA, EL BRUXISMO Y HABITOS PERNISIOSOS.

El hueso alveolar proporciona una zona de fijación a las principales fibras de ligamento periodontal, éste da firmeza al tejido conjuntivo entre el cemento de la raíz del diente y la tabla cortical del hueso alveolar.

En estado normal el trauma periodontal no causa la enfer

medad pero aunada a algún irritante local, las fibras de sharpey son las que se encuentran más afectadas.

La ortodondancia constituye un tipo de traumatismo periodontal severo y si el trauma ha causado bolsas priodontales casi ningún diente puede sobrevivir a éste prolongado acción de fuerzas.

El bruxismo y los hábitos perniciosos con la lengua, - el morderse las uñas, morder las pipas, los alfileres, constituyen un traumatismo que según Prichard clasifica de primario y -- que en 24 horas desaparecen sin dejar lesiones permanentes.

La extensión de la lesión depende de la magnitud, dirección, distribución y frecuencia de las fuerzas y de la capacidad reparadora del tejido. El traumatismo periodontal severo resultante de la aplicación de fuerzas fisiológicas durante la función, reabsorve el hueso. A medida que se debilita el periodonto de fijación, cualquier fuerza menor que se ejerza es traumático, cuando el trauma es constante después de mucho tiempo causa necrosis pulpar y al ser destruidas las fibras son substituídas -- por tejidos de granulación y el diente se mueve y cae.

TRAUMA DE OCLUSION

La oclusión desempeña un papel importante en la etiología de la enfermedad priodontal.

La función enérgica estimula el periodonto y contribuye a la limpieza natural. La falta de éste tipo de estimulante -

se forma en áreas donde el estancamiento de el alimento, la materia alba, y las bacterias, propician la formación del cálculo.

Cuando mayor sea la distancia de las superficies dentales insisal y oclusal de los dientes del margen gingival, tanto menor y eficaz será la acción de autolimpieza de la masticación.

La dieta de el hombre civilizado carece de abrasivos - que casi no necesita de la fricción.

EXTENSION EXCESIVA DE LOS BORDES GINGIVALES:

La extensión excesiva de los bordes gingivales en las restauraciones representan un agresor no tan dinámico como el cálculo, pero si molesto y además proporcionando un lugar para el acúmulo de alimento. También la extensión excesiva de una amalgama de plata o bien cuando es insuficiente en una incrustación la extensión puede originar una hendidura que será perjudicial.

El cemento que se ha quedado retenido en el surco gingival, suele ser aún más dañino, puesto que tiene poder de ataque químico y mecánico. Su porosidad del cemento proporciona un lugar ideal para el estancamiento de las bacterias.

Las prótesis que se hallan dentro del surco gingival -- también pueden ser perjudiciales. El contorno inadecuado de las restauraciones, las restauraciones con mala anatomía, los contornos exagerados dejan a la encía libre sin protección. Las áreas de contacto proximales demasiado planas crean una papila gingival cóncava con un pico en la cara bucal y lingual, y una depresión -

de tejidos entre ambos.

Las restauraciones inadecuadas actúan como irritantes de los tejidos gingivales provocando una gingivitis. Los márgenes desbordantes de las restauraciones proximales irritan indirectamente la encía además de fomentar la acumulación de residuos alimenticios y microorganismos que se empeñan en agredir estos tejidos. También las restauraciones mal contorneadas, al causar acunamiento de alimentos y excusiones anormales de la comida -- contra la encía durante la masticación. Las prótesis y aparatos de ortodoncia invaden los tejidos y los presiona.

RESPIRADORES BUCALES :

El resecamiento de las encía y de toda la mucosa bucal por respirar con la boca abierta debido a un medio excesivo de calor o por fumar en exceso, causará una irritación gingival con inflamación, o a veces hiperplasia agrandada.

MAL POSICION DENTARIA :

Los dientes que broten o los que fueron desplazados de su oclusión normal hacia una posición precaria, son agredidos repetidamente durante la masticación o el cierre mandibular por una fuerza oclusal de magnitud excesiva, son susceptibles a la enfermedad periodontal.

APLICACION DE SUBSTANCIAS QUIMICAS O DROGAS :

Muchas drogas, son potencialmente capaces de producir-

gingivitis, en particular la gingivitis aguda, debido a una acción irritante directa local o sistemática. Así por ejemplo, el Fenol, el Nitrato de plata, aceites volátiles, o aspirina, colocados sobre la encía provocarán una reacción inflamatoria.

Otros medicamentos como la Dilantina y el Epamín, producen alteraciones gingivales al ser administrado por vías sistémicas. Esto fue analizado específicamente sobre lesiones ocasionadas por sustancias químicas.

Dentro de los trastornos que podemos encontrar por la acción de los medicamentos, la lesión gingival se limita a la encía libre e incertada con una línea neta de descamación de la mucosa vestibular de aspecto normal. También podemos encontrar deg papilación filiforme de la lengua, así como quelitis atrófica, seca y escamosa, con fisuramiento y maceración de fisuras. Habrá sensación de ardor y los tejidos estarán sensibles a dentríficos y alimentos muy condimentados.

b) FACTORES GENERALES

El referirnos a factores generales nos referimos a causas de la enfermedad periodontal, que por sí solos no causan enfermedad pero si modifican las respuestas de los tejidos ante la acción de los agentes locales.

Los factores generales no son determinantes para la enfermedad periodontal, pero puede haber trastornos generales que predisponen a la enfermedad periodontal y así mismo la enferme--

dad periodontal puede predisponer a determinados trastornos generales específicos.

Una enfermedad general puede alterar el curso de la afección periodontal modificando las defensas naturales contra los irritantes o limitando la capacidad restauradora del tejido. También puede afectar el periodonto, provocando respuesta hística - anormal por hipersensibilidad o modificando la estabilidad nerviosa del paciente de tal suerte que aparezca el factor stress.

El paciente diabetico debe ser más escrupuloso que el paciente normal, porque su periodonto presenta menor resistencia a la infección y en la enfermedad periodontal hay una rápida destrucción a menos que reciba el tratamiento oportunamente.

Los pacientes con diabetes juvenil tienen una enfermedad diferente a los de los pacientes en la madurez.

TRASTORNOS NUTRICIONALES;

Es frecuente que los trastornos nutricionales de una persona se manifieste por cambios en la encía y en los tejidos periodontales adyacentes más profundos.

Los efectos de la deficiencia nutritiva puede observarse no solamente en cavidad oral sino también en cualquier parte del cuerpo.

Para la conservación del periodonto sano es necesaria la ingestión de alimentos ricos en vitaminas, tales como la vitamina "C" que ayudan a la formación de colágena y ésta forma par-

te del ligamento periodontal. También de proteína para la acción defensiva.

EMBARAZO:

En el embarazo la encía presenta cambios, hay veces -- que se forma una masa única de aspecto tumoral que histológica-- mente es muy parecida al granuloma piógeno.

En el embarazo existen ciertas alteraciones hormonales que causan una respuesta notoria a la inflamación local de la -- enfermedad periodontal, que posiblemente en la mujer embarazada sea de magnitud suficiente para generar una reacción gingival, - aunque no necesariamente. Así el embarazo induce a una respuesta hipersensible a una lesión leve de otra manera en una paciente sin estas alteraciones hubiera sido de poca importancia.

Generalmente la gingivitis del embarazo da su aspecto-clínico característico al final del primer trimestre y puede ceder, y desaparecer por completo al concluir el embarazo.

MENOPAUSIA:

La menopausia puede trastornar de tal modo a una pa--- ciente que están indicadas las medidas paliativas hasta que se - halla adaptado a este periodo.

PUBERTAD:

El traumatismo periodontal con frecuencia alcanza gran intensidad durante el periodo cargado de tensiones emocionales -

de la adolescencia.

Los trastornos hormonales que existen en esta edad pueden agravar la enfermedad periodontal existente pero no se ha demostrado que cause la enfermedad.

DEFICIENCIAS PROTEICAS

El déficit de calorías protéicas causa pérdida del proceso alveolar y de la masa de tejido conjuntivo, pero no indica la lesión gingival inflamatoria. Los datos clínicos sugieren que las deficiencias nutricionales actúan como factores modificantes sobre la respuesta del tejido periodontal a los irritantes locales.

La dieta puede retener efectos dependientes de la calidad o bien del contenido de la misma, puede tener un efecto limpiador, durante la masticación, por ejemplo las manzanas, las naranjas. Y otro como nutriente o sustratum para la placa bacteriana.

STRESS:

Muchas formas de stress tales como traumas, frío, calor, fatiga muscular, intoxicación por droga y estímulos nerviosos afectan al organismo de manera generalizada y produce cambios tisulares interrelacionados inespecíficamente. El conjunto de reacciones orgánicas como consecuencia de la continua exposición al stress se denomina síndrome de Adaptación General, al -

cual se le considera como base de muchas enfermedades, considerados dentro de la etiología no relacionados, y se simplifican en las siguientes siglas SAG.

El SAG es un grupo de mecanismos fisiológicos que -- presentan como un intento por parte del organismo de resistir los efectos lesivos de stress.

El stress actúa a través de las glándulas endócrinas particularmente en el óvulo anterior de la hipófisis y la corteza produce cambios morfológicos y funcionales que comprenden el síndrome de adaptación general.

Entre los cambios está el agrandamiento de la corteza adrenal con mayor secreción de la hormona corticosuprarrenal involución de órganos linfáticos y alteraciones inflamatorias en vasos sanguíneos con hipertensión y úlcera gastrointestinal.

Los factores emocionales pueden ejercer una acción directa sobre el periodonto, por la reacción contra la tensión o una acción indirecta debido a uno o más factores locales, como la mala higiene, mala ingesta, e insomnio y el consumo excesivo de tabaco.

La falta de capacidad de conservación de ciertos tejidos se explica por el SAG.

El stress y los trastornos emocionales pueden influir sobre la función del sistema inmunológico a través del sistema nervioso central, y posiblemente por mediación endócrina. El --

dejar de fumar supone para los fumadores empedernidos un esfuerzo severo y no son extrañas las alteraciones gingivales durante éste período. El stress es probablemente el factor etiológico - primario en la infección aguda de la gingivitis ulceronecrotizante aguda.

Beltin y Gupta informaron que la magnitud de la enfermedad periodontal era significativamente mayor en pacientes psiquiátricos que el grupo control. Estas deficiencias se notan -- aún cuando halla factores variables como la cantidad de cálculo frecuencia de cepillado y bruxismo constante en los dos grupos. La gravedad de la enfermedad periodontal aumenta significativamente a medida de que aumenta la ansiedad.

Se observó que la intensidad de la enfermedad periodontal era significativamente menor, tanto en grupo normal como en el grupo psiquiátrico a medida que el nivel de educación del paciente era mayor.

2.- MODIFICACIONES HORMONALES.

El hombre esta constituido por aparatos y sistemas - complejos pero que trabajan en forma organizada con o sin alteraciones del medio externo para su medio interno.

Uno de estos sistemas son las glándulas que secretan sustancias que van a dar directamente al torrente sanguíneo y- que se llaman hormonas, estas ejercen influencias fisiológicas

importantes en las funciones de todas las células o de los sistemas del organismo

De estas hormonas encontramos que hay gran cantidad de ellas secretadas por distintas glándulas. Pero las que causan modificaciones en el período durante la pubertad, el embarazo y la menopausia son las que se secretan en la hipófisis.-

Durante toda la vida en el desarrollo físico y funcional del hombre, existen cambios y estos cambios serán presentados poco a poco pero siempre por medio de un sistema bajo ciertas necesidades que el mismo cuerpo va necesitando.

a) MODIFICACIONES HORMONALES EN LA PUBERTAD.

La identificación de diversas enfermedades gingivales, cuando hay alteración de la secreción de hormonas ha suscitado un crecimiento interno en el interés por medio del efecto de las hormonas en los tejidos periodontales y la cicatrización de heridas.

Los niveles alterados de estrógenos y progesterona -- aumenta el exudado gingival sin gingivitis y si existe la enfermedad es posible que ocasionen el aumento de mayor permeabilidad de los vasos gingivales, influenciado por hormonas.

La progesterona sólo provoca la dilatación de microvasos gingivales, a crecenta la sensibilidad de las lesiones -- y el exudado, pero no afecta la morfología del epitelio gingi--

val.

La inyección del estrógeno contraresta la tendencia hacia hiperquetatosis del epitelio gingival.

El ovario desempeña funciones secretoras y de gametogénesis, la función secretora consiste en la elaboración de hormonas estrógenas y progesterona y la función gametogénica es la formación del óvulo. Esto sucede en la mujer entre los 11 y los 14 años de edad.

Así mismo en el hombre en el testículo se elaboran, -- en cantidades pequeñas y en condiciones normales hormonas estrógenas, pero lo que más se forma son hormonas andrógenas.

Antes de la pubertad, la actitud endócrina del ovario es muy baja o inexistente, antes de la pubertad la hormona estrógena se encuentra en la orina, probablemente de procedencia adre nocortical y accesoriamente de procedencia ovárica.

Además en ésta época de la vida no existe función gametogénica. Esta función ovárica secretora son estimulados por gonadotropina hipofisaria, hormona luteinizante del folículo respectivamente.

Antes de la pubertad efectivamente no se demuestra la existencia de gonadotropina hipofisaria, tanto en niñas como en niños en extracto de orina ni de plasma sanguínea.

INICIACION A LA PUBERTAD

Cuando ésta va iniciarse aumenta la producción de gonadotropina hipofisiarias, esto da como resultado que el ovario se desarrolle, así comienza con sus funciones endócrinas y reproductoras.

La menstruación que es la manifestación más evidente de la función secretara del ovario, se inicia entre los 11 y los 14 años de edad, aunque su inicio, puede retrasarse más debido a factores climatológicos o raciales. Con frecuencia las primeras menstruaciones no son ovulatorias. Los folículos ováricos son estructuras que se encuentran preformadas en las gonadas femeninas, como folículos primarios.

La maduración del folículo primario lo convierte en folículo maduro de Von Graf, con la ovogonia que al transformarse en óvulo se convierte en la célula mayor del organismo. Cuando el folículo ha madurado sobreviene la ruptura del folículo, el óvulo liberado emigra a el útero por las trompas de falopio y aquí es o puede ser fecundado. Las células foliculares se llaman granulosa. Las células granulosa de Von Graf, producen estrogénos principalmente estradiol, las hormonas pasan al líquido folicular y de este a la sangre. La secreción se inicia aproximadamente al final de cada ciclo menstrual y va aumentando hasta poco antes de la ovulación que desciende y después vuelve ascender hasta antes que inicie la menstruación siguiente.

te, en éste momento disminuye sensiblemente.

El sangrado se debe a factores de disminución. La ovulación acontece hacia la mitad del ciclo menstrual al quedar en libertad está bajo la influencia de la HTL, las células --- granulosas se transforman en células luteas. Las hormonas luteotróficas ejercen sus efectos sobre el cuerpo -lúteo o cuerpo amarillo así forma la secreción de la progesterona cuando las secreciones del estrógeno. A la primera mitad del ciclo menstrual existen cambios peculiares en el endometrio. La hormona estimula la producción o liberación de la HTL y ésta estimula el folículo, proviene la ovulación y la formación de el cuerpo amarillo.

EFFECTOS BIOLOGICOS DE LAS HORMONAS:

El desarrollo de los organos genitales ya esta esta establecido y la formación de moco cervical en el cuello uterino está favorecido y lo hace alcalino facilita así la penetración y supervivencia de los espermatozoides y por lo tanto la fecundación; en el útero el desarrollo muscular y el crecimiento del endometrio que alcanza su máximo poco antes de la ovulación cuando la secreción de estrógeno es mayor.

Originan el desarrollo de los vasos sanguineos endometriales. El estudio citológico del exudado vaginal puede revelar la normalidad de los efectos estrogénicos y progestacionales. Los estrógenos estimulan la proliferación del epitelio-

vaginal, cornificación y otros cambios. Los estrógenos también hacen aparecer el vello pubiano y estimulan el desarrollo de las glándulas mamarias. Favorecen la formación de depósitos grasos así como el crecimiento en anchura de pelvis, lo que da la peculiar morfología del cuerpo femenino.

Los cambios hormonales durante el ciclo menstrual normal es ya bastante investigado. Durante la fase folicular disminuye la concentración de HL, a la mitad del ciclo aumenta bruscamente, después durante la fase lútea los niveles retornan. La hormona estimulante del folículo se encuentran ligeramente más alta que las HL durante la fase y hubo un aumento brusco hacia la mitad aunque folicular y hubo un aumento menos notorio.

En la fase lútea disminuye la concentración HEF a cifras inferiores a las existentes en la folicular. Por lo general se refiere al estradiol y estrona, sus concentraciones bajas en la fase folicular alcanza su máximo o un poco antes de lo señalado por la HL y la HEF.

Después descendieron y se produjo algún aumento durante la fase lútea, la excreción urinaria de pregnadiol así como la concentración plasmática de progesterona, durante la fase folicular asciende significativamente durante la lútea.

TENSION PREMENSTRUAL

En mujeres, con mayor frecuencia en las que tienen problemas de índole psíquico, la tensión premenstrual puede presentarse 34 horas o hasta 10 días antes de que se inicie el sangrado uterino. La sintomatología varía y consiste fundamentalmente en depresión psíquica, irritabilidad emocional, hambre desordenada, dolores vagos en distintos lugares corporales aumento de la sensibilidad en los pechos y aparición de el acné, en ocasiones hipoacusia transitoria, retención de agua, edema en miembros inferiores y aumento del peso corporal.

Estas anomalías pueden deberse a desequilibrios entre las secreción de progesterona y estrógeno cuyas concentraciones relativamente ejercen influencias recíprocas y se alejan de lo normal.

En algunos casos sin embargo la actividad gonadotrópica, la concentración de estrogénos y la eliminación urinaria de pregnadiol fueron normales. En otros se ha podido demostrar la existencia de ciclos menstruales anovulatorios, por lo cual la tensión premenstrual.

GONADA MASCULINA

Los testículos en la vida embrionaria y fetal se encuentran dentro de la cavidad del abdomen que descienden en el momento de nacer, en condiciones normales descienden a través -

de los conductos unguiales para ocupar su situación permanente dentro de la bolsa escrotal, a la falta de éste descenso se le llama criptoquidea.

Las glándulas están formadas por dos tejidos, uno intersticial y su función es elaborar hormonas andrógenas. La -- más importante es la testosterona, es la más activa y la que -- se produce en mayor cantidad, otros androgenos son: Andostenediona y la deshidropiandrosterona, cuya importancia está en la potencia andrógena que es menor que la testosterona, además -- son sustancias precursoras de la testosterona en el proceso de biosíntesis hormonal. El otro tejido es el seminífero o germinal formado por tubos seminíferos, las funciones endócrinas gametogénicas se inician normalmente en el momento de la pubertad que es entre los 13 y los 14 años de edad.

La hipófisis principia por secretar la gonadotropina necesaria para que el testículo se desarrolle y comience la actividad funcional de sus tejidos intersticial y seminíferos. Durante la niñez la glándula es capaz de elaborar andrógenos en pequeña cantidad. En el testículo se forma hormona estrógenicas en muy bajas proporción en el adulto. La actividad secretora del tejido intersticial está regulada por la hormona luteinizante -- y a este hecho se debe que también se le designe como hormona -- estimulante del folículo.

La función gametogénica se puede señalar cuando ésta-

disminuye y sobre todo cuando se pierde, como sucede en el padecimiento testicular que la impide porque daña o destruye el epitelio seminífero se eleva la secreción de la hormona estimulante del folículo, como en éstas circunstancias no se modifica ninguna secreción hormonal en la gónada, el mecanismo de la -- respuesta hiposiciaria no se conoce todavía.

TESTOSTERONA:

Es un esteroide que una vez vertida a la sangre es transportada hasta sus sitios de acción unida a proteínas -- plasmáticas. La testosterona determina la aparición y persistencia de los caracteres sexuales masculinos primarios y secundarios. Los primarios son el pene, testículos, vesícula seminal y prostata. Los secundarios forman el conjunto de morfismo sexual y esto permiten diferenciar el sexo sin necesidad de recurrir al examen de los caracteres genitales primarios. Los caracteres sexuales secundarios son diversos entre los más importantes se encuentran los referentes al pelo la pubertad masculina hace que aparesca el bigote, el vello corporal generalizado, el vello pubiano. La testosterona es una hormona anabólica y anticatabólica, ejerce notable estímulo sobre la síntesis -- de las polímeras del ácido ribonucleico lo que se traduce por una mayor formación de ADN ribosomal. Los efectos anabólicos de las hormonas andrógenas son muy aparentes en las estructuras sexuales cuyo crecimiento se desarrolla así, ejercen en--

todos los tejidos organicos en desarrollo tendinoso así como -
aceleración del crecimiento que se observa al aparecer la pu-
bertad se prolonga durante algún tiempo.

b) MODIFICACIONES HORMONALES DURANTE EL EMBARAZO.

La progesterona es la hormona del embarazo. La pala-
bra progesterona significa favorecedora de la gestación. No ac-
túa sobre los caracteres sexuales excepto sobre el desarrollo-
de las glándulas mamarias al estimular la proliferación alveo-
lar, después que fueron sensibilizadas, puede expresarse así -
por los estrógenos y se manifestó efecto de estos sobre los-
adultos.

Los más importante cambios ejercidos por la progeste-
rona consisten en la transformación del endometrio, proliferan
do en la secreción, las células deciduales con alto contenido-
de glucógeno.

La falta de progesterona puede ser causa de abortos-
de repetición. En el miometrio, origina retención de líquido -
y edema, aumenta el flujo sanguíneo y el almacenamiento de las
fibras musculares disminuye sus concentraciones y se pone al -
efecto estimulante de los estrógenos sobre dicha concentración

RELAXINA

Es la hormona extraída del cuerpo lúteo y de la san-
gre de las mujeres embarazadas. Es la substancia soluble en --

agua que permite la separación de las uniones ileosacras y de las sínfisis pubiana, por relación de las articulaciones respectivas y aflojamiento de sus ligamentos. Estos efectos manifiestos durante el parto, originaban agrandamiento pélvico y hacen más fácil la expulsión del producto. La progesterona posee actividad semejante, pero de menor magnitud. La relaxina actúa conjuntamente con ella; su efecto parece ser favorecido por los estrógenos.

La placenta es el sitio de notable actividad secretora endócrina que se inicia desde el momento de la fecundación y se prolonga durante toda la duración del embarazo.

En el momento de la implantación ovular en el útero se inicia la formación de la placenta a partir de la cubierta coriónica del huevo. El tejido coriónico o epitelio coriónico, llamado también trofoblasto debido a las funciones nutritivas, formará la placenta y dará al embrión o feto los materiales nutritivos y recogerá al mismo tiempo las sustancias de excreción que deben ser eliminadas por medio del corión umbilical dotado de circulación arterial y venosa.

A partir de la primera semana después de la fecundación se puede demostrar existencia en el plasma y de la orina de la mujer embarazada la gonadotropina coriónica. Esta gonadotropina es capaz de atravesar la barrera renal y pasar a la orina.

En el embarazo la gonadotropina puede aumentar entre las semanas 12 y 13, de aquí va a empezar a disminuir lentamente en el momento en que la placenta es expulsada hasta dejar - el elaborarse.

La principal función es luteinizante, favorece el desarrollo y la actividad secretora del cuerpo amarillo durante las semanas de gestación, estimulando así la secreción de estrógeno y sobretodo de progesterona por el propio ovario hasta el momento mismo que la placenta principia a secretar por su cuenta estas hormonas. En la mujer su determinación se utiliza para el diagnóstico biológico de la gestación.

c) MODIFICACIONES HORMONALES EN LA MENOPAUSIA:

La menopausia de los 40 a los 50 años de edad, la sensible disminución de las funciones ováricas que las caracteriza explica las modificaciones hormonales que se producen y que es un descenso de la secreción ovárica de estrógeno y de progesterona y como consecuencia de la elevación notable en la producción de gonadotropina hipofisiaria; probablemente la modificación inicial sea el abatimiento en la secreción de progesterona. Por lo general y antes de la menopausia se establecen las últimas - menstruaciones anovulatorias. La secreción de estrógeno aún de andrógenos por la corteza suprarrenal como fenómeno compensador sin embargo parece demostrar que los estrógenos se producen des

pués de la menopausia proceden de la amortización de la androgtenediona circulante secretada por la corteza suprarrenal, o sea, que los estrógenos no se forman en el ovario si directamente en la corteza de las glándulas suprarrenales.

La escases de flujo menstrual y el alargamiento de la involución ovárica y de la disminución su actividad secretora. En buen número de mujeres la menopausia se instala sin que experimente las molestias que entre otras son mínimas.

Las molestias de la menopausia suelen ser mínimas por lo general bochornos, inestabilidad nerviosa, en otras puede ser variada e intensa, puede generar un estado patológico llamado síndrome menopáusico, que consite en bochornos, sudación excesiva, temblor digital, taquicardia, inestabilidad emocional, angustia irritabilidad y aún cuadros psicóticos diversos y de distinta magnitud.

Es falta de estrógenos explica suficientemente la atrofia de genitales externos e internos en la menopausia, y la desminución de la libido aunque ésta puede aumentar en ocasiones, tal vez por la elevación de secreción de andrógenos de procedencia suprarrenal. Es relativamente común la aparición de atralgias y de artritis.

La osteoporosis postmenopáusica es una complicación muy importante que afecta a todo el esqueleto y particularmente a la columna vertebral. Se manifiesta por dolores y por los cam

bios oseos visibles a los rayos "X". Es frecuente la destrucción y la deformación.

CAPITULO SEGUNDO

HISTOPATOLOGIA

1.- HUESO ALVEOLAR, CEMENTO RADICULAR, LIGAMENTO PERIODONTAL Y - ENCIA.

El estudio de los tejidos del peridonto, ofrece una vi sión más amplia en la patología de la enfermedad gigi val y perio dontal.

En el capítulo primero dijimos que la enfermedad gingi val y perio dontal afecta a los tejidos del periodonto. En éste - capítulo hablaremos de esos tejidos que son invadidos por dichas enfermedades que ocasionan la pérdida de dientes en los adultos.

El periodonto es un tejido que sirve de protección y - sostén al diente, el cual está compuesto de dos tejidos que le - dan soporte y son; el hueso alveolar y el cemento radicular, sir viendo de sostén asimismo a las fibras del ligamento periodontal. El hueso alveolar y el cemento radicular son dos tejidos minera- lizados.

El ligamento periodontal y la encía son otros dos teji- dos que le dan soporte a el diente y que a diferencia del hueso - alveolar y el cemento radicular; el ligamento periodontal y la - encía son tejidos blandos.

HUESO ALVEOLAR;

El hueso alveolar también se llama lámina dura, y se en

cuentra integrando la mandíbula y el maxilar. El hueso alveolar cubre las raíces de los dientes extendiéndose a lo largo de ellas para soportarlas. La capa externa cortical del hueso alveolar se continúa con el resto del hueso (máxilar y mandíbula) y con el borde del alveolo. La capa que forma el alveolo y las crestas alveolares del septum se le denomina lámina o capa cribiforme.

Una de las cualidades del hueso es que se puede moldear, y que siendo un tejido inmaduro es altamente vascularizado.

Desde el punto de vista anatómico podemos dividir al hueso alveolar en dos áreas separadas pero que funcionan como unidad, ambas intervienen en el sostén del propio hueso.

El proceso alveolar está compuesto dentro de la pared del alveolo por hueso delgado y compacto, a lo cual se le conoce como lámina cribiforme. El hueso que sostiene es hueso esponjoso, son trabéculas reticulares, mientras que las tablas vestibulares y las palatinas es hueso compacto.

El tabique interdentario es un hueso de sostén encerrado en un borde compacto.

Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento periodontal hacia la parte interna del alveolo son soportadas por el trabeculado óseo esponjoso, que a su vez es sostenido por las trabéculas corticales vestibular y lingual.

Anteriormente decíamos que el hueso alveolar estaba altamente vascularizado, esa vascularización proviene de vasos y

nervios cribiformes, que se llaman así porque pasan através del hueso alveolar y sus numerosas perforaciones. También hablamos de que es fácil su moldeado, y en condiciones normales el grado de erupción y la inclinación de los dientes son factores que intervienen en la cresta dándole forma. El margen de la cresta generalmente es redondeada, en algunas ocasiones el borde puede ser muy fino sobretodo en la zona vestibular del canino.

La altura y espesor de las tablas oseas vestibulares y linguales dependen de la angulación de la raíz.

ELEMENTOS CELULARES DEL HUESO:

El hueso alveolar se compone de elementos celulares tales como; Osteoclastos, que son células que tienen un núcleo bastante grande claro y activo con prolongaciones. Los osteoclastos se encargan de la síntesis de la matriz orgánica (formada en su mayoría por colágena y glucoproteínas), secretan la substancia intercelular y de sus prolongaciones.

Mientras se secreta la substancia intercelular, las prolongaciones citoplasmáticas sirven de moldes para los canalículos que permiten la comunicación de los osteoclastos con las superficies de los huesos. Cuando los osteoclastos quedan totalmente redondeadas por substancias intercelulares se llaman osteocitos. Osteocitos; son células alargadas con forma parecida a una almendra un poco aplanada y muchas prolongaciones citoplasmáticas dentro, los canalículos se encuentran rodeados de matriz; y-

a este sitio se le denomina laguna, o lagunas.

La substancia interorgánica que rodea a los osteocitos se impregna de sales de calcio para adquirir consistencia petrea. Los conductillos aseguran el transporte entre la superficie y dichas células, de éste modo los osteocitos se nutren de oxígeno. Osteoide; es la substancia adyacente a los osteoclastos activos- que no están completamente calcificados. Osteoclastos; son células gigantes móviles y globulares encargadas de destruir el tejido óseo.

El hueso alveolar es muy importante y si se perdiera, - su recuperación, es difícil, porque los osteocitos han perdido - su capacidad de recuperación, sobretodo si ésa pérdida es debido a algún traumatismo o a alguna enfermedad.

El hueso puede crecer, sólo por un mecanismo de aposición, es decir, que requiere que se añada hueso nuevo a algunas superficies, éste nuevo hueso debe contener células osteógenas- (células con capacidad reproductora).

Los osteocitos encerrados dentro de los espacios denominados lagunas, componen la matriz calcificada del hueso alveolar. Estos osteocitos se extienden desde las lagunas, dentro de pequeños canales, éstos canaliculos se anastomosan dentro de la matriz intercelular del hueso y de ella toman el oxígeno y los - alimentos; los osteocitos de igual forma eliminan los productos- de desecho.

COMPOSICION DEL HUESO ALVEOLAR:

En la composición del hueso alveolar entran principalmente el calcio, y el fosfato, junto con hidróxidos de carbonatos y pequeñas cantidades de iones como Na, Mg, F. Las sales minerales se depositan en cristales de hidroxiapatita de tamaño ultramicroscópico. El espacio intercrystalino está lleno de matriz -- orgánica con predominancia de colágeno, más agua, sólidos no incluidos en la estructura cristalina y pequeñas cantidades de mucopolisacáridos, principalmente condroitín sulfato.

Dentro de las trabéculas de la matriz se suspenden en láminas separadas una de otra por líneas de cemento. A veces hay sistemas haversianos regulares dentro de las trabéculas del hueso esponjoso. El hueso compacto consta de láminas que se hallan muy juntas.

CEMENTO RADICULAR:

El cemento radicular, es un tejido conectivo que cubre a la dentina de la superficie radicular; éste tejido conectivo es especializado en el soporte, similar al hueso en su constitución, sólo que a diferencia de éste, el cemento radicular no presenta elementos vasculares sanguíneos.

El cemento radicular es una matriz homogénea comparable al hueso depositado por cementoblastos, con actividad durante toda la vida, que solamente por enfermedad puede reabsorberse.

Esto mismo puede suceder con el hueso alveolar, que --

por acción de los osteoclastos experimenta una constante aposición, para que las nuevas fibras periodontales queden incluidas en su seno.

Su color es amarillo y se clasifica en: Cemento Acelular Primario y en Cemento Celular o Secundario.

CEMENTO ACELULAR PRIMARIO:

Lo localizamos del tercio cervical a el tercio medio, desempeña un papel muy importante en el sostén del diente, puesto que las fibras de sharpey ocupa la mayor parte de la estructura del cemento radicular del tipo acelular, las fibras se insertan en la profundidad del cemento. Contienen otras fibras calcificadas paralelas a la superficie.

CEMENTO CELULAR O SECUNDARIO:

Se localiza del tercio medio al tercio apical, en esta parte hay una mayor cantidad de células formadoras de cemento (cementoblastos) cuando hay actividad celular muy acelerada se puede producir un cementoma, que es un tumor benigno de origen dentario.

Dentro de las características radiográficas el cemento no se distingue, a menos que presente hipercementosis o anquilosis, que se produce por la estimulación física de la masticación.

Existe Cemento Intermedio, a la que muchos autores definen como unión amelocementaria.

UNION AMELOCEMENTARIA:

Tienen gran importancia en los procedimientos de raspaje radicular. Esta unión amelocementaria se caracteriza por tener tres tipos de unión cemento-esmalte.

El cemento que cubre el esmalte existe en un 30% donde la unión es de borde a borde y en un 5% el cemento esmalte no se pone en contacto; en el último caso la recesión gingival puede ir acompañada de una sensibilidad acentuada, porque la dentina queda expuesta.

El otro 60% a 65% el cemento cubre el esmalte. La unión amelocementaria contiene mucopolisacáridos y colágenos afibrilar, el contraste con el cemento de la raíz que es rico en fibras colágenas. Se emitió una hipótesis, pudiera ser que este material es depositado sobre el esmalte por el tejido conectivo, después de la degeneración y contracción del epitelio reducido del esmalte.

Los dos tipos de cementos, el acelular y el celular están compuestos de la matriz interfibrilar calcificada y fibrillas de colágena.

El tipo celular contiene cementocitos en espacios aislados (lagunas) se comunican entre sí mediante un sistema de canales anastomosados.

Hay dos tipos de fibras colágenas, una formada por fibroblastos y otra formada probablemente por cementoblastos. El -

contenido del cemento es; hidroxiapatita, la matriz del cemento, que contiene un complejo de proteínas y carbohidratos con sus -- componentes protéicos que incluye tirosina, mucopolisacáridos, -- nutrientes, y ácidos, la matriz y el citoplasma de algunos ce-- mentoblastos.

RESORCION Y REPARACION DEL CEMENTO:

El cemento de dientes erupcionados como de los no erupcionados, se halla sujeto a resorción. Los cambios que ello produce son en proporciones microscópicas a lo suficientemente ex-- tensos como para representar una alteración detectable radiográ-- ficamente en el contorno radicular.

La resorción cementaria es más común y puede tener su origen en causas locales o generales o pueden no tener etiología evidente.

Microscópicamente la resorción cementaria se manifiesta como cavidades en forma de bahía en la superficie radicular. Es común encontrar células gigantes multinucleadas y macrófagos mononucleares grandes junto al cemento de resorción activa.

Varias áreas de resorción pueden unirse y formar una -- zona grande de destrucción. El proceso no es necesario que sea -- contínuo nuevo.

La reparación de cemento demanda la presencia del teji-- do en dientes desvitalizados como en dientes no vitales.

LIGAMENTO PERIODONTAL:

También se le llama perirradicular; es la estructura del tejido conectivo que rodea a la raíz del diente y une al hueso.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS: El ligamento periodontal, está formado principalmente por fibras colágenas, las cuales se encuentran dispuestas en haces o grupos, siguiendo un trayecto sinuoso (ondulado), también tiene fibras elásticas (Obsilares).

Cuando existen alteraciones en el metabolismo proteico o deficiencia del ácido ascórbico ("vitamina C") se ocasiona la atrofia del ligamento, dando lugar a la movilidad dentaria.

El ligamento periodontal también contiene ciertas substancias fundamentales que le permiten soportar presiones constituyendo un cojinete que ayuda a mantener la distancia interdental.

Por debajo de la adherencia epitelial hay casi invariablemente, una pequeña cantidad de linfocitos, y algunas fibras conectivas del ligamento periodontal.

El ligamento periodontal se compone de fibras colágenas, fibroblastos, substancias fundamentalmente amorfas y tejidos intersticiales, cementoblastos, osteoclastos, osteoblastos, restos epiteliales de Mallassez, que son remanentes de la vaina radicular epitelial de Hertwig, vasos sanguíneos de paredes delgadas, vasos linfáticos y nervios sensoriales táctiles.

"Fuller, describió fibras de tejido conectivo recién - organizadas en el ligamento periodontal humano, denominadas fibras oxitalánicas, porque son acidoresistentes en contraste con fibras colágenas se relacionan con fibras elásticas y generan mu copolisacáridos, entre los haces colágenos".

Las fibras oxitalánicas se asocian con el grupo gingival de fibras del ligamento periodontal, como en los grupos tran ceptales y alveolares.

Las fibras oxitalánicas se encuentran con frecuencia in mediatamente por debajo de la adherencia epitelial, sea cual sea su posición sobre el diente. Cuando hay enfermedad gingival las fibras oxitalánicas resisten un poco más que las demás fibras. Ellas no pueden detener la enfermedad y finalmente también desaparecen. Su función no está muy clara pero se desarrollan en el nuevo tejido de reparación del periodonto.

El ancho del ligamento periodontal de dientes en función es mayor que el de los dientes no brotados, obviamente no están en función. Así mismo observaremos más denso, con más trabéculas y láminas cribiformes más gruesas al hueso alveolar y al cemento radicular también es más grueso a causa de su mayor función.

Dependiendo de la función, encontraremos la extensión del diente ligamento. Las fibras del ligamento periodontal son eliminadas y reemplazadas constantemente como sucede con todas las fibras conectivas de todo el organismo. El ritmo de este pro

ceso es desconocido, pero probablemente de encuentre relacionado con las fuerzas apicales del ligamento periontal.

FUNCION DEL LIGAMENTO PERIODONTAL:

El ligamento periodontal sostiene al diente en su posición por la peculiar articulación (gnofosis) formada por fuertes fibras conectivas. La disposición funcional de las fibras del ligamento es tal que las fuerzas fisiológicas de cualquier dirección se transformará en tensión sobre los grupos de fibras y no en compresión sobre las mismas o el hueso.

Durante toda la vida existen funciones vitales activas de reemplazo celular y aposición de tejido. Si por cualquier factor se interfiere esa función podría comenzar la enfermedad de tejidos periodontales.

FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL:

Las fibras colágenas del ligamento periodontal se encuentran fijadas en el cemento dental e insertadas en tejidos circundantes. Existen grupos tales como:

GRUPO DE FIBRAS TRANCEPTALES: Estas fibras se llaman así porque se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino.

Después de la enfermedad gingival se reconstruyen, incluso cuando hubiese destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

GRUPO DE FIBRAS CRESTOALVEOLARES: Oblicuamente se extienden desde el cemento inmediatamente debajo de la adherencia epitelial hasta la cresta alveolar. Su función es equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales ayudando a mantener el diente dentro de su alveolo y a resistir los movimientos de lateralidad del diente. Estas fibras se dividen en:

- a) Fibras de la Cresta Alveolar; cerca de la cresta.
- b) Fibras horizontales; en la porción coronaria al diente.
- c) Fibras oblicuas; que se extienden desde el cemento coronario hacia el hueso alveolar y constituyen el grupo mayor.
- d) Fibras Apicales; Se componen de fibras en la zona apical.
- e) Fibras Interradiculares; van desde el cemento interradicular a la cresta del hueso interradicular.

Irving Glikman toma como un grupo a las fibras horizontales que se extienden en ángulo recto respectivo al eje mayor del diente desde el cemento hacia el hueso alveolar. Su función es similar a las del grupo de la cresta alveolar.

El grupo de fibras oblicuas es el más grande del ligamento periodontal extendiéndose en el cemento en dirección coronaria, en sentido oblicuo respecto al hueso, soportan el grueso de las fuerzas de la masticación y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

Las fibras apicales se irradian desde el cemento hacia el hueso en el fondo del alveolo, no lo hay en raíces incompletas.

Existen otros tipos de fibras entre las fibras principales que son relativamente pocas y las fibras acidoresistentes que son las oxitalánicas, se insertan en el cemento del tercio cerca de la raíz. No se comprende su función.

Al conjunto de fibras colágenas que están incluidas en un extremo en el hueso del alveolo y por el extremo contrario en el cemento que cubre la raíz, (en ambos extremos las porciones de las fibras quedan incluidas en los tejidos duros, se les denomina fibras de Sharpey.

Las fibras no crecen dentro del hueso o cemento, sino que se desarrollan dentro de ellos, formando un plexo interdentario, sólo se encuentra en personas jóvenes, porque desaparecen conforme avanza la edad.

FUNCION DE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL: Las fibras horizontales mantienen al diente dentro del alveolo y evitan el movimiento de lateralidad del diente. La función de las fibras crestalveolares es soportar las fuerzas de lateralidad del diente.

Las fibras oblicuas por ser las más abundantes son las más importantes ya que soportan las fuerzas de la masticación y transforman las mismas en tensiones sobre el hueso alveolar.

La función de las fibras apicales, es no permitir la exfoliación del diente.

ELEMENTOS CELULARES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL: Contiene fibroblastos, osteoclastos, células endoteliales, y macrófagos, cordones de células llamadas células epiteliales de reposo, o restos epiteliales de Mallasez, que por estimulación pueden llegar a formar quistes laterales.

Los restos epiteliales forman un enrejado en el periodonto y parecen ya como un grupo aislado de células, con cordones entrelazados, según sea el plano del corte histológico.

VASCULARIZACION: La irrigación sanguínea del periodonto proviene de arteriolas alveolares superiores e inferiores y llega a el ligamento periodontal desde tres orígenes, vasos apicales, vasos que penetran desde el hueso alveolar y vasos anastomosados de la encía.

Los vasos apicales entran en el ligamento periodontal, se conectan con un plexo reticular que recibe su aporte principal de arterias perforante alveolares y de vasos pequeños que entran por canales del hueso alveolar. La vascularización de éste origen aumenta en incisivos y maxilares. La inervación del ligamento periodontal está dado por las fibras propioceptivas capaces de producir sensaciones táctiles de presión y dolor por las vías trigéminas.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL: Sus funciones son: Formativa Nutritiva, Sensorial, Física.

La función formativa es debido a que posee células formadoras como los fibroblastos, osteoblastos, osteoclastos y células epiteliales o restos de Mallassez.

La función nutritiva se debe a su irrigación.

La función sensorial, está dada por la inervación del trigémino. La función física, es porque da soporte a las fuerzas de la masticación sin lesionar ningún tejido.

ENCIA:

La encía es un tejido que cubre el proceso alveolar, - por su parte palatina y por su parte bucal.

Este tejido es tejido conectivo blando, denso y firmemente adherido al hueso. De la encía podemos hacer varias divisiones:

DIVISION TOPOGRAFICA DE LA ENCIA:

a) Encía marginal o libre b) Encía adherida o incerta-
da c) Mucosa alveolar.

DIVISION CLINICA DE LA ENCIA:

a) Encía marginal o libre b) Encía adherida o incerta-
ta c) Encía interdientaria o papilar.

ENCIA MARGINAL O LIBRE.

Cuando hablamos de la encía, nos referimos ya sea a la encía libre o insertada, a una encía que se encuentra estrechamente unida alrededor de la superficie dentaria ocupando los espacios interproximales.

La encía libre es la que termina en un borde delimitado y delgado que como decíamos anteriormente se halla adherida a la superficie dental, pero que con un chorro de aire de una jeringa puede ser separada y regresar inmediatamente a su lugar.

El color de la encía puede ser en condiciones normales de un color rosa pálido, en adultos es punteada de vestíbulo y piso de boca.

La encía marginal o libre rodea a los dientes en forma de collar y puede ser medida por medio de una sonda milimetrada, que es un instrumento con un mango parecido al del espejo.

La encía marginal o libre da lugar en la parte inferior a la formación de la pared blanda del surco gingival, se encuentra unida a el diente en la base del surco por la adherencia epitelial.

ENCIA INSERTADA: Es la continuación de la encía marginal, es firme y resilente, se encuentra estrechamente unida al cemento y al hueso alveolar subyacente, la encía insertada se encuentra separada de la mucosa alveolar por una línea denominada

da línea mucogingival. El ancho de la encía incertada varía en -
ambas zonas y va de 9 mm. en diente anteriores hasta llegar a 1-
mm en dientes posteriores.

ENCIA INTERDENTARIA O PAPILAR; Ocupa el nicho gingival,
que es el interproximal, situado debajo del área de contacto den-
tario, se adapta a la forma de la encía, consta de dos papilas,-
una vestibular y otra lingual, para formar el "col". El col es -
una depresión parecida a una malla que consta de dos papilas que
se adaptan a la forma del área de contacto interproximal.

Las papilas gingivales o encía incertada son de espe--
cial importancia, ya que son los primeros y más importantes, por
exactos, indicadores de enfermedad periodontal.

ENCIA ALVEOLAR; Forma el vestibulo, se continúa con la
mucosa interna de labios y carrillos. Esta encía podemos dividir
la por zonas. Mucosa Masticatoria; Es la que reviste el paladar
duro y la Mucosa Especializada; Es la mucosa que cubre el dorso-
de la lengua y el resto de la mucosa cubre los carrillos.

ADHERENCIA EPITELIAL; La adherencia epitelial, también
la podemos denominar inserción epitelial o banda epitelial nor--
malmente de unos 0.2 mm en sentido vertical que envuelve el cue-
llo del diente brotado del adulto.

Este epitelio se continúa con el que se tapiza el sur-
co gingival (epitelio crebicular o epitelio del surco).

Como toda superficie epitelial del organismo va siendo continuamente reemplazado durante la vida por multiplicación de células basales para compensar la descamación de las células de la superficie.

Hay epitelio allí donde el diente se extruye hacia la cavidad bucal y que normalmente cubre tejido conectivo subyacente y está en estrecha adaptación con el diente.

En ésta zona el epitelio está unido firme y resistentemente a la invasión de los irritantes y bacterias hacia el tejido conectivo subyacente. Es un elemento continuo y vital protector en forma de collar del diente.

La adherencia epitelial es el medio de unión del epitelio al diente. Es una banda de epitelio escamoso estratificado, en esa unión encontramos puentes de hidrógeno, fuerzas de Vonder Valls, mucopolisacáridos y hemidesmosomas.

La adherencia epitelial se une al esmalte del diente por una lámina basal. Esta lámina basal tiene de 300 a 400 A° de espesor, se compone de una lámina densa y una lúcida, los hemidesmosomas de las células epiteliales basales se une en una lámina lúcida y se extienden dentro de ella.

SURCO GINGIVAL: Entre la encía libre y el diente hay un espacio, es una depresión en forma de V, y solo permite la entrada de una sonda milimetrada en estado de buena salud; es el surco gingival.

El surco gingival tiene una profundidad que varía de 1.5 a 2.5 mm. El epitelio del surco es sumamente importante debido a que actúa como membrana semipermeable a través de la cual pasan hacia la encía los productos bacterianos y los líquidos tisulares de la encía se filtran en el surco.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENCIA:

Dentro de las características clínicas de la encía, -- encontramos color, consistencia, textura y forma, así como ausencia de sangrado.

a) Generalmente el color de la encía se determina como un color rosa coral, pero en realidad el color depende de; El -- grado de pigmentación (melanina), del grado de queratina, el epitelio en su capa externa tiene células de queratina que le dan -- protección. De el grado de vascularización, la mucosa alveolar -- está más vascularizada por lo que su color será más intenso. Y -- del grosor del epitelio.

b) La consistencia, es firme resistente, lo que va a permitir soportar las fuerzas de la masticación.

c) Forma de la encía: En dientes anteriores las papilas tienen forma de filo de cuchillo o triangular con base hacia apical y vértice hacia incisal. En dientes posteriores tienen -- forma trapezoidal con dos picos (vestibular y lingual).

.d) Textura; el aspecto es de cáscara de naranja, debi-

do al puntilleo, que se debe a la nutrición por difusión de la encía.

e) Ausencia de sangrado; Esta ausencia significa que la encía está sana.

f) Tamaño y contorno; El tamaño de la encía corresponde a la suma de volúmenes de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es la característica común de la enfermedad gingival.

El contorno o la forma de las encías varía considerablemente, y depende de la forma de los dientes y su alineación en el arco, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones gingivales.

COL.

En un adulto joven sano el col tiene forma aproximadamente piramidal entre diente y diente, casi hasta el área de contacto. Inmediatamente por debajo del área de contacto, en los tejidos interdentario, existe una pequeña depresión o concavidad a la que se llama col.

El col está entre las papilas vestibulares y linguales cubierta por una estructura vestigial de restos epiteliales de órganos de esmalte de los dientes vecinos.

En condiciones normales el epitelio se reemplaza en forma gradual por epitelio escamoso estratificado. "Fish" opina que el col clínicamente sano cubierto de epitelio del esmalte se

encuentra solo en adolescentes o adultos jóvenes. Si a esta edad temprana el col se inflama se produce una bolsa infraosea, que se forma en ésta zona bulmerable del periodonto.

CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE LA ENCIA MARGINAL O LIBRE:

Anteriormente ya vimos que la encía está constituida -- por un núcleo central de tejido conectivo cubierto de epitelio - escamoso estratificado; este epitelio externo está formado por - estratos o capas: Queratinizado, Espinoso, Basal, constituyendo así la capa externa.

El epitelio basal espinoso forman la llamada zona germi nativa porque allí se produce la mitosis.

EPITELIO INTERNO CREBICULAR O EPITELIO DEL SURCO: Es es camoso estratificado delgado no tiene la misma resistencia que - el epitelio externo, solo consta de dos extractos el basal y el - espinoso y es muy delicada y por estas características de la pro piedad de ser semipermeable.

LIQUIDO GINGIVAL O FLUIDO CREBICULAR: Proviene de teji- do conectivo gingival. Este líquido lo encontramos dentro del sur- co gingival.

La cantidad de líquido depende de la salud del parodon- to, cuando está sana es menor y cuando se presenta alguna patolo gía, aumenta. Este líquido se haya constituido por un suero simi lar al suero snaguineo, sus componentes son: Na, K, Ca, y protef nas plasmáticas, gamaglobulinas G, A, M y albúmina.

La función del líquido es limpiar el surco frecuentemente para evitar la formación de placa dental, debido a que como el tejido del surco es semipermeable, permite pasar la enzimas, producto de las bacterias.

Da mayor adherencia a la adherencia epitelial, porque - las proteínas plasmáticas tienen propiedades adhesivas, éstas mismas proteínas le dan propiedad antimicrobiana.

UNION DENTOGINGIVAL: La unión dentogingival está dada - por la adherencia epitelial y por las fibras gingivales.

FIBRAS GINGIVALES:

En la encía existen grandes cantidades de colágeno, que se manifiesta en el tejido conectivo en un sistema importante de haces de fibras denominadas fibras fibrogingivales cada una con sus funciones específicas, manteniendo la encía firmemente adosada contra el diente, proporcionando la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación, sin sufrir alteraciones o ser separada de la superficie dentaria y unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía incertada adyacente: - Las fibras se disponen en tres grupos; Gingivodentales, Circulares y Tranceptales.

FIBRAS GINGIVODENTALES:

Las fibras Gingivodentales se localizan en la superficie vestibular, lingual e interproximal incluídas en el cemento -

inmediatamente por debajo del epitelio en la base del surco gingival.

En las superficies vestibular y lingual, las fibras gingivodentales y la superficie externa de la encía marginal terminando cerca del epitelio.

También se extienden sobre la cara externa del perióstio, en la zona interproximal, las fibras gingivodentales se extienden hacia la cresta de la encía interdientaria.

FIBRAS DENTOPERIOSTALES: Van desde el perióstio del hueso alveolar al diente.

FIBRAS CIRCULARES: Estas fibras se extienden a través del tejido conectivo de la encía marginal interdientaria rodeando al diente en forma de anillo.

FIBRAS TRANCEPTALES: Se sitúan interproximalmente en forma horizontal desde el cemento del diente vecino, en los cuales se hallan incluidas. Están en el área entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdentario, y a veces se les clasifica con las fibras principales del ligamento periodontal.

VASCULARIZACION DE LA ENCIA:

La vascularización de la encía está suministrada por arteriolas suprapariostáticas a lo largo de la superficie vestibular y lingual del hueso alveolar, de aquí se extienden capilares hacia el epitelio del surco, entre los brotes epiteliales de la-

superficie gingival externa. Algunas pasan a través del hueso alveolar hacia el ligamento periodontal.

También se haya irrigado por vasos del ligamento periodontal que se extienden hacia la encía y se anastomosan en los capilares de la base del surco. Las arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdentario se extienden paralelamente a la cresta osea para anastomosarse con vasos del ligamento periodontal.

INERVACION DE LA ENCIA:

La inervación de la encía se deriva de las fibras que nacen en los nervios del ligamento periodontal y de otros nervios como el labial bucal y palatino.

2.- ENFERMEDAD GINGIVAL

GINGIVITIS:

Podemos definir a la gingivitis como a la inflamación de las encías, es la forma más común de enfermedad gingival. Por ésta causa existen ciertas tendencias a denominar todas las formas de enfermedad gingival con el nombre de gingivitis.

En la encía suceden procesos patológicos que no se manifiestan con una inflamación, como la atrofia, hiperplasia y neoplasia, en los cuales los agentes etiológicos no son los irritantes locales. Por lo tanto la inflamación debe distinguirse de otros procesos patológicos que pudieran haberse en la enferme--

dad gingival.

La gingivitis es la inflamación que se puede presentar durante la erupción dental (4 a 5 años) también es común que la encontremos debajo de restauraciones incorrectas, en tratamientos ortodonticos y sobre todo en pacientes con higiene dental deficiente, la cual da como resultado una gran acumulación de placa dental, que es el factor etiológico principal de la enfermedad.

En una gingivitis existen cambios, en la encía desde cambios en el color, tornandose enrojecida, hasta el aumento de volumen.

La encía marginal pierde su forma, textura y consistencia, existiendo sangrado, el cual puede ser provocado o espontaneo. Esta enfermedad es indolora.

Existe gingivitis aguda, subaguda y crónica, con agrandamiento ó resección gingival evidente o sin ello. La intensidad de la gingivitis depende de la magnitud, duración y frecuencia de irritaciones locales y resistencia de tejidos bucales.

La gingivitis aguda es más rara que la gingivitis crónica y muy común en pacientes dentados mayores es casi universal.

EVOLUCION Y DURACION DE LA GINGIVITIS: La gingivitis aguda es dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.

La gingivitis subaguda es una afección menos grave que la gingivitis aguda.

La gingivitis recurrente es enfermedad que reaparece - después de haber sido totalmente eliminada mediante tratamiento. Pudo haber desaparecido espontáneamente y de la misma forma volver a aparecer.

La gingivitis Crónica se instala con lentitud, es de - larga duración, es indolora, salvo que se complique con exacerbación aguda o subaguda. Los pacientes pocas veces recuerdan haber sentido síntomas.

GINGIVITIS MARGINAL GENERALIZADA:

Está afectada toda la encía marginal de los dientes y - en ocasiones también afecta a las papilas interdientarias.

GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA:

Toda la encía se haya afectada comunmente la mucosa bu - cal de modo que el límite entre ella y la encía incertada queda anulado. Los estados generales están comprendidos en la etiolo - gía de la gingivitis generalizada, excepto en cuyos orígenes -- sea la afección aguda o irritación química generalizada.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS CRONICA:

La gingivitis crónica se presenta con las primeras ma - nifestaciones clínicas como: alteraciones en color de la encía - marginal o libre, y va de un tono rosado pálido a uno más inten - so que progresa hacia el rojo, o el rojo azulado, a medida que-

la hiperemia avanza el infiltrado inflamatorio se intensifica.

La salida de sangre del surco gingival después de una irritación aún cuando ésta sea leve como el cepillado, es rasgo temprano de gingivitis.

El edema es acompañante invariable de la respuesta inflamatoria, aquí hay pérdida del puntilleo normal característico. El aumento de la encía favorece la acumulación irritantes - gingivales, es estableciendo un ciclo continuo. Cuando la hiperemia y la hinchazón se confinan a una zona específica de la encía, ésta se adopta a veces, la forma de una "media luna".

En la gingivitis crónica avanzada puede haber supuración de la encía manifestada por la capacidad de expulsar pus - del surco gingival por presión.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

• La encía presentará infiltración de tejido conectivo con cantidades variables de linfocitos y monocitos plasmáticos. El epitelio suele ser queratinizado e irregular. Esta infiltrado por células inflamatorias, y con frecuencia es ulcerado. Hay congestión de los capilares y su cantidad aumenta. El edema se hace notable.

En el ligamento periodontal encontramos un acúmulo de leucocitos asociados a la inflamación crónica.

Dewar y Turesky estudiaron el glucógeno que hay en el

epitelio y notaron que aumenta con la inflamación en las capas granular y espinosa.

CAMBIOS DE COLOR DE LA ENCÍA EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL:

Los cambios son signos clínicos muy importantes en la enfermedad gingival. Comienza con un rubor muy leve poco a poco pasa por una gama de tonos azul rojizo y azul oscuro.

Estos cambios se suceden en las papilas interdentarias y se extienden hacia la encía insertada. Y se deben a que el aumento de vascularización hace presión sobre el exudado y la degeneración del epitelio, hace visible los cambios de coloración en el tejido. Cuando hay fibrosis el color vuelve a la normalidad.

Los cambios de color de una gingivitis crónica a una gingivitis aguda varía. Según la clase de lesión el cambio de color; puede ir desde un cambio en la encía marginal difusa o manchas, o bien un color rojo brillante que más tarde se torna blanquesino opaco, el gris pizarra siempre denota necrosis.

Alteraciones comparables se observan en otros sectores de la membrana, mucosa sujeta a irritaciones. Las encías de pacientes con discracias sanguíneas presentan cambios de color. En la anemia es de color azul purpúrico cianótico oscuro, el gris-amarillento puede ser característica de Xantomatosis. Las deficiencias en componentes de complejo B originan una coloración rojo azulada difusa o rojo intenso, en la encía y en el resto de la mucosa oral. El tono violáceo en la ¹¹ ₂ abetes y el rojo fran--

brueza o azulado en el embarazo.

HISTOPATOLOGIA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL:

Microscópicamente se ve una inflamación crónica con -- edema abundante y alteraciones degenerativas concomitantes.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL:

Existen enfermedades gingivales crónicas y agudas, de las cuales se anota la siguiente clasificación:

- 1.- GINGIVITIS ULCERONECRITIZANTE AGUDA.
- 2.- GINGIVITIS VIRAL HERPETICA.
- 3.- GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICA.
- 4.- GINGIVITIS GONOCOCCICA.
- 5.- ABSCESO PERIODONTAL.
- 6.- ABSCESO GINGIVAL.
- 7.- PERIODONTITIS.

GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA:

También es conocida esta enfermedad con diferentes nombres como por ejemplo; Boca de trinchera, con ese nombre se le conoció en la segunda Guerra Mundial. Otro nombre que también es muy común es enfermedad de Vincent, éste nombre se le dió puesto que en estudios histopatológicos se encontró la Borelia Vincent. También se le conoce como Gingivitis fuso espirilar y gingivitis-ulceromembranosa.

Esta enfermedad tienen dentro de sus factores etiológicos a el stress emocional, además es una enfermedad debilitante.

Las características de la enfermedad, son depresiones socabadas en las crestas de la encía marginal, que abarcará la papila interdientaria; las superficies de los cráteres se cubren de una membrana gris que se observa separada del resto de la encía por una línea exitematosa perfectamente bien definida. Hay ocasiones en que ésta membrana gris desaparesca, quedando expuesto el margen gingival, el cuál es bastante rojo brillante y hemorrágico. En ésta enfermedad los tejidos gingivales y periodontales son progresivamente destruídos por las lesiones. La halitosis, la sialorrea gingivorragias espontaneas o provocadas son también algunos signos de ésta enfermedad.

La sensibilidad de las lesiones al tacto es muy grande, el paciente se queja de dolor constante irradiado intensificado con elementos térmicos, o alimentos condimentados, y al trauma de la masticación.

Existen linfadenopatías, anorexia, fiebre, decaimiento, pulso acelerado.

Existen otras enfermedades gingivales y una de ellas es confundible con la Gingivitis ulceronecrotizante aguda., que es la Gingivoestomatitis Herpética es un tipo de gingivitis, pero que a diferencia de la GUNA, la Gingivoestomatitis Herpética es causada por un virus, llamado virus herpes simplex, siendo ésta enfermedad sumamente contagiosa; se presenta con frecuencia en niños menores de 6 años, sin embargo se puede encontrar en --

adolescentes y adultos.

La afección se presenta con varios grados de edema, he morragia gingival localizada, puede ser en mucosa labial, pala-- dar blando, mucosa faringea sublingual y lengua.

Durante las primeras veinticuatro horas, aparecen vesí culas, éstas constituyen, parte del primer período. Después estas vesículas se rompen y dan lugar a pequeñas ulceraciones doloro-- sas con un margen rojo elevado en forma de halo y una posición - central hendida amarillenta o grisácea. Esta enfermedad tiene - un período de incubación de 7 a 10 días aproximadamente.

DIFERENCIAS ENTRE LA G.U.A. Y LA GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA:

La gingivitis herpética se presenta en cualquier lugar de la mucosa oral, en cambio la G.U.N.A. sólo se localiza en la- encía interdientaria papilar o marginal. Siendo la G.U.N.A. Más - común en adolescentes y adultos. La Gingivoestomatitis herpética, se presenta en niños menores de seis años, además ésta enfermedad es altamente contagiosa y en la G.U.N.A. no lo es. La etiología- de la Gingivoestomatitis herpética en el virus herpes simplex y- la G.U.N.A. es por asociación de bacterias y el stress emocional.

La Gingivoestomatitis Herpética tiene un tiempo de in- cubación de 7 a 10 días y la G.U.N.A. no tiene tiempo de dura--- ción, dejando cicatrices, por lo que parte del tratamiento será- quirúrgico y por medio de antibióticos. La Gingivoestomatitis --

Herpética se trata a base de paliativos, porque con antibióticos se fijan los virus.

HIPERPLASIA GINGIVAL:

La enfermedad gingival abarca una gran gama de gingivitis, que no son solo de tipo inflamatorio, Existen también agrandamiento gingivales como hiperplasia gingival.

Cualquier tipo de tejido puede aumentar de tamaño y -- puede deberse a la hiperplasia, es decir, a el aumento de la cantidad de los elementos celulares.

La hiperplasia se puede confundir con proliferación excesiva de hueso o exostosis. La hiperplasia inflamatoria de las encías agrandadas son blandas edematosas, hipéremicas o cianóticas y sensibles al tacto. Sangran con facilidad y presentan una superficie brillante sin puntilleo.

Existen cambios de coloración, de un color normal a uno más pálido aún a veces bien punteado e insensible y no se traumatiza con facilidad debido a los factores locales.

Existe una clasificación de agrandamiento gingival, és ta clasificación es con respecto a su etiología.

La hiperplasia gingival pertenece a un tipo de agrandamiento no inflamatorio. Existen otros tipos de hiperplasia gingival asociada con el tratamiento de Dilantina y Epamin, agrandamiento gingival hiperplástico ideopático hereditario o familiar.

Los de tipo inflamatorio son los agrandamientos crónicos localizados, circundantes (de aspecto tumoral). El absceso agudo que es el absceso gingival y absceso periodontal.

ABSCESO AGUDO:

Esta es una lesión localizada al margen gingival o papila interdientaria, es dolorosa y de rápida expansión. Se presenta como un edema rojo de superficie lisa y brillante entre las 24 y 48 horas la lesión se torna punteaguda y fluctuante -- que expulsa exudado purulento. Hay sensibilidad a la percusión en los dientes vecinos y si se deja que avance la lesión se rompe espontaneamente.

El absceso agudo puede ser la respuesta a una irritación de algún cuerpo extraño. La lesión no debe confundirse con un absceso periodontal o lateral, además esta lesión se limita a la encía.

El absceso periodontal produce agrandamiento de la encía afectando los tejidos de soporte.

HIPERPLASIA INFLAMATORIA DEBIDO A DESEQUILIBRIOS ENDOCRINOS:

El agrandamiento condicionado es el que se refiere a el agrandamiento hormonal, como el agrandamiento en la pubertad, el embarazo y la menopausia.

Dentro de la Pubertad y con mayor frecuencia en niñas, es probable que se deba a el desequilibrio o readaptación endó--

crina en ésta época de la vida, aunque hay quienes piensan que se deba a que en esta edad la higiene siempre es mala.

Durante el embarazo también se observa una tendencia a la hiperplasia gingival de tipo inflamatorio. La denominada gingivitis del embarazo suele ser una proliferación aislada que llega a ser intensa.

Microscópicamente estas lesiones gingivales revelan una mayor vascularización, multiplicación de fibroblastos, edema e in filtración de leucocitos.

AGRANDAMIENTO DE LA ENCIA EN LA PUBERTAD: Durante la pubertad o quizás antes de ella, ocurren respuestas exageradas a los irritantes "Esto puede tener su origen en trastornos hormonales, y se puede agravar por la exposición incompleta de coronas anatómicas".

Esto último provoca la retención de alimento en la encía, que carece de margen cervical, que desvía los alimentos. Estos -- factores son causas de gingivitis que con frecuencia se ve durante la pubertad.

Muchos odontólogos creen que éste tipo de gingivitis desaparecerá al término de la adolescencia, sin embargo, lejos de desaparecer, ésta aumenta y con frecuencia la enfermedad periodontal crónica tiene su comienzo durante la pubertad, y si se la deja sin tratamiento empeora progresivamente.

Durante la pubertad, el agrandamiento de la encía es común entre los hombres y las mujeres en donde casi siempre existe un factor etiológico local. Sin embargo en la adolescencia el agrandamiento es mayor del que se observa habitualmente en presencia de factores comparables.

El agrandamiento es en encía marginal e interdientaria y generalmente se caracteriza por el agrandamiento interproximal, observandose que las papilas vestibulares son las que se encuentran agrandadas, porque las papilas linguales están relativamente sanas.

Esto puede obedecer a que la acción de la lengua barre los alimentos, que pudieran instalarse en estas zonas.

El aumento de tamaño en la pubertad se parece a la enfermedad gingival inflamatoria crónica. La diferencia la establece el grado de agrandamiento y la tendencia a la repetición masiva, en presencia de una irritación relativamente pequeña.

AGRANDAMIENTO DE LA ENCIA EN EL EMBARAZO: "El agrandamiento en la encía durante el embarazo puede ser marginal o generalizada, o presentarse como masas múltiples de aspecto tumoral".

Existe una frecuencia del 10% a el 70% de agrandamiento gingival marginal. Este agrandamiento tienen antecedentes inflamatorios atendidos correctamente y con factores irritantes locales. El embarazo no produce la lesión, no obstante la respuesta inflamatoria es exagerada por la alteración en el metabolismo -

de los tejidos.

CARACTERISTICAS CLINICAS: El cuadro clínico, no es específico, comunmente el agrandamiento es generalizado más notorio en zonas interproximales que en las superficies vestibular y lingual.

La encía se trona rojo brillante o magenta, blanda friable, de superficie lisa y brillante, que sangra espontaneamente.

Existe un agrandamiento específico en mujeres grávidas - el cual se le llama tumor del embarazo, éste no es neoplasma.

Hay un resgistro de 1,8 a 5% de frecuencia en mujeres embarazadas, presentandose aproximadamente en el tercer mes de embarazo.

Clínicamente observaremos una masa esférica circunscrita aplanada, parecida a un hongo, sobresale a el borde marginal - aún a veces desde el espacio interproximal está unido por una base sécil o pediculada.

Se extiende en sentido lateral y a la presión de la lengua y los carrillos.

Aquí el color es rojo más oscuro con una superficie -- brillante con manchitas color rojo subido. No invade hueso subyacente, su consistencia varía de semifirme a blando, y con algo de friabilidad indolora a menos que interfiera en la oclusión, - o que aparescan úlceras.

"Las influencias intrínsecas desempeñan un papel importante en la etiología de la gingivitis"

La influencia no es primaria sino secundaria modificante. En estados como el embarazo donde hay alteración endócrina resulta bastante evidente encontrar gingivitis o tumores del embarazo.

Orban, afirma que el 50 % de todas las mujeres embarazadas tienen gingivitis que puede ser leve o grave. Casi siempre la gingivitis del embarazo es una consecuencia de una gingivitis mal tratada antes del embarazo.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS:

Una de las principales características son la proliferación de los capilares combinada en ocasiones con úlceras y escaras.

Histológicamente se puede confundir el tumor del embarazo con el granuloma piógeno. Este tumor ocasiona destrucción del hueso subyacente. Orban también dice que el tumor tiende a desaparecer después del embarazo, pero que reaparece después en los subsiguientes embarazos.

Microscópicamente encontramos que tanto los agrandamientos marginales como los de aspecto tumoral están constituidos por una masa central de tejido conectivo cuya periferia está cubierta de epitelio escamosos estratificado. Este epitelio-

se encuentra agrandando con bordes epiteliales pronunciados. - La superficie generalmente es queratinizada con inflamación -- aguda.

El agrandamiento gingival en el embarazo se denomina agiogranumola. Una de las características particulares es la proliferación endotelial destacada con formación de capilar, - excediendo la respuesta gingival normal a la irritación crónica que explica el agrandamiento.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA:

En la gingivitis descamativa crónica se observaron - modificaciones del tejido conectivo; debido en parte a la formación de cantidades anormales de enzima despolarizante o que afectan las sustancias cementante de las células, la cual des polariza a la glucoproteína.

El predominio de esta enfermedad es en mujeres, sugiere que se deba a una irritación de hormonas sexuales. Esto se ha comprobado en las mucosas bucales se relacionan ante la administración o privación de hormonas sexuales.

La administración de estrógenos durante un período - prolongado, según lo comunicado por Ziskin, produce hiperplasia conectivo, con hiperqueratinización del epitelio superficial.

De la misma manera se obtienen cambios con la admi--

nistración de hormonas andrógenas.

Ziskin y Moulton comprobaron que las modificaciones que se ven en la mucosa oral son paralelas a las que aparecen en la mucosa vaginal, durante el ciclo menstrual o después de la administración de andrógenos.

La gingivitis también recibe el nombre de gingivosis. Este término fue utilizado para describir una enfermedad degenerativa de la encía. Anteriormente decimos que, tiene --- cierta predominancia en mujeres entre los 40 y los 55 años de edad y en particular en las que padecen irregularidades hormonales derivadas de la menopausia.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Las encías rojas tumefactas y de aspectos brillante, a veces son vesículas múltiples y muchas zonas denudadas superficiales que tienen una superficie conectiva sangrante expuesta.

En bocas dentadas como desdentadas hay distribución de placa dental. El desprendimiento fácil del epitelio es muy notorio. Los pacientes con gingivitis descamativa crónica se quejan de la extremada sensibilidad de tejidos gingivales y -- suelen tener dificultad para comer cosas calientes, frías, o -- condimentadas, y el cepillado es casi imposible, por el dolor y la hemorragia que se produce a veces se establece un diagnós

tico presuntivo y el paciente relata que su boca estuvo sensible y muy irritada sin que ningún tratamiento halla tenido éxito.

En realidad la cronicidad de ésta enfermedad es muy común, inclusive es posible que llegue a durar años.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DE LA GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA:

Microscopicamente las zonas ulceradas de la mucosa bucal en casos de gingivitis descamativa crónica revela que el epitelio es delgado y atrofico. Las papilas epiteliales son -- cortas o faltan, y hay edema epitelial.

La capa basal aparece casi siempre interrumpida y hay infiltrado celular inflamatorio del epitelio. La membrana basal está atrófica así como existe edema e infiltrado inflamatorio, -- del tejido conectivo subyacente. También las fibras colágenas -- conectivas está atróficas.

Glikman señaló que la gingivitis descamativa crónica -- se puede confundir con otras enfermedades como: Pénfigo benigno de la mucosa. Liquen plano ampollar y eritema multiforme ampo-- llar. Sin embargo en un estudio de 22 casos llegó a la conclu-- ción de que las características microscópicas de la gingivitis-- descamativa crónica puede agruparse en dos grupos 1) un tipo am-- pollar y 2) un tipo liquenoide WHITEN señaló que también existe

cierta similitud con lesiones de eritema multiforme.

En su forma moderada aparecen, en la gingivitis decamativa crónica aparecen manchas rojo brillante y áreas grisáceas en la encía marginal y la encía incertada. La superficie es lisa y brillante, la encía normalmente se torna blanda. Se deprime a la presión y el epitelio no se adhiere con firmeza a los tejidos cubyacentes. Hay descamación del epitelio quedando expuesto el tejido conectivo sangrante.

En su forma severa, la superficie lingual se haya menos afectada que la labial. Se caracteriza por áreas irregulares en las cuales la encía está desnuda color rojo subido. La encía que separa estas zonas es azul grisáceo, el aspecto general de la encía es moteada. La superficie epitelial se halla desmenuzada y friable es posible desprender pequeños parches. Hay casos en que algunos vasos superficiales se rompen y liberan líquido acuoso y exponen una superficie subyacente roja y viva.

3.- ENFERMEDAD PERIODONTAL:

De la enfermedad periodontal se habló ampliamente en el primer capítulo durante la descripción de la patología de la enfermedad gingival y periodontal; la enfermedad periodontal está casi siempre asociada a una enfermedad gingival, no bien atendida y con factores etiológicos locales no elimi--

nados que se presenta en adultos con mayor frecuencia en -- -- niños y en éstos será por la falta total de higiene.

De una gingivitis que ataca a la encía pasa a la periodontitis donde el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular están afectados de igual forma.

Los factores etiológicos son los mismos de la gingivitis, pero ésta enfermedad ya tiene mayor tiempo establecida.

La frecuencia de esta enfermedad es muy difícil de determinar, no obstante se sabe que se localiza en pacientes mayores de 18 años siendo más común a los 45 años de edad, donde existe ya una pérdida osea localizada o generalizada.

La pérdida osea es mucho más frecuente en varones que en mujeres, también es raro encontrar movilidad dental anormal a los 25 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Comienza por una gingivitis marginal simple, por --- irritación local, el primer signo patológico temprano es la minúscula ulceración del epitelio del surco.

Cuando no se elimina el factor etiológico de la enfermedad gingival, avanza y se agrava. La encía está inflamada y tumefacta, y con una bolsa que sufre una ulceración más frecuente como consecuencia de la inflamación, la adherencia epitelial tiende a emigrar en dirección apical y se separa con facilidad en la porción coronaria.

El infiltrado inflamatorio de migración a la encía - hace que aparesca una bolsa periodontal.

Clínicamente podemos separar la encía marginal libre del diente mediante aire, detectamos la presencia de cálculo - sublingual. El sangrado es con mucha facilidad y la halitosis - muy desagradable.

Cuando la periodontitis avanza, los dientes adquie-- ren movilidad es posible que a la presión emerja material supu-- rativo y otros residuos de la bolsa adyacente al diente median-- te la presión de aire o presión leve.

No se observa el festoneado normal y las encías es-- tán fofas a causa de hiperemia y edema, no hay puntilleo y los tejidos gingivales son lisos y brillantes y quizás más rojos - o azulados de lo normal.

PASO DE LA GINGIVITIS A LA PERIODONTITIS:

La enfermedad periodontal es casi siempre la suce--- sión a la enfermedad gingival donde se transmite por medio de-- vías. Estas vías se han prestado a discusión, puesto que no se sabía cual era realmente la vía por la cual pasa la inflama -- ción de los tejidos de soporte

Los hallazgos de Weiman sirvieron para llegar a la - aceptación general de que la inflamación gingival sigue su cur-- so de los vasos sanguíneos a través de los tejidos laxos que -

los rodean dentro de hueso alveolar.

La irritación local produce la inflamación del margen gingival ésta inflamación puede llegar hasta hueso alveolar Existen dos vías interproximales que van del tejido conectivo-laxo que rodea los vasos sanguíneos, a través de las fibras transeptales, y luego dentro de hueso a través de los conductos de los vasos, que perforan la cresta del tabique interdentario. Dependiendo de la inflamación o el tabique interdentario en el centro de la cresta.

Cuando ya alcanzó los espacios medulares, la inflamación o el tabique interdentario, en el centro de la cresta.

Cuando ya alcanzó los espacios medulares, la inflamación puede retornar desde hueso al ligamento periodontal.

Las vías vestibular y lingual va desde la encía, para la superficie periostática externa del hueso penetrando a los espacios medulares a través de los conductos vestibulares de la corteza exterior.

Si la inflamación se extiende directamente desde la encía a través del hueso alveolar es obvio que halla pasado por el ligamento periodontal, procando movilidad dentaria y dolor.

MOVILIDAD DENTARIA:

La inflamación del ligamento periodontal, la pérdida osea y el trauma de oclusión son factores causales de movili-

dad dentaria patológica.

El dolor es producto de la inflamación sobreagregada cuando el exudado agudo está presente. El diente se eleva en el alveolo. Este estado puede evolucionar hacia absceso periodontal agudo.

La pérdida osea puede ser ocasionada por el aumento de la resorción osea en presencia de neoformación anormal aumentada; a la disminución de la neoformación en presencia de resorción normal o el momento de la resorción combinada con disminución de la neoformación.

PERIODONTITIS.

Se le llama también piorrea sucia o Shumutz piorrea, es la inflamación de la encía y los tejidos periodontales como consecuencia de la gingivitis crónica no tratada. Dentro de las características clínicas encontramos primeramente la formación de bolsa periodontales, la migración de la adherencia epitelial, destrucción osea, movilidad dentaria, con la pérdida de dientes.

BOLSA PERIODONTAL:

Es la migración patológica de la adherencia epitelial hacia apical (más de 3 mm) la bolsa periodontal se halla limitada por un lado por la superficie del diente (el cual va a tener gran cantidad de placa dental firmemente adherida a la

misma) y por otro lado la pared blanda de la encía.

Radiográficamente el tamaño de la bolsa periodontal - no se aprecia porque hay tejido calcificado y no presenta contraste.

Dependiendo de la relación que guarden con las cresta alveolares se clasifican en infraoseas y supraoseas.

SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:

El paciente suele quejarse de mal gusto de la boca, - hipersensibilidad a los cuellos de los dientes, por expansión del cemento. Cuando ha quedado al descubierto el cemento puede haber pérdida de éste por mal cepillado, fuerzas oclusales o - inserción alta de músculos, precedido de pérdida osea alveolar

Histológicamente en el infiltrado inflamatorio encontramos, la aparición de células gigantes, osteoclastos, sobre la superficie del hueso de la cresta.

Pronto se encuentran en pequeñas bahías oseas de resorción, conocidas como lagunas de Howship.

Existe el ciclo vicioso de la acumulación de irritante, inflamación y desinserción continua, junto con una resorción de hueso periodontal en dirección apical.

ABSCESO PERIODONTAL LATERAL

El absceso periodontal guarda relación muy directa con la bolsa periodontal preexistente. La bolsa alcanza profundidad

de 5 a 8 mm. "El absceso periodontal es una inflamación purulenta localizada en los tejidos periodontales.

Los tejidos blandos se estrechan en torno al cuello del diente, tal punto que ocluyan el orificio de la bolsa. En la profundidad de la bolsa las bacterias se multiplican, éstos son los causantes de la irritación hasta formar un absceso agudo con su respectiva exudación.

El absceso periodontal agudo hará que el diente afectado sea sensible a la percusión, incluso puede determinar una tumefacción suficiente como para destruir la tabla cortical ósea.

Microscópicamente el absceso se asemeja al de cualquier localización. Se compone de una cavidad central ocupada por pus, aislada por un lado por la raíz del diente y por otro tejido conectivo ya que es probable que en la mayor parte de los casos, el revestimiento epitelial del surco haya sido destruída por el proceso inflamatorio.

El absceso periodontal se clasifica en: absceso en los tejidos periodontales de soporte, junto a la pared lateral de la raíz. En este caso hay una cavidad en el hueso en sentido lateral, y el otro tipo de absceso periodontal es el absceso en la pared blanda de la bolsa periodontal profunda.

Además estos abscesos pueden ser agudos o crónicos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Junto con el absceso periodontal en el absceso agudo hay síntomas como: dolor irradiado, pulsátil, exquisita de la encía a la palpación, sensibilidad del diente a la percusión, movilidad dentaria, linfadenitis y manifestaciones generales como fiebre y malestar.

El absceso periodontal se observa como una tumefacción ovoide de la encía muy cerca de la raíz, edematizándose y ruborizándose, tornándose lisa y brillante. Generalmente al hacer presión expulsa pus del margen gingival.

En ocasiones el absceso periodontal agudo se puede presentar sin lesión clínica notable o cambios radiográficos.

El absceso periodontal crónico se presenta con una fístula que se abre en la mucosa gingival en alguna parte de la raíz y no es raro que se presente exudado intermitente y sin síntoma alguno.

Radiográficamente el absceso periodontal se ve una zona circunscrita radiolúcida en el sector lateral de la raíz, pero estas características, pueden variar, puesto que al inicio el absceso periodontal es doloroso sin presentar manifestaciones radiográficas.

La extensión de la destrucción ósea y la morfología del hueso, es algo en lo que nos podemos basar para su diagnóstico.

En resumen no es posible basarse únicamente en la radiografía para establecer el diagnóstico de un absceso periodontal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO PERIAPICAL:

Si el diente no es vital el absceso es periapical. El absceso periodontal en casos graves puede extenderse hasta el ápice produciendo lesión de la pulpa y necrosis.

Un absceso apical puede propagarse en zona lateral de la raíz hacia el margen gingival.

Radiográficamente, el área radiolúcida en el sector lateral de la raíz indica la presencia de un absceso periodontal mientras que la rarefacción apical significa absceso periapical

Una fístula que drena en la zona lateral de la raíz indica una lesión periodontal más que apical, mientras que la fístula desde una lesión periapical se localiza más apicalmente Sin embargo la localización de la fístula no es concluyente.

DIFERENCIAS ENTRE ABSCESO PERIODONTAL Y ABSCESO GINGIVAL.

La principal diferencia entre el absceso periodontal y el absceso gingival son su localización en la encía marginal y suele presentarse en zonas anteriormente sanas. Es por lo común una respuesta inflamatoria aguda a cuerpos extraños, forzados dentro de la encía.

El absceso periodontal ataca a los tejidos periodntales de soporte y aparece durante la enfermedad periodntal --- destructiva crónica.

Microscópicamente la inflamación alcanza el hueso por extensión, hasta llegar a la médula reemplazandola por el exudado leucocitario y líquido a nuevos vasos sanguíneos y fibroblastos en proliferación. Aumenta la cantidad de osteoclastos multinucleares y monocleares.

En los espacios medulares la resorción se efectúa de dentro, produciendo primero el adelgazamiento de las trabéculas óseas circundantes y agrandamiento de los espacios medulares y después destrucción del hueso y reducción de la altura osea.

La inflamación también estimula la neoformación del hueso inmediatamente adyacente ala resorción ósea activa y junto a las superficies trabeculares, eliminados por la inflamación, en un esfuerzo por reparar al hueso en resorción.

4.- CAMBIOS GINGIVALES EN LA PUBERTAD EL EMBARAZO Y LA MENOPAUSIA.

a) CAMBIOS GINGIVALES EN LA PUBERTAD.

Las modificaciones hormonales sexuales se consideran como un factor desencadenante o complicante en la enfermedad gingival.

La respuesta durante la pubertad puede ser exagerada ante cualquier irritante local, cuando ordinariamente daría -- una respuesta leve.

El primer signo será una inflamación pronunciada, -- con una coloración rojo azulada, edema y agrandamiento. Cuando existe efectos de cruzamiento anterior excesivo agrava estos casos, por los efectos de la impactación del alimento, sobretodo en el sector vestibular anterior y sector palatino en el maxilar superior.

En el período de la pubertad la aparición de la gingivitis casi siempre se debe a los irritantes locales, por lo tanto su aparición no es universal. A medida que se acerca a -- la edad adulta la intensidad de la reacción decrese aún cuando sigan presente los irritantes locales; que para la completa -- rehabilitación es necesaria la eliminación de dichos irritan-- tes.

La enfermedad gingival durante la pubertad se puede prevenir con el cuidado adecuado de la boca.

CAMBIOS GINGIVALES ASOCIADOS AL CICLO MENSTRUAL:

Generalmente durante el ciclo menstrual no se presen ta cambios gingivales notables, sin embargo puede haber uno -- que otro problema, y es posible que aumente la frecuencia de la gingivitis.

Las pacientes se quejan de que sus encías le sangran y las sienten hinchadas. Clínicamente existe movilidad dentaria horizontales aumentada entre la tercera y cuarta semana del ciclo menstrual.

Aproximadamente 11 ó 14 días antes de la menstruación y la ovulación la cantidad de bacterias en la saliva aumenta.

Un indicador de que la gingivitis existe es que se agrava durante este período y se produce el exudado de la encía inflamada.

Los cambios gingivales se registran varios días antes del ciclo menstrual; principalmente se presentan ulceraciones en la mucosa bucal, aftas, lesiones vesiculares y hemorragias.

La gingivitis de la menstruación se caracteriza por hemorragias periódicas con proliferación rojo brillante y rosadas en las papilas interdentarias y ulceración persistente en la lengua y mucosa bucal, que empeora justo antes del período menstrual.

Microscópicamente la encía revela decamación de células epiteliales del estracto granuloso y de la superficie...

Otro signo de la gingivitis durante el ciclo menstrual es la repetición periódica de las ulceraciones en la boca y a veces en la vulva. Estas lesiones se curan en tres o cuatro ---

días, y la sensibilidad vaginal desaparece después de la menstruación. Estas lesiones no aparecen en sí en éste período que da, y se repiten después del parto.

Hay un síndrome bucal llamado menogingivitis transitoria periódica donde la paciente se queja de molestia, sensibilidad, enrojecimiento, y congestión de la encía y hemorragia durante la menstruación.

Los cambios gingivales asociados a la menstruación son atribuidos a cambios hormonales y en algunos casos de disfunción ovárica.

Junto con los cambios rítmicos de la fragilidad capilar, antes durante o después de la menstruación pueden ejercer influencias sobre la hemorragia gingival.

B) CAMBIOS GINGIVALES EN LA ENCIA DURANTE EL EMBARAZO.

Al igual que en personas no embarazadas la enfermedad gingival tiene su origen en los irritantes locales. El embarazo no produce gingivitis.

No obstante el embarazo acentúa la respuesta gingival ante los irritantes locales, con un cuadro clínico diferente al de personas no embarazadas. El embarazo en algunos casos es un factor modificante secundario en la enfermedad gingival.

La enfermedad gingival en mujeres grávidas y con la preexistencia de agente etiológico local aumenta a partir del

tercer mes de embarazo.

Antes del ambarazo, es posible que las pacientes padescan de enfermedad gingival crónica leve, que durante el embarazo la encía se edematiza con un cambio de color muy llamativo "pacientes con poca hemorragia gingival antes del embarazo, observan aumento a las tendencias hemorrágicas.

En el octavo mes puede intensificarse la gingivitis- y en el noveno mes disminuye, de igual forma la acumulación de placa sigue el mismo patrón aunque la correlación entre la gingivitis y la cantidad de placa es más estrecha después del parto que durante el embarazo.

La frecuencia de la gingivitis en el embarazo varía, puesto que la enfermedad no afecta a las encías sanas; siempre afecta en las encías enteriormente irritadas inadvertidamente.

El embarazo aumenta la movilidad dentaria, la profundidad de la bolsa y el líquido gingival.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La vascularidad es bastante pronunciada, la encía inflamada cambia de color del rojo brillante al rojo azulado a - veses se conoce como color rosa viejo.

La encía marginal e interdentaria está edematizada - se hunde a la presión, es de aspecto liso y brillante blanda y friable a veses con aspecto aframbuesado.

La alta vascularidad da el enrojecimiento y a veces las hemorragias, los cambios gingivales que se producen, casi siempre son sin dolores a menos que se complique con una infección aguda, úlseras marginales o a la formación de una pseudo--membrana.

En algunos casos, la encía inflamada forma una masa circunscrita de aspecto tumular al que se le llama "Tumor del embarazo"

Dos meses después del parto y un año después de haber estado en tratamiento, el estado de la encía comparable al de la paciente no embarazada, vuelve a la normalidad, disminuyendo así la movilidad dentaria, el líquido gingival, y la profundidad de la bolsa.

Microscopicamente hay una inflamación vascularizada inespecífica, con infiltrados celulares abundantes, con edema y degeneración del epitelio gingival y tejido conectivo.

El epitelio hiperplástico, con brotes largos y diversos grados de edema intracélular y extracelular e infiltración de leucositos.

Hay abundantes capilares neoformados, enjurgitados.--- Las ulceraciones superficiales o la formación de una pseudomembrana son hallazgos ocasionales.

Los cambios gingivales que se suceden en la encía durante el embarazo, son hallados y comparados en la gingivitis -

de la pubertad y en gingivitis descamativa. Los estudios histoquímicos revelan cantidades anormales de glucoproteínas insolubles en agua y alcohol.

Se hicieron estudios para notar los cambios que se hallaron en la encía comparando la encía insertada que no estaba infectada con la encía infectada de las áreas marginales e interdientaria.

Los resultados fueron que en el embarazo disminuye la queratinización superficial, aumenta la longitud de los brotes epiteliales y el glucógeno en el epitelio. En el tejido conectivo la capa basal está delgada y la densidad de los complejos carbohidratos proteínas y del glucógeno de la sustancia fundamental está reducida.

La disminución de la densidad de las glucoproteínas que se observan en los primeros meses del embarazo, vuelven a la normalidad varios meses después del parto.

El efecto del embarazo, sobre la respuesta gingival, a los irritantes locales sólo puede explicarse sobre una base hormonal puesto que existe un aumento sensible del estrógeno y progesterona.

Los efectos de éste sensible aumento de hormonas da como resultado una gingivitis que varía con los niveles hormonales del embarazo. El aumento de progesterona ocasiona el agrandamiento gingival con la dilatación de microvasos gingiva

les, favoreciendo la filtración de líquidos en los tejidos perivasculares.

Graficamente la acentuación de la gingivitis del embarazo se produce:

1) Durante el primer trimestre cuando aumenta la producción de gonadotropinas.

2) Durante el tercer trimestre cuando aumentan los niveles de estrógeno y progesterona.

La liberación de histamina y enzimas proteolíticas - también puede contribuir a la respuesta inflamatoria exagerada a los irritantes locales.

C) CAMBIOS GINGIVALES DURANTE LA GINGIVO ESTOMATITIS MENOPAUSICA.

La encía y el resto de la mucosa se torna seca y brillante, el color varía entre el pálido o el enrojecimiento -- anormal sangra con facilidad.

Hay ocasiones en que se observa un pliegue mesiovestibular que se compara con la mucosa vaginal.

La paciente se queja de sequedad de toda la boca y una sensibilidad extrema a los cambios termicos, sensaciones de gusto anormales que el puede describir como "salado", "picante" o "agrio" y mucha dificultad para soportar prótesis.

Microscopicamente la encía se ve atrofica en las ca-

pas germinal y estrellada del epitelio cuando hay ulceración.

La gingivoestomatitis menopáusica y la gingivitis Degomativa crónica son comparables, porque ambas lesiones nacen - de la atrofia y menor queratinización del epitelio bucal aunadas a la desminución del estrógeno o a un desequilibrio en su metabolismo.

Los signos y síntomas son similares a la gingivoestomatitis menopáusica después de ovariectomias o esterilización - por radiación en el tratamiento de neoplasmas malignos.

CAPITULO TERCERO

TRATAMIENTOS

1.- HISTORIA CLINICA, ESTUDIO RADIOGRAFICO, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

HISTORIA CLINICA.

El propósito del Cirujano Dentista al realizar éste -- exámen es determinar si la capacidad física y emotiva de un paciente le permitirá tolerar un tratamiento dental específico.

El odontólogo establecerá una evaluación que permita -- decidir si puede proseguir con el tratamiento; o si está indicada una previa consulta con el Médico General del paciente, antes de efectuar dicho tratamiento.

La función del Médico General, o especialista según -- corresponda, es establecer un diagnóstico y un tratamiento para el problema existente, que permita al Cirujano Dentista realizar el tratamiento dental adecuado, bajo las prescripciones médicas-- señaladas.

El primer paso de una historia clínica es la entrevista, donde prevalece la observación y el interrogatorio. Durante-- ésta primera entrevista relacionaremos la salud general del paciente, tanto física mental y dentalmente. El interrogatorio debe ser perspicaz, y registrando absolutamente todos los datos.

En un paciente nuevo, es decir, en un paciente que no-- conozcamos, la historia clínica se registra de muchas maneras.--

Una de ellas es darle al paciente un cuestionario previo, el --
cuál llenará, mismo que el Odontologo complementará con la his-
toria clínica detallada.

Muchos profesionales omiten éste paso y hacen la his-
toria clínica directamente en una hoja en blanco.

Mientras el Cirujano Dentista observa al paciente, hay
probabilidad de que el paciente esté haciendo una apreciación --
del Odontólogo. Por lo tanto en la entrevista el profesional --
tiene que estar lo más tranquilamente posible. Las respuestas --
que demos a los pacientes, serán bastante claras. Cuando quedan
dudas en el paciente, impide llegar a un buen entendimiento y --
por lo tanto a un buen tratamiento.

Durante la primera visita se harán: La estadística ad-
ministrativa; preguntaremos la razón de su visita, así mismo co-
mo ¿Cuál es la molestia principal?.

Se hará una historia médica o sistematizada, y una --
historia dental.

ESTADISTICA ADMINISTRATIVA:

El primer dato será el nombre del paciente, su direc-
ción y domicilio de su trabajo; así como los números telefónicos
la edad, el sexo, estado civil y ocupación, siendo todo esto de
suma importancia. Anotaremos también los datos de su Médico Ge-
neral.

Es posible que el paciente halla estado bajo vigilancia médica o en tratamiento periodontal, y quizá ya tenga una idea de lo que sea su enfermedad si es de ésta manera ya no nos tardaremos tanto en educarlo

MOLESTIA PRINCIPAL.

La causa que motivó su visita, dará la pauta a seguir con las demás preguntas, como por ejemplo: ¿Existe dolor? ¿Tiene o siente alguna otra incomodidad o molestia?, ¿Hay hemorragia o inflamación?.

Cuando existe alguna urgencia será lo primero que se atiende, tan pronto como se localice su origen; si hay contra indicaciones médicas o precauciones que tomar, se pospondrá el resto de la entrevista.

HISTORIA MEDICA:

Gran parte de la historia sistemática se obtiene en la primera visita, y puede ser ampliada con preguntas pertinentes en visitas posteriores.

En algunas ocasiones los pacientes piensan que no tiene gran importancia la historia clínica médica y omiten información que podría ser muy importante y tener gran relación con su problema dental.

La historia clínica tiene sus objetivos y básicamente es de gran ayuda a el operador en:

1.- En el diagnóstico, relacionando las manifestaciones bucales con las enfermedades generales.

2.- La detección de los estados sistémicos que pueden estar afectando a la respuesta de los tejidos periodontales, aunando a los factores locales.

3.- La detección de estados generales patológicos que demandan precauciones especiales y modificaciones en los procedimientos terapéuticos.

En la historia clínica se anota si el paciente está en tratamiento, cuál es su duración, si se debe tener especial precaución como cuando el paciente toma anticoagulantes o corticosteroides.

Sus antecedentes de fiebre reumática, enfermedad cardíaca o alguna enfermedad hereditaria, son objeto de preguntas más claras y precisas con el objeto de saber si es un paciente controlado o no. De igual manera sucede con la hipertensión, angina pectoris, infarto de miocardio, nefritis, enfermedad hepática, diabetes, desmayos y linfadenopatías.

4.- Las tendencias hemorrágicas anormales, son motivo de premedicación en la cirugía. La epistaxis, sangrado prolongado de pequeñas heridas equimosis espontáneas, tendencias excesivas a hematoma son referencias peligrosas que deben ser corregidas.

5.- Las enfermedades infecciosas, el contacto reciente con enfermedades infectocontagiosas en el hogar o en el trabajo.

No sólo es importante por el paciente sino por el mismo Cirujano Dentista.

6.- La historia de alergias, fiebres altas, sensibilidad a alimentos, medicamentos o drogas como la aspirina, codeína, barbitúricos, sulfonamidas, antibióticos, procaína, laxantes o materiales dentales como el Eugenol, o resinas acrílicas.

Esto pone en alerta al Odontólogo para el tratamiento que tenga que realizar.

7.- La información con respecto al comienzo de la pubertad, menopausia, trastornos menstruales, histerectomías, embarazo y abortos son preguntas que se les hace a mujeres cuyo padecimiento periodóntico esté relacionado con trastornos hormonales.

Hay una pregunta que casi siempre se le hace al paciente ambulante es; ¿Cómo está usted de salud? a la que casi siempre responden "bien", pocos serán los que den una respuesta detallada. Y qué será comprobada con otras preguntas: ¿Ha estado gravemente enfermo? ¿Cuál fue la última vez que se hizo un examen médico, y cuál el motivo de su visita al médico general, cuál fue el tratamiento?.

Esta preguntas reafirmarán o reevaluarán la primer respuesta de nuestro paciente. De igual forma el hecho de que haya estado hospitalizado alguna vez puede ser por causas infinitas y tendremos que investigar más a fondo. Si el paciente toma remedios o drogas es posible que llegasen a formar parte de la etio-

logía de alguna enfermedad.

Siempre en una historia clínica hay una sección referente a las enfermedades heredofamiliares y que son de gran ayuda en el diagnóstico.

Se puede hacer preguntas específicas, indagando todo lo que sea importante con respecto a aparatos y sistemas: el -- aparato cardiovascular, el aparato digestivo, el aparato respiratorio genitourinario etc.

Es preciso registrar toda información de importancia médica anotando los factores esenciales de la historia clínica del paciente que pudieran interesar para su enfermedad periodontal (Embarazo, diabetes, disfunción ovárica, disfunción tiroidea, o de alguna glándula), o que pudiera afectar la evolución del - tratamiento, o exigir determinadas precauciones (antecedentes - de cardiopatías, reumáticas o valvular, hipertensión arterial; - uso de anticoagulantes, discrasias sanguíneas, sífilis, enfermedad hepática.

Dentro de la historia clínica ubicaremos los puntos - prioritarios de interés para el Cirujano Dentista.

1.- Alimentación 2.- Tratamiento médico (si existe) -
3.- Farmacoterapia actual, ya que en caso de que el paciente es -
tado tomando anticoagulantes por ejemplo, podría impedir una ci -
rugía oral.

En esta etapa las relaciones paciente odontólogo se -

cristaliza. En el periodo interrogatorio el examinador puede pensar en un cáncer. Tendrá que estar atento a todo indicio, como pérdida de peso, inflamaciones, úlceras, pero nunca se ha de expresar ese especial interés por medio de palabras o acciones procurando no causar dudas en el paciente.

Hay preguntas que se hacen por separado a la mujer, sobre partos y menopausias. Si la paciente es casada, se pregunta ¿Tiene hijos?, cuantos, ¿tuvo algún problema especial en el momento del parto?, ¿Tuvo algún problema en especial en el embarazo?, ¿Es normal su ciclo menstrual?. Si la paciente es de edad mediana se pregunta si ha llegado a la menopausia.

Para poder llegar al diagnóstico, es menester realizar una buena historia clínica, reuniendo datos que forman parte de un rompecabezas, que una vez armados nos dará una explicación coherente y lógica del problema periodontal del paciente.

Anteriormente decíamos que la observación era muy importante para la compenetración del interrogatorio. Esto nos ayudará a formarnos una idea de él y quizás descubrir manifestaciones vagas de la enfermedad el estado mental y emocional del paciente, temperamento actitud y edad fisiológica, si existen manifestaciones de enfermedad podemos reconocerlas por cambios faciales en el examen físico.

EXAMEN FISICO.

La inspección física que hacemos en el paciente pode--

mos asociarlas a enfermedades como: hipertiroidismo, miastema -- grave, acromegalia, etc.

El color de la piel por ejemplo, si esta cianótica podemos asociarla a una enfermedad cardiaca, si esta pálida a una anemia, miedo, tendencia al síncope.

La rubicundez, puede ser signo de fiebre, o dosis excesiva de atropína, aprehensión, hipertiroidismo. La ictericia se asocia casi siempre a enfermedades hepáticas.

Los ojos que también dan indicio de enfermedades, podemos asociar en hipertiroidismo con exoftalmos. Si encontramos la conjuntiva pálida puede ser anemia, o si está icterica, a enfermedad hepática.

Las manos pueden estar temblorosas y deberse a hipertiroidismo, aprehensión, histeria, parálisis agitante, epilepsia, esclerosis múltiple senilidad. Cuando los dedos tienen forma de palillo de tambor, se asocia a enfermedad cardiopulmonar.

El cuello, podemos relacionar la distensión de la venas yugulares con insuficiencia ventricular derecha linfadenopatias, o tumores.

Los tobillos edematizados puede tener referencia con venas varicosas, insuficiencia cardiaca derecha, enfermedad renal.

Las descargas purulentas de la nariz indican rinitis ó alguna infección de los senos. Las deformaciones obstrucciones ó

desviaciones origina un respirador bucal.

VALORACION DE LA DIETA.

Esta se refiere a la información proporcionada por el paciente con respecto a la dieta que se sigue diariamente.

Es posible que el paciente lleve o tenga antecedentes de alguna dieta en especial, dieta terapéutica, para úlceras enfermedades biliares colitis, o las dietas para adelgazar pueden ser deficientes en su elemento nutritivo.

El uso de vitaminas u otro complemento nutritivo son muchas veces ingeridas.

La regularidad de las comidas gusto ó rechazo, idiosincrasias condiciones de vida, nivel económico y educación.

La dieta proporcionada por el paciente, será comparada o valorada mediante la transposición de la información del diario de la alimentación en cuatro grupos básicos de alimentos: 1) Leche, 2) carne, 3) verduras y frutas 4) pan.

Para valorar la dieta es útil emplear una tabla de valores. En ella los alimentos están separados en grupos y también se registran su consistencia de modo que es posible notar y corregir los alimentos duros, que producen un efecto favorable de limpieza de dientes y encías.

Una persona que consume menos alimentos, y que las cantidades no son las recomendadas no presenta necesariamente una deficiencia nutricional.

Estado Nutricional: Existe una relación muy importante entre alimentación y salud de los tejidos. La deficiencia nutricional con nota un estado nutricional inadecuado de los tejidos. Es posible que el paciente coma demasiado, pero éstos alimentos pueden no estarle proporcionando los nutrientes adecuados. Las deficiencias nutricionales las podemos clasificar en primarias o secundarias.

Las deficiencias nutricionales primarias, a causa de una insuficiencia manifiesta de los alimentos. Y la secundaria, como consecuencia de estados orgánicos que interfieren la ingestión, transporte y asimilación celular o utilización de los elementos nutricionales esenciales en presencia de una ingestión adecuada de alimentos, por lo general, las deficiencias nutricionales, se desarrollan en las etapas 1) Agotamiento de la reserva de nutrientes en los tejidos 2) lesiones tisulares bioquímicas 3) Alteraciones morfológicas y funcionales que se expresan como: signos y síntomas clínicos y finalmente muerte del tejido.

CONSULTA MEDICA Y EXAMENES DE LABORATORIO:

Después de la entrevista puede haber la posibilidad de que tengamos que hacer una visita al médico del paciente para solicitar ciertos detalles acerca de la enfermedad, incluso puede haber la necesidad de indicar frotis sanguíneos, biopsias, análisis de sangre y análisis de orina.

La inspección de tejidos blandos e incluso de la encía

los dientes, la oclusión y la articulación temporomandibular está incluido dentro del examen dental. También se tomarán radiografías para el estudio radiográfico, éstas tendrán que ser seriadas, de toda la boca.

En éste examen podemos precisar la vitalidad pulpar de los dientes anotando siempre la fecha de exámen.

HISTORIA DENTAL :

Dentro de la historia dental incluimos la pregunta que primeramente se le hizo al paciente durante el examen general. - ¿Cuál es el motivo de su visita?.

Algunos de los síntomas en pacientes con enfermedad gingival y periodontal son: "encías sangrantes" "dientes flojos" "dientes separados" mal gusto de la boca?, sensación de comezón en la encías que se alivia al escabar con un palillo. Asimismo puede haber dolor constante y sordo, dolor apagado después de comer, dolores irradiados profundos en los maxilares, especialmente en los días lluviosos, dolor pulsátil agudo, sensibilidad a la percusión, sensibilidad al aire inhalado.

Cualquiera que halla sido la causa de su visita hay que establecerla y precisarla, si es una urgencia que amerite un tratamiento inmediato.

La historia dental también incluirá referencias a lo que sigue: visitas al Dentista, con que frecuencia, y la última fecha de profilaxis, cuál es su técnica de cepillado, con que --

frecuencia la realizó, en que tiempo cambia un cepillo dental y la marca del dentrífico que utiliza, además si tiene otros métodos de cuidado de la boca, por ejemplo enjuagatorios, hilo dental, gomas estimulantes, etc.

El dolor de los dientes, encías, es importante que encontremos sus referencias, si es provocado, si es espontáneo, - su duración, intensidad y como se alivia.

Así mismo si encontramos encías sangrantes si es provocado, espontáneamente o de manera brusca. Buscaremos la relación que pueda existir con su ciclo menstrual u otros factores-específicos.

El mal gusto de la boca casi siempre se relaciona con alimentos impactados.

El paciente puede sentir movilidad dentaria, y refiere dientes flojos e inseguros, hay dificultad para masticar.

Es posible que haya un traumatismo, se pregunta la causa o tratar de buscar su origen, de igual forma es posible que éste bajo tratamiento, se pregunta el tiempo de duración y la naturaleza de la afección.

Los hábitos de el paciente, por ejemplo el rechinar - los dientes durante la noche o durante el día, puede estar relacionada con el bruxismo. Si acostumbra morderse las uñas o morder los objetos, puede tratarse de un paciente aprehensivo, éste tipo de paciente puede dormir con los dientes apretados, y des-

pertar con dolor de cabeza.

La historia clínica dental debe incluir todos los tratamientos dentales realizados en el pasado, tales como: ortodoncia, aparatos de prótesis, eliminación de dientes retenidos. Además la historia incluirá fechas aproximadas de los tratamientos realizados en el periodonto (raspaje radicular, curetaje, cirugía gingival, cirugía osea, ajuste oclusal, ferulización, y las instrucciones que haya tenido para el cuidado casero).

También se obtendrán y anotarán la historia de las molestias anteriores, hemorragias, gingivales, absceso periodontal, dolor, ardor mal gusto, mal hialiento, migración dentaria patológica. Interrogaremos al paciente sobre la neoformación de cálculos dentario y pigmentaciones. Podemos hacer las siguientes preguntas: ¿Las encías sangran al cepillarse? ¿Hay dolor de las encías? ¿Tiene algún diente flojo?.

¿Hay algún diente extremadamente sensible al frío o al calor?.

El mal gusto y el mal hialiento son síntomas subjetivos.

HIGIENE BUCAL:

Es preciso establecer visual y armadamente la calidad de la higiene que presenta el paciente.

El registro de presencia de placa, pigmentaciones y -- cálculos, lo obtendremos utilizando solución reveladora.

Además se preguntará al paciente sobre la fecha de la última profilaxis, su método y su frecuencia de cepillado.

Los hallazgos coronarios, se pueden registrar de la siguiente manera:

- I PLACA DENTOBACTERIANA
- II DEPOSITOS SUPRAGINGIVALES
- III DEPOSITO SUBGINGIVAL
- IV MATERIA ALBA
- V LOCALIZACION DE CARIES DENTAL
- VI EROSION
- VII ABRACION
- VIII RESTAURACIONES INADECUADAS.

EXAMENES DE DIENTES:

El grado de susceptibilidad a la caries, el tamaño de los dientes son registrados en el examen bucal.

Se tiene que registrar, tipo y cantidad de restauraciones, además de lesiones de caries nuevas y erosiones superficiales oclusales para ver si se produjo desgaste excesivo. Cuando esto es evidente se pregunta al paciente si rechina los dientes o mastica de un solo lado, también es posible que masque tabaco.

Una pregunta que quizás no sea tan obvia es preguntar al paciente si le agrada el aspecto de su boca, puesto que hay quienes se han resignado al estado en que se encuentra.

Los diastemas y los contactos interproximales hay que anotarlos, haciendo un registro con hilo dental. También se toma nota de abraciones por el cepillado, movilidad dentaria, se hacen preguntas concernientes a los efectos terapéuticos, cambios de temperatura sobre los dientes, y a los dulces.

La percusión horizontal y vertical son pruebas importantes para el diagnóstico y pronóstico. Se anotan las sensibilidades a estas pruebas.

MOVILIDAD DENTARIA:

El pronóstico de dientes con enfermedad periodontal depende en parte a la movilidad inicial y de si esa movilidad se puede modificar mediante tratamiento.

La ferulización y el ajuste oclusal son procedimientos terapéuticos destinados específicamente a reducir la movilidad.

. Dicha movilidad puede ser medida y es determinante para el pronóstico y el plan de tratamiento así como para la evaluación de los resultados del tratamiento.

El grado de movilidad se establece por comparación de los dientes vecinos que no se mueven. Se puede tener mejor información haciendo que el paciente mueva en deslizamiento lateral y protusivo con los dientes en contacto. También podemos pedir al paciente que apriete y frote los dientes. Al cerrar los dientes se moverán; esto se percibirá visiblemente al observar la luz fija sobre la superficie dentaria al apoyar las yemas de

los dedos, parte sobre los dientes y parte sobre la encía.

GADOS DE MOVILIDAD:

Existe una escala que pone de 0 a 3 los grados de movilidad. El cero indica que no hay movilidad perceptible; el 0.5 se refiere a un movimiento leve, que se puede percibir en un central inferior sano; del 1.5 al 2.5 son grados de movilidad progresivos e incluso se puede llegar al tres indicando un pronóstico malo.

Los dientes normales tienen una movilidad apenas perceptible más allá de éste margen la movilidad es un síntoma temprano en el traumatismo periodontal y que se presenta tardíamente en la periodontitis.

Los factores que intervienen en la firmeza de un diente son la longitud y la forma de la raíz y la corona, así como la altura del hueso alveolar y el ancho del ligamento periodontal, además el estado biológico del diente.

Una de las causas de movilidad aparte de el traumatismo es la inflamación aguda, como ocurre cuando hay infección o después de una cirugía, también se aflojan durante el embarazo, la diabetes y las deficiencias nutricionales graves.

Sobre el periodonto se ejercen diferentes fuerzas físicas, desde los movimientos de la masticación hasta los movimiento que se ejercen por hábitos, por aparatos dentales, por procedimientos dentales durante la deglución y el bruxismo.

El traumatismo primario se refiere a la producción de movilidad de un diente con soporte normal, sometido a fuerzas -- que excedan los límites fisiológicos.

El traumatismo secundario es la movilidad producida en un diente con fuerzas normales en donde el soporte es débil. En la enfermedad gingival las fuerzas normales pueden producir una movilidad en un diente con soporte oseo completo.

EXAMEN DE OCLUSION Y FICHADO DE DIENTES:

Si la dentadura está completa, si se halla mutilada por extracciones, se registra si la falta de dientes ha sido reemplazada y como.

Si tienen que hacerse anotaciones se hacen de la siguiente manera; contestando a las siguientes preguntas:

¿La dentadura se mantiene por sí misma,? o el arco descendió? ¿Hay migración de los dientes?.

Cuando la dentadura está completa, tenemos que ubicarla dentro de la clasificación ortodóntica. Si existe enfermedad periodontal caries, o cualquiera otra enfermedad se anota.

No siempre que exista una buena oclusión quiere decir que exista una buena salud bucal. Las interferencias oclusales, extrucciones se pueden observar durante la función. Es posible que las restauraciones contribullan a los cambios patológicos.

Los hábitos como: que el paciente degluta con la boca abierta o colocando la lengua entre los dientes cuando deglute--

que tiende a morderse el labio, la lengua y los carrillos, siempre se anotan como posible factor etiológico de enfermedad periodontal. También es posible que muerda objetos como anteojos, las uñas, etc.

El paciente que es respirador bucal puede ser una causa de enfermedad periodontal y las encías se verán resacas.

FICHADO DE DIENTES: Los dientes se deben fichar y clasificar en; Dientes ausentes, dientes retenidos, anomalías patológicas periapicales, caries dolor a la percusión horizontal y vertical contactos prematuros y si necesita restauraciones o extracciones etc.

EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS:

Para la periodoncia el examen de tejidos blandos es de gran importancia, el interés por las anomalías y la localización de esos hallazgos.

LENGUA: Hay que observar su color, forma tamaño etc. - en la lengua puede aparecer indicios de enfermedades de el aparato digestivo.

MUCOSA BUCAL: El color, la textura, su irrigación, pigmentaciones, la marcación de la línea de oclusión.

PISO DE BOCA: La inserción de frenillos linguales, la irrigación de ésta zona, así como la funcionalidad de las glándulas salivales.

La saliva en cuanto a consistencia y cantidad, casi siempre son datos que se olvidan pero que no deben faltar en la historia dental.

LA ENCIA: Uno de los más importantes exámenes es la encía, de la que se debe anotar: color, textura y forma, consistencia, espesor y la facilidad del sangrado, si está inflamada, si existe cálculo cerca de ella.

Examinar la profundidad del vestíbulo el cuál puede ser somero o profundo.

La encía hipertrofiada puede ser ancha o angosta, si hay dolor, las zonas de impactación de alimentos, ulceraciones. Todo esto con muy claras anotaciones.

Los hallazgos gingivales clínicos se clasifican en la siguiente forma:

CLASIFICACION

- | | | |
|-----|--------------------------------------|--|
| I | EXTENCION DE LAS LESIONES: | Localizada o Generalizada |
| II | DISTRIBUCION DE LAS LESIONES: | Papilar, marginal, de la encía hipertrofiada. |
| III | ESTADO DE INFLAMACION | Aguda o Crónica. |
| IV | CARACTERISTICAS CLINICAS | Hiperplasia, úlceras, necrosis y formación de pseudomembranas, profundidad de las bolsas exudado purulento, exudado sérico, hemorragias, inserción - |

anormal de musculos ó freni---
llos, ancho de la encía inser-
tada y relación de bolsas oseas
con la unión mucogingival.

Al examinar la encía el Cirujano Dentista debe mante--
ner un cuadro de encía "normal" como guía, y le será más fácil -
observar la extensión y el estado de la inflamación y la distri-
bución de las lesiones.

Cuando existe enfermedad periodontal es posible, si no
es que con seguridad se encuentren bolsas periodontales, las ---
cuales deben ser medidas en cuanto a su profundidad. Esto se ha-
ce con una sonda calibrada. Y ésto se debe hacer después de tomar
los modelos de estudio.

La sonda se pasa por debajo de la encía, en toda la --
circunferencia del diente. Estas mediciones se hacen tomando co-
mo referencia tres puntos vestibulares y tres puntos linguales -
de cada diente. La sonda se manejará de modo que sea tratada por
el cálculos gingival. Además se inspecciona toda la circunferen-
cia a modo de barrido transversal para no pasar por alto una entra-
da angosta de alguna bolsa.

Es posible que la sonda no llegue hasta el fondo de la-
bolsa, el acceso y la presencia de depósito puede impedir su en-
trada. Los cálculos suelen causar errores de sondeo al entorpe--
cer la entrada de la sonda en el surco con la angulación de ade-

cuada, o al impedir su introducción hasta lo más profundo de la bolsa.

En estos casos la sonda debe dirigirse en distintas - direcciones. En bolsas tortuosas, cuando la sonda se orienta en forma totalmente paralela al eje mayor del diente y se le usa - para medir y no para explorar, es muy posible dejar de lado las partes más profundas de la bolsa.

IMPORTANCIA DEL SONDEO: Es particularmente importante porque las radiografías no ofrecen un cuadro exacto de la profundidad de la bolsa. Los niveles óseos pueden ser altos, y sin embargo las bolsas pueden ser profundas. Puede que exista pérdida ósea extensa, pero sin bolsas, si la encía se retrajo.

La finalidad del tratamiento periodontal es la eliminación de la bolsa, para devolver la salud periodontal. Esto no se conseguirá salvo que se sepa hasta donde se extiende la bolsa.

HALITOSIS:

La acumulación de alimentos en determinadas zonas, -- llegan a putrefactarse, la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda, con causantes de halitosis, otras veces puede ser que el paciente tenga alguna enfermedad febril, o alguna depresión psíquica.

Si alguna vez eliminadas las causas locales el mal haliento persistiera, es pertinente que el médico general, o el especialista, según corresponda, inspeccione nariz, faringe, -- amígdalas, pulmones, por que hay ocasiones en que estos órganos

provocan la halitosis.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular se ~~p~~ ~~r~~ ~~i~~ ~~p~~ ~~s~~ en las ex cursiones protusivas y la terales. Además hay que observar la - trayectoria del punto mentoniano durante los movimientos mandibulares.

La desviación de la articulación temporomandibular, - una trayectoria de apertura normal y suave indica que existe -- una disfunción muscular o articular. Sin embargo en la mayoría de los casos se comprobará que las articulaciones funcionan normalmente.

Algunos síntomas de disfunción de la articulación temporomandibular, son: algunos ruidos chasquidos, subluxación.

MODELOS DE ESTUDIO

Es importante ver la boca desde afuera porque en los modelos vemos la inclinación de los dientes, las relaciones de contacto interproximal y las zonas de retención de alimentos. - Además proporcionan una visión de las relaciones cuspideas linguales, constituyen registros importantes de las dentaduras antes de que sea tratada.

Así mismo sirven de ayuda visual en conversaciones -- con el paciente, para hacer comparaciones antes y después del - del tratamiento, y como referencia en las visitas de control.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El estudio radiográfico es muy importante porque junto con la historia clínica y el examen bucal, proporcionan datos importantes para llegar a un acertado diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento correcto.

Sin las radiografías quedará incompleto el estudio minucioso de nuestro paciente, claro está dentalmente.

La serie radiográfica debe contar con un mínimo de catorce radiografías de tipo periapical intrabucales y radiografías de aleta mordible.

Las radiografías registran la siguiente información:

- 1.- Altura, 2.- Patrones trabeculares óseos, 3.- zonas radiolúcidas que indiquen destrucción ósea 4.- Pérdida de las -- funciones óseas, 5.- ancho del espacio del ligamento periodontal 6.- Resorción entre corona y raíz (relación) 7.- Forma de la longitud de la raíz 8.- Caries, calidad general de las restauraciones y depósitos grandes de cálculo 9.- Localización del seno del maxilar respecto a la cresta alveolar 10.- Dientes retenidos, -- dientes ausentes, dientes supernumerarios.

Las radiografías son la presentación bidimensional de las estructuras tridimensionales: són útiles como elemento de -- diagnóstico cuando se las correlacionan con el examen bucal.

La importancia de las radiografías no debe extremarse. Las radiografías se estudian en forma ordenada para detectar patologías macroscópicas, quistes, granulomas cementomas, cuerpos-

extraños, dientes retenidos no erupcionados o supernumerarios, - neoplasias.

RADIOGRAFIAS PANORAMICAS:

Es un estudio simple y conveniente, és un método para- obtener una visión general del arco dentario y estructuras veci- nas.

Las radiografías panorámicas son útiles para identifi- car las anomalías y para el desarrollo de lesiones patológicas-- de dientes y maxilares y fracturas.

Proporcionan un cuadro radiográfico informativo gene-- ral de la distribución y gravedad de la destrucción osea en la - enfermedad periodontal, pero se requiere de la serie intrabucal- completa para hacer el diagnóstico definitivo y establecer un -- plan de tratamiento.

Los patrones de pérdida oseas se clasifican en pérdida osea vertical y pérdida ósea horizontal.

El seno del maxilar se acerca a la cresta alveolar en- zonas de pérdida osea.

Después del examen clínico es necesario determinar si- sus hallazgos concuerdan con sus expresiones del paciente. Hay - diferencias obvias que merecen ser revisadas.

Para ver los defectos oseos se suelen tomar radiogra-- fías con angulaciones predeterminadas. El empleo de conos de pla- ta calibrada o enrrojecida es de utilidad.

DIAGNOSTICO:

Las observaciones documentadas en la historia clínica, permiten al clínico hacer un diagnóstico.

Aunque la fase diagnóstico sea corta representa la información corregida de observaciones detalladas y del interrogatorio sistémico.

A partir del diagnóstico se planea el plan de tratamiento y se proyecta el pronóstico.

Cuando se diagnostica es menester precisar las características clínicas de la encía o del tejido que se halle afectado además hay que enumerar los hallazgos salientes que conducen a ese diagnóstico, resumiendo y agrupando los factores etiológicos primarios y contribuyentes.

El razonamiento a partir de las causas sobre una base biológica, y más aún cuando la etiología es desconocida, conducen a un tratamiento, lo más acertadamente posible.

El interés por el paciente que tienen una enfermedad y no simplemente por la enfermedad en sí, tienen que ser el principal motivo que nos induzca a dar el diagnóstico.

El diagnóstico debe ser sistemático organizado y con una finalidad específica, no solo es reunir datos, éstos adecuadamente estudiados son parte importante del diagnóstico, pero el profesional es el que dará una explicación coherente.

El diagnóstico contestará a las preguntas; ¿Cuales son-

los factores locales que causan una inflamación gingival y las -
bolsas periodontales? ¿Presenta el periodonto pruebas de la exis-
tencia de trauma oclusal? ¿hay relación oclusal que pueda ser to-
mada como causa de trauma de oclusión? Hay cambios gingivales y-
periodontales explicables mediante factores locales o sugieren -
la posibilidad de un etiología sistémica concomitante.

PRONOSTICO.

Orban dice que pronóstico es: la apreciación de la evo-
lución de la enfermedad y la predicción de la respuesta al trata-
miento. Por ello la precisión del pronóstico depende de lo exac-
to y completa que sea la información recogida durante el exámen.

Glikman afirma, que el pronóstico es la predicción de -
la evolución y la posible respuesta al plan de tratamiento, el -
cual se determina antes de dar el tratamiento.

El pronóstico dependerá de el paciente de su deseo de -
mantener sus dientes naturales, de su voluntad para conservar --
una buena higiene, sin todo esto el tratamiento no tendrá éxito-
y el pronóstico será negativo.

Existen dos facetas en el pronóstico, para los pacientes
con enfermedad periodontal, El pronóstico total y el pronóstico-
individual de cada diente.

El pronóstico total, se refiere a saber si la dentadura
como unidad funcional dará resultado el tratamiento. Respondien-
do a las siguientes preguntas:

a) ¿hay que emprender el tratamiento?

b) ¿Tendrá éxito?

Cuando se determina el pronóstico total deberá tomarse en consideración los siguientes factores:

ANTECEDENTES GENERALES:

En pacientes cuya destrucción periodontal no puede justificarse solamente por los factores locales, lo razonable es -- pensar en una etiología sistemática concomitante.

Si la etiología es conocida, por ejemplo la Diabetes el hipertiroidismo, e hiperparatiroidismo, deficiencias nutricionales, el pronóstico del estado periodontal se beneficiará con su corrección.

Cuando se requiera de tratamiento periodontal, pero no sea posible realización por enfermedad sistémica, el pronóstico será reservado. Un ejemplo será el Parkinsonismo.

DIENTES REMANENTES:

Si el número de los dientes son inadecuados para el sosten de prótesis satisfactoriamente, el pronóstico total será malo. La posibilidad de mantener la salud periodontal está disminuida a causa de la incapacidad de establecer un medio ambiente funcional adecuado.

Las prótesis fijas removibles muy extensas construídas sobre una cantidad insuficiente de dientes naturales serán lesio

nes periodontales que es más factible que aceleren la pérdida de los dientes a que proporcionen un servicio de salud que valga la pena.

ALTURA DE HUESO REMANENTE:

Esto se refiere a que por mucha pérdida de hueso que -- exista es posible que el hueso remanente sostenga al diente.

EDAD DEL PACIENTE.

El paciente joven ha revelado una mayor pérdida que el paciente de edad madura, en razón de la dirección de los niveles óseos normales para esas edades respectivas, y su estado representa un proceso destructivo más rápido, porque es más corto el período. En que se produjo la pérdida ósea. Sin embargo la capacidad de reparación del hueso es más rápido en el joven y su pronóstico será favorable.

CRITERIO PARA ESTABLECER EL PRONOSTICO.

En el pronóstico va evaluado la capacidad que posea el Cirujano Dentista para reconocer la enfermedad periodontal, su capacidad para corregir todo daño. También es importante la voluntad del paciente para mantener la salud periodontal y los dientes.

Dentro del pronóstico una de las más importantes consideraciones es la conservación de la dentadura como unidad funcio

nal.

Es posible que para la conservación de la dentadura como unidad funcional sea necesaria la pérdida de algunos órganos, siempre y cuando sea posible conservar y restaurar de forma apropiada la dentadura restante.

PRONOSTICO PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL:

El pronóstico en pacientes que padecen enfermedad gingival se basa sobre el papel de la inflamación, en el proceso total de la enfermedad. Si la inflamación es el único cambio patológico, el pronóstico será favorable, siempre y cuando se elimine la totalidad de los irritantes locales, y que el paciente colabore mediante el aporte de una buena higiene bucal, si la inflamación está sobreagregada a cambios tisulares de origen sistémico (como el agrandamiento gingival en el embarazo, o en la pubertad) la enfermedad gingival puede ser corregida temporalmente eliminando las causas locales, pero el pronóstico a lo largo se basa en la corrección de los factores sistémicos que intervienen.

PRONOSTICO EN:

INFLAMACION Y PERDIDA OSEA: Cuando todos los factores locales son iguales, el pronóstico de la enfermedad periodontal está en relación directamente con la inflamación.

Comparativamente en dos pacientes con destrucción osea, tendrá mejor pronóstico que el que tenga mayor grado de inflama--

mación. Cuando se detecta pérdida osea por factores locales, el pronóstico puede ser bueno.

BOLSAS PERIODONTALES:. Cuando se da el pronóstico total es importante hacer incapié en la localización de las bolsas periodontales. Un paciente con bolsas periodontales profundas y poca destrucción osea tiene un mejor pronóstico que el -- que tiene bolsas someras y con gran destrucción de hueso.

MAL OCLUSION:. El pronóstico total es malo en pacientes con deformaciones oclusales que no se puedan corregir; la -- corrección de los dientes y su alineación es irregular así como de los maxilares y relaciones oclusales anormales; por medios -- ortodónticos o protésicos es esencial si se desea que el tratamiento tenga éxito.

MORFOLOGIA DENTARIA:. La desproporción corona raíz y la poca superficie disponible para el soporte periodontal. El -- periodonto es más susceptible al ataque de las fuerzas oclusales, el pronóstico es malo.

MOVILIDAD DENTARIA:. La posibilidad de mantener la estabilidad dentaria es inversamente proporcional a la magnitud -- de la movilidad que se origina en la pérdida de hueso alveolar.

LOCALIZACION DEL HUESO REMANENTE EN RELACION CON LAS SUPERFICIES DENTARIAS INDIVIDUALES.

Cuando hay mayor pérdida osea en una superficie de un

diente, al determinar el pronóstico, hay que tomar en consideración la altura del hueso en las superficies menos afectadas, el centro de rotación estará más cerca de la corona que las superficies con mayor altura de hueso.

RELACION CON DIENTES ADYACENTES:. Al tratar de salvar un diente con un pronóstico dudoso, es posible que se dañe más a los dientes adyacentes. El intento heroico de conservar un diente afectado sin remedio, arriesga los dientes vecinos. A la extracción del diente dudoso sigue la restauración parcial de soporte oseo del diente adyacente.

BOLSAS INFRAOSEA:. Su tratamiento es difícil.

LESIONES BIFURCALES:. Pronóstico malo.

CARIES EN DIENTES NO VITALES Y RESORCION RADICULAR:. - En dientes extensos es posible que se pueda realizar el tratamiento de conductos, y el pronóstico de dientes vitales es diferente de los dientes no vitales.

Mucho depende del criterio y la experiencia para determinar el pronóstico y según ORBAN dentro de el tratamiento dental se concibe casi siempre en términos de absoluto.

Los pronósticos de bueno y malo, o el éxito o fracaso se consideran como blanco y negro, pero que para llegar a cualquiera de estos dos tendrá que haber pasado un mínimo de 15 a 20 días para calificar el éxito o el pronóstico favorable.

Las confuciones están dadas por lo anteriormente dicho

a nuestra poca experiencia, porque es posible que un inexperto -- reconocerá las lesiones periodontales más obvias, sin embargo -- tratarse inadecuadamente. De esta manera sobreviene la desilusión por la parodoncia y cada vez estará más inclinada la balanza hacia la extracción.

No obstante hay momentos en que esté indicada la extracción, lo importante en esto estriba, en un perfecto diagnóstico y un correcto pronóstico, estableciendo la diferencia entre la - extracción y el tratamiento periodontal.

Por lo tanto hay que juzgar diente por diente, teniendo en mente la dentadura como unidad funcional ya que una extracción puede agravar más el problema y en otras puede simplificar lo. Esto es muy importante para el diagnóstico individual.

PLAN DE TRATAMIENTO:

El plan de tratamiento es el conjunto de procedimiento organizados, encaminados para la eliminación de los síntomas de - la enfermedad y reestablecer la salud.

Para un plan de tratamiento, debemos tomar en cuenta -- los hallazgos del exámen, del diagnóstico, de la etiología presuntiva de la enfermedad y el pronóstico.

Se requiere del esfuerzo y mancomunado de el paciente y el Cirujano Dentista, puesto que una de las finalidades del plan de tratamiento es determinar los procesos destructivos y establecer condiciones bucales conducentes a la salud periodontal y és-

to se realiza solamente entre los dos.

El tratamiento también tiene sus limitaciones por lo que las medidas terapéuticas deben tener base predecible.

Dentro de un plan de tratamiento también se proyecta un programa de mantenimiento del estado de salud, pero esto depende de el estado actual del paciente y de los objetivos del tratamiento:

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:

Los objetivos del plan de tratamiento, muchas veces no se cumplen puesto que hay que tomar en consideración ciertos factores por ejemplo: ¿Es posible que responda positivamente al tratamiento? ¿La encía es firme irritable y no sangra? ¿Se puede eliminar la bolsa periodontal? ¿Se puede estabilizar el diente? ¿Puede el paciente tolerar el tratamiento?.

Si no se puede responder afirmativamente los interrogantes anteriores, será mejor buscar otro tipo de tratamiento, o en su defecto realizar la extracción.

Es menester la valoración de la colocación de restauraciones por medio de prótesis, si ésta puede ser extensa, si hay necesidad de ferulizar o hacer movimientos ortodónticos o es preferible otro, procedimiento.

ORDEN DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento se compone de una serie de pasos. Sien-

do el paso inicial para la eliminación de la inflamación y instituir de un programa de higiene bucal.

Esto además demanda la eliminación de todos los depósitos de cálculo, y el establecimiento del control eficaz de placa, con las consiguientes instrucciones para su aseo en casa.

Al final de ésta etapa se verán los cambios que hubo, a comparación con el exámen preliminar, así como de sus causas presuntivas. También se comparará las profundidades de la bolsa y la movilidad dentaria.

Después de todo esto se revalora el plan de tratamiento periodontal y se hacen los cambios necesarios.

Por lo general el tratamiento periodontal procederá a intervenciones resturadoras, sin embargo, las caries son a veces tan profundas que demanden restauración inmediata, la restauración será temporal la restauración definitiva se hará al término del tratamiento. Tomando en cuenta la necesidad de ferulización de dientes durante el tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico se planea el plan de tratamiento, él exige planificación a largo plazo. El tratamiento para el paciente debe estar valorado en años de funcionamiento útil para toda su dentadura. Se orienta hacia el establecimiento y manetenimiento de la salud del periodonto, en toda la boca, y no hacia esfuerzos espectaculares por refirmar un diente flojo.

El bienestar de la dentadura no debe ser puesta en peli

gro por un intento heróico de conservar dientes dudosos. El estado periodontal de los dientes que decidimos conservar es más importante que su número.

Dientes que puedan ser conservados con un mínimo de duda y un margen máximo de seguridad que proporcionen la base del plan de tratamiento.

FACTORES PARA DETERMINAR EL TRATAMIENTO.

En periodoncia, dentro del examen bucal el diagnóstico y el pronóstico se hará diente por diente, existiendo varios factores que intervienen en la determinación del tratamiento.

a) La extensión de las bolsas periodontales, su localización y profundidad.

b) La pérdida osea, cuanto mayor y más regular sea la pérdida osea peor será el pronóstico.

La pérdida osea vertical y defectos oseos ahuecados, complicará su tratamiento; la pérdida osea es horizontal -- dificultan eliminar la bolsa y el pronóstico será bastante más favorable.

MOVILIDAD DENTARIA: Todos los dientes exceptuando los que se mantienen anquilosados tienen cierto grado de movilidad. -- Cuando la pérdida osea es muy extensa y las bolsas son muy profundas y los factores sistémicos no se han eliminado el pronóstico puede ser malo.

Si se puede eliminar la causa de la movilidad o controlarla el pronóstico será mejor. La movilidad dentaria se correlaciona con los datos clínicos y radiográficos, que aún cuando en éstos no se ve su grado de movilidad se puede captar su factor etiológico.

Cuando los signos de enfermedad periodontal son atribuibles a la inflamación es más favorable, que cuando se trate de enfermedades sistémica.

EXTRACCIONES.

Es importante la valoración de los dientes por extraer si es necesaria su extracción se hace en las primeras etapas del tratamiento, salvo que quieran conservarse provisionalmente para mantener el espacio.

Pero el no eliminarse a tiempo éstos dientes y el no explicar la causa al paciente, atrae serias consecuencias, puesto que hará el tratamiento más complicado, porque presta un foco de infección Además donde se deja un diente por extraer la falta de higiene, es muy común. Es posible que al paciente se le haya olvidado el pronóstico de éste diente, y al hacer el Odontólogo la extracción pensará que el tratamiento ha fracasado y que tuvo que hacer la extracción.

ORTODONCIA:

Los tratamientos de ortodoncia siempre irán precedidos de control de placa.

AJUSTE OCLUSAL:

El ajuste oclusal se hace después del raspaje de alizamiento radicular una vez eliminada la inflamación. Cuando los dientes tienen gran movilidad se hace un ajuste oclusal burdo como primer paso para reducirla.

El ajuste oclusal se puede realizar después de cirugía y tratamientos de ortodoncia.

PLAN MAESTRO PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO.

La meta principal es establecer una salud periodontal total.

El plan de tratamiento se puede dividir en cuatro fases: se prepara en cada una de ellas los pacientes según las necesidades del caso.

FASE I TEJIDOS BLANDOS: Eliminando la inflamación y las bolsas periodontales así como los factores etiológicos.

FASE II FASE FUNCIONAL: Procedimientos para establecer la funcionalidad de toda la dentadura, ortodoncia ferulización, reajuste oclusal etc.

FASE III FASE SISTEMICA: Es la terapéutica que se administra tomando en cuenta los trastornos sistémicos aunada al tratamiento médico.

FASE IV FASE DE MANTENIMIENTO: Es la fase de educación del paciente para seguir conservando la salud

periodontal.

REGISTROS DEL PLAN DE TRATAMIENTO:

Es preciso registrar con exactitud el tratamiento realizado en cada sección; el registro, preciso de los avances, de la terapéutica farmacológica, del cepillado y los demás procedimientos de higiene bucal.

A medida que se efectúe el tratamiento se controlará cada paso con el plan de tratamiento, en cada sesión deberá hacerse el registro completo y ordenado.

CONTROL DE PLACA EN EL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Durante el tratamiento de la enfermedad periodontal es importante eliminar todos los factores locales como la placa dental, los restos alimenticios y a esto se le llama "FISIOTERAPIA BUCAL".

Estos factores locales son la causa de inflamación, -- que solo intervienen en la cicatrización retrazandola, que pueden ser o son la causa de la recidiva.

Por lo general el tratamiento es una experiencia totalmente nueva en el paciente con respecto a las experiencias pasadas. Ahora el está trabajando activamente. El paciente debe saber que su cooperación es importantísima. El Cirujano Dentista-- le explicará detalladamente cómo va a ser su cooperación, que es lo que se espera de él como paciente y como es la manera en que puede hacerlo.

En su ansiedad por su problema el paciente promete cooperar y hacer cualquier cosa por salvar sus dientes. Esto no tiene sentido cuando no se hace de su conocimiento de lo que abarca esa promesa.

Solo podemos conservar los dientes naturales cuando ellos están sanos junto con sus tejidos circundante. Cuando hay enfermedad periodontal, la conservación de la dentadura natural solo es posible si el odontologo tiene la capacidad de reconocerla y tratarla adecuadamente.

Hay que considerar que el tratamiento debe ser tan individual como lo es el paciente. La mayoría de los casos de periodontitis presentan un tipo similar de cuadro clínico e histológico, pero cada paciente que tiene la enfermedad es diferente.

Desde el momento en que el enfoque que se hace del paciente es individual, el tratamiento eficaz que se establezca también debe ser individual.

2.- PERIODONCIA PREVENTIVA.

Actualmente los conocimientos de la enfermedad periodontal, desde su inicio, hasta su tratamiento incluyendo la etiología, es bastante avanzado.

Cuando ya existe enfermedad periodontal lo más importante es tratarla. Se precisará de la capacidad de brindar tratamiento adecuados para la prevención, esto representa un enfoque totalmente diferente.

El tratamiento periodontal comienza con la salud y busca preservarla utilizando los métodos de aplicación universal --mas simples.

La periodoncia preventiva es un programa de coopera---ción entre el odontologo y el paciente, para la prevención de la enfermedad y la preservación de la dentadura natural, previniendo el comienzo, el avance y la repetición de la gingivitis o la enfermedad periodontal.

LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SON PREVENIBLES.

La mayoría de las gingivitis y las periodontitis pueden ser prevenidos, ya que tienen sus orígenes en factores locales que son accesibles de ser corregidos y controlados.

La periodontitis es la extensión de la gingivitis y su origen son los mismos factores locales.

La existencia de factores locales se pueden atribuir a la negligencia de los pacientes; la enfermedad se produce por el descuido de la boca y puede pasar de una enfermedad incipiente a una enfermedad destructiva.

La mala higiene bucal permite la acumulación de placa, de cálculos, y materia alba, así enmascara a los demás factores-locales causales de la enfermedad gingival. El estado de la higiene bucal individual determina la frecuencia de la gingivitis.

La mayoría de los pacientes van en busca del tratamiento periodontal cuando ya existe el dolor, porque temen perder --

sus dientes, cuando se requiere de un tratamiento muy largo y -- complicado y muchas veces costoso.

PREVENCION DE LA PLACA.

La placa dentaria es la causa más importante de la enfermedad gingival y periodontal, porque a partir de ella la encía se inflama por el acúmulo de cálculo.

El prevenir la acumulación de placa dentaria y otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes, es la manera más eficaz de prevenir la gingivitis, constituyendo así la parte crítica de los diferentes tratamientos para la prevención de la enfermedad periodontal.

De los métodos que actualmente se tienen para evitar el acúmulo de placa, el más importante es la limpieza mecánica-- con cepillo dental, dentrífico y auxiliares de la higiene bucal.

. También con la aplicación de inhibidores químicos administrados en algunos enjuagatorios o en dentríficos. Sin embargo toda placa tendrá que ser eliminada por acción mecánica, aún en los lugares difíciles de llegar.

Cada paciente de cada práctica dental debiera encontrarse sometido a un programa de control de placa. Para un paciente con periodonto sano, el control de placa significa la prevención de la enfermedad, para un paciente con enfermedad periodontal, -- significa una cicatrización postoperatoria; y para el paciente con enfermedad periodontal tratada, significa la prevención de --

la recidiva de la enfermedad.

CEPILLOS DE DIENTES Y OTROS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL.

El cepillos de dientes junto con los dentríficos ayudan a la eliminación de la placa y la materia alba, y como consecuencia se reduce la instalación de la gingivitis.

Existen cepillos de diferentes tamaños y durezas, en cuanto a cerdas se refieren, longitud y distribución de las mismas.

Un cepillo de dientes por acción mecánica manual o eléctrica debe limpiar eficazmente todas las áreas de la boca. La elección es cuestión personal, pero el Cirujano Dentista debe contribuir a esa elección.

Algunos de los investigadores de éste tema aseguran -- que los cepillos eléctricos son superiores a los cepillos manuales en términos de remoción de placa y acúmulo de cálculo, hay un mayor mejoramiento de la salud gingival. Sin embargo hay quienes dicen que los cepillos eléctricos producen menor abrasión a la substancia dentaria y materiales de restauración.

Es muy importante la remoción de la placa en zonas interproximales, porque la mayoría de las enfermedades gingivales comienzan en la papila interdientaria. Para un mejor control de placa, el cepillado ha de ser complementado con auxiliares de limpieza oral como: hilo dental, limpiadores interdientales, aparatos de irrigación bucal y enjuagatorios.

METODOS DE CEPILLADO

Con excepción de los métodos abiertamente terapéuticos existen muchos métodos de cepillados. Es la minuciosidad y no la técnica lo que determina la eficacia del cepillado dental.

Según las necesidades del paciente son los métodos, e incluso se pueden combinar los diferentes métodos de cepillado.- El paciente haciendo caso omiso de la técnica enseñada, desarrolla modificaciones individualizadas de ellas.

En todos los métodos la boca está dividida en dos secciones se comienza por la derecha y se cepilla hasta que queden limpias todas las superficies accesibles.

Como ya dijimos anteriormente existen varias técnicas, las que mencionaremos a continuación. El Cirujano Dentista escogerá entre la que crea conveniente:

METODOS .

Método de chartes, método de fones, método de cepillos eléctricos, método fisiológico, método de Bass método de Stillman, método de Stillman modificado.

OTROS METODOS AUXILIARES DE LA LIMPIEZA DENTAL.

El hilo dental es un método eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales.

Existe Nylon no encerado superior al Nylon encerado.

FINALIDAD DEL CONTROL DE PLACA:

El control de placa dental tienen tres finalidades:

- 1) Prevención de la enfermedad gingival y periodontal.
- 2) Como parte crítica de tratamiento periodontal.
- 3) En la prevención de la expansión de la enfermedad - en la boca tratada.

En todos estos casos el control de placa será explicada al paciente en forma sistemática.

Primeramente al paciente el cuál se le va a prevenir - la enfermedad periodontal dará información de lo que se refiere, y como actúa ésta, como es posible su avance dentro de la boca. Motivar de alguna manera al paciente para que tenga mayor cuidado de su boca. Que su deseo sea mantener la limpieza bucal en -- beneficio propio y no para agradar al Cirujano Dentista.

La educación del paciente en éste sentido no es sencillo, la explicación de la técnica de cepillado gingival, para -- evitar la enfermedad debe ser visual.

El uso del hilo dental, los estimuladores de las encías, la goma, estimulante, e irrigación de agua bajo presión -- etc. es una enseñanza en la que se tiene quedar conforme sin temor a hacerse daño, el propio paciente.

Con instrucción y prevención es posible que los pacientes reduzcan la frecuencia de la gingivitis, mucho mas eficazmente que con sus antiguos hábitos de higiene bucal.

OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERIODONCIA PREVENTIVA:

Aún cuando el control de placa sea decisiva por parte del paciente es solo una de las fases de la periodoncia preventiva. Debe ser combinado con un programa regular de otros procedimientos preventivos en el consultorio dental.

La prevención comienza con la historia del paciente - en particular en lo que se refiere a la cavidad bucal y el examen minucioso de los dientes, tejidos bucales blancos y estructurales adyacentes.

La educación de los pacientes con respecto a las visitas periódicas al Cirujano Dentista, constituye una medida preventiva importante. Sin embargo, cada visita ha de ser una visita preventiva conciente; y no la simple limpieza en busca de nuevas caries. Ha de constituir un procedimiento según las necesidades, como por ejemplo profilaxis bucal, y trauma de oclusión.

3.- TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES:

Para la enfermedad gingival y periodontal existen tratamientos, que basándose en los hallazgos clínicos, bajo el examen bucal y la historia sistemática es posible establecer un plan de tratamiento.

Anteriormente explicamos como se desarrolla el plan de tratamiento, después de haber dado un diagnóstico y un pronóstico general e individual en el caso de pacientes dentados, el-

pronóstico de cada diente determinara el tratamiento.

De ésta manera existen tratamientos que son comunes -- de alguna forma, por ejemplo la eliminación de tejido necrótico o tejido de granulación mediante el raspaje o curetaje, que se realiza cuando la presencia de cálculo subgingival, ha provocado la migración de la encía. Y también en la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda, cuando ha necrozado parte de el tejido.

En otras ocasiones la gingivitis es tratada cuando aún no invade tejidos profundos periodontales y solo haremos el tratamiento de la ginivitis marginal.

Dichos tratamientos es únicamente una referencia de -- los tratamientos más frecuentes.

El tratamiento a las enfermedades gingivales debido a cambios endócrinos, son de importancia especial, especial sobre todo durante la adolescencia, puesto que a esta edad no solo se presentan gingivitis sino que cambios sociales y psicológicos en el propio paciente.

De igual forma en mujeres grávidas el tratamiento tendrá que hacerse basandose en su historia clínica, es muy posible que la información encunto a el tratamiento en mujeres embarazadas no sea muy extenso, pero si no se realiza a tiempo, o en momento adecuado, pueden correrse riesgos, puesto que la historia ginecológica puede revelarnos estados de strees emocionales que coadyuven al aborto o a cualquier otro mecanismo perjudicial

para el producto o para la madre.

Es posible que algunos profesionistas eviten tratar a la mujer embarazada y colaboren a acrecentar la creencia de que el embarazo es la causa de la enfermedad gingival.

Los cambios hormonales que existen en la menopausia, ocasiona la gingivitis descamativa crónica, o la gingivoestomatitis menopáusica senil, la cual es muy dolorosa, necesita, un especial interés puesto que su tratamiento es específico.

a) ELIMINACION DE LAS BOLSAS PERIODONTALES CURETAJE Y GINGIVECTOMIAS.

Con la eliminación de las bolsas periodontales, reducimos la profundidad del surco fisiológico, restaurando así la salud gingival.

La eliminación de la bolsa periodontal es la clave -- de el tratamiento. Es un factor decisivo en la restauración de la salud periodontal y la detención de la distribución de los irritantes locales y la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

El tratamiento de las bolsas periodontales, tiene como meta la eliminación total o la reducción parcial de la profundidad de la bolsa,

Los métodos de eliminación de las bolsas se clasifican en dos grupos principalmente.

1.- La técnica de raspaje y curetaje

2.- La técnica quirúrgica que incluye gingivoplastias y las operaciones por el colgajo.

Los beneficios que obtengamos con la eliminación de las bolsas periodontales, son muchos, principalmente detener la destrucción ósea inducida por la inflamación.

La inflamación que proviene de las bolsas periodontales causa degeneración en el ligamento periodontal, lo cual contribuye a la movilidad dentaria anormal y perturba la capacidad del periodonto para soportar las fuerzas oclusales y sostener restauraciones y prótesis dentales.

INDICACIONES DEL CURETAJE:

1.- La eliminación de las bolsas superiores en las cuales la profundidad es tal que los cálculos que están sobre la raíz, se pueden examinar por completo mediante la separación de la pared de la bolsa, con un chorro de agua tibia o con una sonda. Para que el raspaje tenga éxito la pared de la bolsa debe estar edematosa, para que se contraiga hasta la profundidad del surco normal.

2.- En la mayoría de las gingivitis con excepción de los agrandamientos gingivales.

3.- El raspaje y el curetaje también es una de las diversas técnicas del tratamiento de bolsas infraóseas.

CURETAJE:

Hay quienes piensan que el curetaje consiste en el alizamiento de las paredes de la raíz, pero en realidad es la remoción de tejido necrótico y degenerado que tapiza las paredes gingivales de las paredes de la bolsa periodontal.

El curetaje acelera la cicatrización, mediante la reducción de la tarea de las enzimas orgánica y fagocitarias, quienes de ordinario eliminan los residuos tisulares durante la cicatrización.

Además al eliminar el revestimiento epitelial de la bolsa periodontal, el curetaje, suprime una barrera a la reinserción del ligamento periodontal en la superficie radicular.

Cuando se hace un raspaje y un curetaje se traumatiza e irrita la encía incluso si se realiza con extremo cuidado. Los efectos nocivos son de proporciones microscópicas y por lo general no afectan significativamente a la cicatrización.

En la eliminación de la bolsa, es preciso tener un plan de procedimientos antes de empezar.

TECNICA DE CURETAJE O ELIMINACION DE BOLSAS PERIODONTALES.

La técnica de raspaje y curetaje es el procedimiento básico que más se usa para la eliminación de las bolsas periodontales.

Consiste en raspar e ir alizando las paredes de la raíz eliminando cálculos, placa y otros depósitos, eliminando la subg

tancia dentaria necrótica y el curetaje de las superficies interna de la pared gingival de las bolsas periodontales para desprender el tejido blando enfermo.

Lo primero que se tiene que hacer en el raspaje es apreciar la extensión de los cálculos subgingivales antes de tratar de retirarlos, para ésto podemos utilizar un instrumento (explorador o raspador fino) lo introducimos en dirección del ápice, hasta que se sienta la terminación de los cálculos sobre la raíz. Generalmente la distancia que hay desde el borde del cálculo --- la placa y el fondo de la bolsa varía entre 0.2 mm a 1 mm.

Las distancias más cortas y menos accesible son las -- bolsas más profundas.

El operador debe conservar la observación, por medio de aire tibio en el diente y el margen gingival; generalmente el -- cálculo es de color pardo u oscuro, casi color chocolate, o --- bien casi color del diente, pudiendo escapar a la detección. En ocasiones es difícil ver el cálculo por la inflamación de la pared blanda.

La remoción completa de cálculo subgingival demanda el desarrollo de un sentido del tacto muy delicado. Durante el procedimiento se debe raspar y raspar las paredes de la raíz para -- comprobar su lisura, se hace con un explorador agudo.

En las superficies proximales de los dientes posteriores con frecuencia existe un surco vertical pequeño, los cálcu--

los alojados en estos surcos da un contorno liso a la raíz, y da la impresión equivocada de que el cálculo ha sido eliminado por completo. Los cálculos retenidos impiden la curación total.

COMO RASPAR Y ALIZAR: El raspado y curetaje consisten en una serie de movimientos de tracción, exceptuando los dientes anteriores que están muy juntos, en estos se usan cinceles delgados con un movimiento de empuje o impulsión.

El instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con un movimiento de tracción firme en dirección a la corona. El arrastre brusco sobre el tejido deja muescas en la superficie radicular que origina sensibilidad posoperatoria.

En el movimiento de empuje los dedos activan el instrumento apoyándose en los bordes laterales del cálculo y empujándose se desprende el cálculo. Para no introducir cálculo dentro de los tejidos de soporte evítese empujar el instrumento en sentido apical.

La remoción del cálculo debe ser una sola intención y no adelgazamiento de éste hasta alcanzar la superficie dentaria.

Una vez eliminado el cálculo de una parte del diente, el instrumento se desplaza para desprender los depósitos adyacentes. El área de trabajo se limita a una pequeña zona del diente a los lados de la unión amalocementaria, donde se localizan los cálculos y otros depósitos.

Una vez eliminado todo el cálculo dentario es preciso sentir lisa la pared de la raíz en todas sus caras. Si sentimos que existe cemento reblandecido (cemento necrótico) es necesario eliminarlo hasta que encontremos tejido dental firme aún cuando éste no sea nuestra finalidad dejaremos dentina expuesta pero a veces es imposible quitarlo.

RECIDIVA DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA PERIODONTAL.

Una vez hecha la eliminación de la bolsa periodontal es posible que el paciente regrese con una nueva profundización. Esto sucede en pacientes con evidente buena higiene bucal que son visitados con intervalos de tres meses para profilaxis de mantenimiento y cuidados caseros.

La recidiva proviene de la inflamación gingival, cuya principal causa es la placa dentaria. La profundización de la bolsa producida por el aumento de altura de la encía (bolsa gingival) y no por la destrucción de tejidos periodontales de soporte y la migración apical de la adherencia epitelial.

GINGIVECTOMIA.

El operador debe establecer perfectamente el diagnóstico - la gingivectomía es un procedimiento definitivo para eliminar - bolsas supraoseas profundas, bolsas supraoseas con fibrosis en sus paredes. Luego entonces debe saberse cual será el tratamiento a seguir si el curetaje y el raspaje o la gingivectomía, para

no someter al paciente a dos operaciones, y así obtener un resultado que se puede corregir en una sólo.

Al eliminar la pared enferma de la bolsa se oculta la superficie dentaria, proporciona la accesibilidad y visibilidad para la remoción completa de el cálculo.

Cuando se elimina tejido enfermo y lo factores locales -- que se mantenían continuamente irritando, proporcionan un medioambiente probable para la completa cicatrización gingival y restauración del controno gingival fisiológico.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA GINGIVECTOMIA.

La gingivectomía y la gingivoplastía, es una técnica compuesta de dos operaciones; una de ella es la gingivectomía que tiene como finalidad eliminar las bolsas periodontales por medio de una incisión en la pared blanda de la bolsa. La gingivoplastía es la modelación de la encía que ha perdido su forma fisiológica.

Regularmente la gingivectomía y la gingivoplastía se realizan juntas.

El recidivar de la enfermedad está básicamente en el error al escoger el tratamiento, o bien cuando el tratamiento no es ejecutado, correctamente o por la mala higiene del paciente.

Para que la gingivectomía dé buenos resultados necesitamos, que la zona de la encía incertada sea suficientemente ancha para que la excisión de parte de ella se deje una zona adecuada-

desde el punto de vista funcional.

La gingivectomía y la gingivoplastia están indicadas para la eliminación de las bolsas periodontales, supralaveolares y --bolsas falsas, para eliminar agrandamientos fibrosos o edemato--sos de la encía.

También se utiliza en la transformación de márgenes redondos o engrosados en la forma ideal (filo de cuchillo)

La gingivectomía esta contraindicada en presencia de rebordes alveolares vestibulares y bucales gruesos, cráteres interdentarios o crestas oseas de forma caprichosa.

El éxito o fracaso de la intervención estriba principalmente en la relación que guarda la posición del margen gingival, el espesor de la encía y la forma del hueso adyacente, como también es importante la posición del diente.

ORBAN afirma que lo más importante es la forma osea; en tales condiciones podemos esperar la regeneración coronaria de las pápilas interdentarias. Cuando existen bolsas intraalveolares o intaosea no será posible eliminar su base y al no ser eliminada totalmente va a recidivar.

Si la enfermedad ha avanzado de tal manera que halla llegado a la unión mucogingival, durante la cirugía tendrá que eliminarse gran parte de la encía incertada y la mucosa alveolar tomará su lugar siendo ésta un substituto no muy bueno de la encía incertada en estos casos la lesión sigue.

El tratamiento fracasa cuando el paciente no mantiene la - higiene oral adecuada. Los pacientes por su estado emocional no-- se encuentra bien de salud, por lo tanto el trabajador con prudencia sobretodo cuando su tratamiento es en dientes anteriores superiores donde algunos pacientes enseñan gran parte de las encías, es de muy buen juicio presentarle al paciente el tratamiento an-- tes que efectuar la cirugía.

La cirugía está contraindicada en pacientes con enfermedad de Adison, o endiabetes no controlada, o bien en pacientes que - estén bajo tratamiento a base de anticoagulante.

También está contraindicada en pacientes que se quejan de- sensibilidad antes de la cirugía.

TECNICA DE GINGIVECTOMIA

El exámen bucal y la medición de las bolsas por medio del- sondeo perfectamente medida su profundidad, es el primer paso de- la gingivectomía.

En la incisión se hace un corte inicial de incisal a los - puntos sangrantes extendiendose por la encía hasta el final o a - nivel del fondo de la bolsa.

El espesor de la encía la inclinación axial de dientes nos dará la distancia exacta por apical a los puntos sangrantes, don- de la encía sea gruesa el bisel puede ser largo. Por el contrario donde la encía sea delgada y la textura fina del bicel será corta

Conferirá la forma festoneada adecuada.

La incisión mesiodistal debe ir imitando la forma festoneada ideal, parecido al festoneada de la prótesis.

El bisturí debe estar bien afilado para evitar desgarres, - la hoja debe tener contacto con la superficie dentaria en lo profundo del corte.

En la zona interdientaria la incisión se extenderá a mayor profundidad en los tejidos.

Cuando la encía es más gruesa y fibrosa puede precisarse a volver a hacer el movimiento dentro de la primera incisión para controlar la encía del todo.

La incisión de los tejidos cortados irán unidos para prevalecer una buena forma en la zona operada y para ello en ocasiones se sacrifica una banda de encía normal, para conseguir la forma apropiada del tejido.

Cuando la cirugía se hace en la encía que abarca el último diente de la arcada debe empezarse la incisión por distal a este diente utilizando bisturí angulado.

El tejido gingival incidido se elimina desde un extremo -- parcialmente desprendido con tijeras para tejido, bisturí o escape lo cortando su unión remanente.

BISELADO Y FESTONEADO:

Si la incisión se planifica, y se realiza bien eliminando las bolsas la incisión dejará una superficie convertiente hacia -

la corona llamada bisel.

El bisel termina en una forma de filo de cuchillo y el tejido restante quedará festoneado para asegurarse que la forma fisiológica y el surco somero persistan después de la cicatrización

ORBAN recomienda la utilización del bisturí de ORBAN, para alcanzar este objetivo, pero él mismo hace la aclaración de que se puede utilizar tijeras quirúrgicas o electrocauterio. Con los mismos instrumentos se hacen vías de escape interdentario.

Para el retoque de los biseles se utilizan los bisturís -- arrañados o interdentarios, raspando levemente el borde, pero con precisión firme y pareja sobre el tejido fibroso resistente.

También se puede utilizar piedra de diamante en el festoneado de las superficies cuando el tejido es duro.

COLOCACION DE APOSITO QUIRURGICO:

La principal finalidad del apósito quirúrgico es la comodidad posoperatoria para el paciente. El apósito impide la formación de tejido de granulación.

Debe cubrir la herida y proteger la encía del trauma mecánico de la masticación y de la irritación de alimentos muy condimentados.

El apósito debe colocarse firmemente para que no se convierta en un irritante local. Se coloca a lo largo de los cuellos de los dientes, y no debe cubrir las superficies oclusales.

El apósito debe cambiarse a los 4 ó 5 días después de que-

se ha puesto, o antes si se llegara a mover.

b) TRATAMIENTO LOCAL DE LA GINGIVITIS MARGINAL.

La gingivitis marginal localizada se limita a un áreas de la encía marginal.

La gingivitis marginal crónica tiene su origen en la irritación local. El tratamiento consiste en teñir el diente con una substancia reveladora, detector de placa bacteriana. Se elimina totalmente localizando hasta la más pequeña partícula de cálculo, para lo que GLIKMAN recomienda los explorados 17 ó 21.

El primer paso de el tratamiento de la gingivitis no complicada explicando al paciente la importancia del control de placa y como hacerlo.

En la siguiente visita se le hace ver al paciente la mejoría de sus encías, volviendo a teñir los dientes con substancia-reveladora y el paciente nos demuestra los diversos procedimientos que emplea.

Se raspan los dientes para eliminar todos los depósitos, se pulen con pasta de piedra pómez o zircate mejorado. El pulir las superficies dentales es con el fin de evitar recidivas de la gingivitis. Buesto que el cálculo tiende a impactarse más rápido en las superficies ásperas.

Como tercer paso se sigue el control de placa, prestando mayor atención a las zonas donde persiste la inflamación local,-

que puede implicar un nuevo raspaje a insistir en la técnica del-paciente para limpiar esa zona.

Estas secciones se repiten hasta que la encía quede sana.- Las demás visitas serán visitas de control. Haciendo incapié en - la importancia del control de placa y de las visitas de control - y del cuidado de su boca.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA:

La irritación producida por ejuagatorios o alimentos calien-tes pueden originar eritemas difusos y descamación de la encía que es diferenciable de la gingivitis descamativa menopausica.

La historia y la biopsia proporcionan la base del diagnósti-co deferencial.

La suspensión del agente lesivo por lo general produce la -recuperación.

Es probable que la gingivitis descamativa crónica esté pro-vocada por una variedad de enfermedades y no una entidad patológi-ca específica y separada. Puede ser una manifestación bucal común-a una enfermedad dermatológica bulbares, como el Pénfigo benigno - de las mucosas el liquen Plano.

En realidad la etiología de la gingivitis descamativa cróni-caes desconocida, aunque mucho tiempo se creyó que se originaba de insuficiencia de hormonas gónadas.

El tratamiento de la gingivitis decamativa crónica consta de

dos fases.

FASE I. TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS MARGINAL.

Consiste en raspaje y Curetaje y la eliminación de todas - las formas de irritantes locales. Se enseña al paciente el con--- trol de placa, pero se le previene que no descame la encía con el cepillado dental.

La eliminación de la inflamación marginal mejora el estado de la encía incertada.

El cambio de color y el adema de la encía incertada por lo general es un hallazgo llamativo, son producidas por extensión de la inflamación desde el margen gingival. La superficie lingual, -- que es limpiada por acción mecánica de la lengua y las excurcio-- nes de los alimentos está menos afectada que la superficie vesti- bular, donde se acumulan los irritantes locales.

FASE II. TRATAMIENTO SISTEMATICO:

Los corticoesteroides sistemáticos se usan para complementar el tratamiento local. Se receta "Celestone", en tabletas de 0.6 mg. en dosis de cuatro tabletas por día hasta que se llegue a la de mantenimiento sin síntomas.

También se puede usar Predisona o Prednisolana en tabletas de 5 mg. en una dosis inicial de cuatro tabletas por día que se va reduciendo hasta llegar a la dosis adecuada para cada caso.

Los corticoesterides actúan aliviando el dolor mejorando-

la respuesta gingival al tratamiento local. Los resultados son impredecibles. Por lo general, el tratamiento se suspende al mes, pero hay quienes precisan de más tiempo.

El tratamiento con corticoesteroides debe hacerse, con el tiempo lo menos prolongado posible porque los efectos colaterales de los corticoesteroides resulta ser más graves que los síntomas bucales. En la mayoría de los pacientes con gingivitis desquamativa crónica es imposible determinar su etiología .

El tratamiento es eliminar los irritantes locales y complementariamente de la terapéutica con corticoesteroides sistemática durante un período limitado.

La recidiva se previene mediante visitas regulares, combinadas con el control de placa por parte del paciente.

c) TRATAMIENTO DE LA ENCIA EN LA PUBERTAD.

La gingivitis de la pubertad es originada por una respuesta exagerada a la irritación local. La eliminación con el control de placa es esencial para el reestablecimiento de la salud periodontal.

La eliminación de la gingivitis inicial por raspaje y curetaje no presenta problemas; la dificultad está en la prevención de la recidiva.

Como ya sabemos, cualquier irritación local, por leve que sea causa inflamación y además de edemas gingivales intensos, de-

modo que se precisan frecuentes visitas de control y enseñanzas -- repetidas de eliminación de placa para prevenir la enfermedad gingival en la pubertad. Por lo general, el problema desaparece a -- los 17 ó 18 años de edad, cuando la diferencia en la respuesta de la encía es notable.

En zonas donde era más intensa la gingivitis durante la -- pubertad, se normalizan por medio del tratamiento local y el cuidado del paciente.

TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN LA PUBERTAD.

Por medio de el respaje y el curetaje, se eliminan todas -- las fuentes de irritación mediante el control de placa. Se trata del agrandamiento gingival en la pubertad.

El problema se fija en que por la mala higiene el agrandamiento puede recidivar.

El uso de fármacos no es lo que se recomienda, pero si se administran consientemente, pudiera reducir el agrandamiento gingival con drogas escarióticas.

Estas drogas tienen acción destructora de difícil control y complicaciones que se evitan con la eliminación de la encía con bisturíes periodontales, escapelos o electocirugías.

Dentro de las complicaciones del uso de drogas es la lesión de los tejidos sanos y superficies radiculares, cicatrizan retardadamente, y el dolor posoperatorio es excesivo.

"La eliminación de la encía agrandada por cualquier método--

debe ir acompañado de eliminación de los irritantes locales.

RECIDIVA DEL AGRANDAMIENTO: El agrandamiento gingival tiene un alto índice de recidiva y es causa de los factores etiológicos locales y sistemáticos.

La no eliminación de todos los irritantes se manifiesta inmediatamente después del tratamiento con la recidiva del agrandamiento, si el agrandamiento recidiva, después de que se completa la cicatrización y se consigue el control normal, la causa más común de ello es el control inadecuado de la placa por parte del paciente.

Si la recidiva es durante el periodo de cicatrización se presenta como una masa roja granulomatosa sangrante a cualquier estímulo, es la respuesta inflamatoria vascular y proliferativa a la irritación local, que por lo regular es un fragmento de cálculo en la raíz, lo cual se corrige eliminando la masa granulomatosa y alizando las paredes de la raíz.

TRATAMIENTO DE LOS CAMBIOS GINGIVALES CORRESPONDIENTES AL CICLO MESTRUAL.

El ciclo menstrual no ocasiona cambios gingivales notables pero puede inducir a inflamaciones.

La eliminación de los irritantes locales y la mayor higiene antes del periodo menstrual siguiente suele ser la mayoría de las veces suficiente para solucionar el problema.

A veces es posible relacionar la reaparición de la gin

givitis ulceronecrotizante Aguda con el ciclo menstrual.

Las personas que padecen ésta enfermedad y sufren recaídas en el ciclo menstrual, deben ser tratadas totalmente, tanto en los síntomas agudos de la enfermedad periodontal como la de evolución de la funcionalidad de la dentadura.

Es posible que después de el raspaje y curetaje extenso y exista un margen gingival excesivo con hemorragias, que se evitarán durante el periodo menstrual con la higiene.

Las pacientes que padecen ésta enfermedad no es necesaria la administración de hormonas. Siempre y cuando la eliminación de los factores locales, y la mejor higiene bucal sea mejorada.

No obstante las pacientes con hemorragias clínicas --- persistentes a pesar del tratamiento local, con úlceras recurrentes, o lesiones aftosas asociadas al ciclo menstrual, deben someterse a un examen médico.

d) TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN EL EMBARAZO.

Durante el embarazo, hay que insistir en dos cosas, la prevención de la enfermedad antes que se produzca, y el tratamiento de la enfermedad gingival existente antes que empeore.

Todas las pacientes deben ser atendidas en el periodo más temprano posible para descartar fuentes potenciales de irritación local, y se les debe enseñar el control de la placa. Las que presentan enfermedad gingival, deben ser tratadas lo más pronto

to posible.

Cada paciente embarazada debe hacer visitas regulares de control, y es preciso destacar su importancia para la prevención de trastornos periodontales avanzados.

La cirugía reconstructiva cuando la enfermedad está muy avanzada está contraindicada en las pacientes embarazadas.

El tratamiento es paliativo. El tratamiento del agrandamiento gingival como el tumor del embarazo u otros trastornos periodontales se tratan por raspaje y curetaje.

Pero la solución definitiva se establece después del parto.

Es equivocado decir a las pacientes que su lesión periodontal es transitorio y que desaparecerá después del parto.

La intensidad de la enfermedad gingival desaparece después del alumbramiento, pero los tejidos no se normalizan. Los trastornos que no se tratan durante el embarazo o que se trataron con medidas paliativas persistirán con menor intensidad, aún después del parto. No realizar el tratamiento necesario o no eliminar los factores causales invitan a que la enfermedad empeore.

Las alteraciones hormonales afectan el periodonto y durante el embarazo la reacción ante la irritación es exagerada. A veces se desarrollan hiperplasias gingivales, a lo que se le llama hiperplasia, o tumor de el embarazo. El tratamiento se puede retrasar hasta después del parto o con una escaridondia subgingival y una buena instrucción sobre el cuidado en el hogar,--

durante el embarazo. Sin embargo en casos avanzados la infección oral puede constituir un riesgo para la salud de la paciente. Se consulta con el Médico encargado del caso.

No habiendo complicaciones durante el embarazo puede llevarse a cabo el tratamiento completo siendo así el caso, las intervenciones quirúrgicas han de quedar listas antes del tercer y sexto mes de embarazo.

La eliminación de todo irritante local es el primer paso para el tratamiento de la gingivitis y así preparar el periodonto para la intervención.

El raspaje y el curetaje es el tratamiento de la encía interdientaria y de la encía marginal es la inflamación del agrandamiento en estas zonas.

La eliminación del agrandamiento de aspecto tumoral consiste en la excisión quirúrgica más el raspaje y alisado de la superficie dentaria.

Eliminando todos los agentes irritantes se evita la recidiva. El tumor del embarazo es el agrandamiento resultante de la impacción de alimentos seguidos de acúmulo de placa.

La lesión debe tratarse antes que se concluya el embarazo, puesto que no desaparecerá espontáneamente.

Durante el embarazo existente un mayor crecimiento comparado en una persona no embarazada, y si el tumor el agente local no es eliminado, la zona residual de irritación local e in-

inflamación puede producir destrucciones progresivas de los tejidos.

c) TRATAMIENTO DE LA GINGIVOESTOMATITIS MENOPAUSICA.

Los síntomas en la gingivoestomatitis menopáusica son los primeros síntomas a atenderse con rapidéz, porque pueden tener un cambio.

Para calmar el dolor el tratamiento consiste en la administración de estrógenos, por vía bucal, 1mg, de estilbestrol, por vía bucal en 1ml de aceite de sesamo diariamente. En cuanto ceden los síntomas se suspenden el tratamiento, esto ocurre - - aproximadamente a los diez días. Se puede continuar con el tratamiento si es preciso, en dosis más pequeñas. Hay que advertir al paciente que a veces se puede volver a producir la menstruación durante el tratamiento con estrógenos.

Localmente se aplica corticoesteroides tópico (Kenalog en orabase) se aplica sobre las encías superficiales y fisuras tres veces al día, después de las comidas para aliviar el dolor, La inflamación gingival marginal se trata por raspaje y curetaje.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS MENOPAUSICAS EN PACIENTES CON PROTESIS.

Es posible que las pacientes portadoras de prótesis -- sientan algunas molestias, dolor debajo de las sillas de los puentes removibles o prótesis completas y debajo de las dentaduras --

completas.

Hay que revisar las prótesis para controlar las fuentes de irritación, mal oclusión, extensión periférica y adaptación de las mucosas.

Si todo se descarta como fuente de el problema, entonces se cubre la zona de las sillas o la base de las prótesis completas con crema premarin 1.25 mg. de estrógeno conjugado por -- gramo tres veces al día después de cada comida".

La pomada ejerce un efecto protector que el inicio del tratamiento solo dura unos 30 minutos. La finalidad de los estrógenos administrados a largo plazo es estimular la hiperplasia -- epitelial para que la mucosa pueda soportar la presión de las prótesis.

Quizás el tratamiento pueda durar varios meses. Pero -- la administración con corticoesteroides debe hacerse prudentemente porque ocasiona trastornos sistemáticos. La absorvencia de estrógenos en el organismo se pueden reducir usando dosis inferiores a el umbral de acción sistémica efectiva.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVOESTOMATITIS MENOPAUSICA CON DAPIRONA.

La gingivitis de la menopausia fue tratada con mucho -- éxito, con inyecciones de dipropionato de estradiol, bajo el -- pliegue mucovestibular (1 mg. en aceite de sésamo a 1 a 2 veces -- por semana, que luego se disminuye una vez cada dos o tres semanas).

Bajo este tratamiento también se obtuvo pruebas microscópicas de hiperplasia de la capa de células espinosas del epitelio y aumentó la actividad de las células basales y en algunos casos la queratinización de la superficie.

A veces, los síntomas se alivian mediante el tratamiento intensivo, con el complejo de vitamina B o tratamiento tópico local diario con estrógenos durante un tiempo largo.

La terapéutica hormonal no siempre es eficaz, en el caso de la gingivostomatitis menopáusica.

f) TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIODONTAL.

Los procedimientos quirúrgicos, son los procedimientos más eficaces para tratar los abscesos periodontales, puesto que proporcionan visibilidad y acceso necesario para llegar a los agentes causales.

Existen dos tipos de abscesos periodontales, el absceso en la profundidad de los tejidos de soporte, que por lo general se trata mediante operaciones por colgajo simple (no desplazado) y el otro tipo de absceso es el contenido en las paredes de las bolsas periodontales, las cuales, por lo general se tratan con la gingivectomía.

OPERACION SIMPLE POR COLGAJO.

El absceso puede ser agudo o crónico; el absceso agudo en el primer día: establecido ya el diagnóstico, se toma la temperatura del paciente y se evalúa la reacción sistémica del pa--

ciente.

Se aísla el absceso con gasas, se seca y se pinta con una solución anticéptica y se anestesia tópicamente, esperando - unos dos o tres minutos a que actúe la anestesia. Se palpa localizando la zona más fluctuante.

Con una hora de bisturí Bard Parker # 12 se hace una - incisión vertical através de la parte más fluctuante de la lesión que se extiende al pliegue mucogingival hasta el margen gingival.

Si el edema está por lingual, la incisión va desde --- apical, hasta el margen gingival.

La hoja penetra en el tejido firmemente asegurándose - que alcanzó zonas purulentas profundas.

Cuando salió por primera vez sangre y pus se irriga - con agua tibia, ampliando suavemente la encía para facilitar el drenaje.

Hay que evitar el choque con su antagonista para evitar molestias. Después de que se ha hecho el drenaje se localiza y -- se pinta con un anticéptico.

"El paciente sin complicaciones orgánicas deberá enjuagarse cada hora con una solución de una cucharada de sal en un - vaso de agua tibia, y regresar al día siguiente". Se administra - antibiótico al paciente con temperatura elevada, además de enjuagatorios y analgésicos si hay dolor.

Se le indica a el paciente que evite los ejercicios y mantenga una dieta con muchos líquidos.

Al día siguiente, pueden haber disminuido los síntomas, pero si persisten, se le indica al paciente seguir las mismas -- instrucciones del día anterior y que retorne a las 24 horas.

Para entonces los síntomas disminuyen invariablemente-- entonces se proceden al tratamiento del absceso periodontal cróni-- co; se anestesia, se aísla con gasas y se pinta con un anticéptico. Primero se hace la localización vestibular o lingual relativa de foco gingival siguiendo las bolsas tortuosas hasta donde se terminan.

Si hay fístula se puede sondear através de ella. Establecida ya la vía de acceso se eliminan cálculo superficiales y se hacen dos incisiones verticales desde el margen gingival hasta el pliegue mucovestibular, determinado el campo de operación.

Con esas dos incisiones verticales, se hace una inci-- sión mesiodistal, a través de la papila interdental con bisturf, para facilitar el desprendimiento del colgajo.

Cuando ya está listo el campo se elimina tejido de --- granulación con curetas para proporcionar una visión clara de la raíz.

Se quita todos los depósitos de cálculo en la raíz y se alizan las superficies radicales con azadas y curetas. El -- hueso no se toca a menos que exista una fístula separa el hueso--

alveolar, se eliminan puentes marginales de hueso, porque por lo general están afectadas y actúan como cuerpos extraños en la cicatrización.

REPOSICION DEL COLGAJO.

Con agua tibia se limpia la zona y se vuelve el colgajo a su sitio, se sutura y se coloca el apósito.

Se explica al paciente que no debe enjuagarse las primeras 24 horas, pero que después de este tiempo puede hacerlo con enjuagatorios con sabor agradable y con agua tibia cada cuatro horas, cepillando la zona con un cepillo blando y con presión de agua media. A la siguiente semana se retira el apósito y la sutura.

4.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO.

En las enfermedades bucales intervienen factores psicológicos y sociales, formando parte de su etiología. Y aunque parezca evidente que durante la práctica dental, se precisa de --- cierta percepción psicológica, la relación que existe entre la--- odontología y la psicología es más grande de lo que se piensa.

Se han realizado estudios con personas emocionalmente enfermas, relacionando las causas psicógenas con la enfermedad--- periodontal.

El resultado de estos estudios señalaron, que la enfermedad periodontal tiene una frecuencia muy alta correlacionada--- con la neurosis, y otros factores como relaciones tensas, histe-

ria e hipocondría.

Un ejemplo como la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda y el Bruxismo, tienen gran relación con los estados psicológicos

No obstante, aún cuando estos hechos apoyan la existencia de una asociación entre la enfermedad periodontal y los factores psicológicos no ha sido estudiado suficientemente, pero la historia de algunos casos indican que el psicoanálisis permite-- la eliminación de síntomas periodontales.

TENSIONES EMOCIONALES RELACIONADAS CON LA BOCA.

Cuando por alguna causa hay obstrucción de la meta perseguida, sobreviene la frustración y la frustración produce ira; ésta ira busca una descarga. Un niño puede manifestar su cólera--mordiéndose, pero en un adulto este tipo de manifestaciones, se --mantienen reprimidas, puesto que son inaceptables desde el punto de vista social. Sin embargo la ira busca una salida, empleando satisfacciones substitutivas y de forma simbólica puede representar la reacción de un niño (morder). por medio de el bruxismo-- que es el apretamiento en forma inconsciente, prevaleciendo en horas de sueño, cuando el inconsciente se libera.

De la misma manera hay demostraciones emocionales, en frases como: "escupir rabia, echar espuma por la boca, hacerce - agua la boca" y estas son manifestaciones relacionadas con la saliva. Esto demuestra que los factores psicológicos influyen en - la velocidad de secreción y en la composición de la saliva.

La saliva es a su vez una influencia en la formación de la película adquirida, que más tarde será la materia alba, y por último un cálculo dentario, siendo estos los principales factores etiológicos de la enfermedad periodontal.

MANIFESTACIONES PSIQUICAS EN EL TRATAMIENTO.

Durante el tratamiento periodontal hay situaciones relativamente comunes cargadas de sentido emocional. Por ejemplo en pacientes con angustia mental se queja de tener un desequilibrio en la oclusión y piensa que la corrección de éste le devolverá en equilibrio mental.

Otro ejemplo puede ser el de pacientes que detestan algunas de sus estructuras bucales y desean que desaparezcan exigiendo intervenciones quirúrgicas (se les llama adictos a polí-cirugías). La intervención quirúrgica incluyen cirugías periodon-tales y dentales lo que naturalmente no elimina los síntomas men-tales.

Una de las situaciones de más peligro para el Cirujano Dentista, es cuando el paciente influenciado por la rigidez y anciudad profunda hace la elección del profesionista, a quien le--adjudica las facultades omnipotentes parecidas a las de Dios. -- Si el odontologo igualmente neurótico, se siente con esos pode--res superlativos esta relación representa una acción insana en--tre el paciente y el profesionista, y ambos se olvidan, en espe--cial el segundo, en que el tratamiento es una empresa conjunta.-

lo que da como resultado que a la primera situación inesperada o desfavorable, ni el paciente ni el Cirujano Dentista lo toleraran, y son situaciones traumáticas para ambas personalidades neuróticas.

Todas las personas mantienen cierto grado de neurosis, pero esto no debe representar una desgracia, porque se relacionan directamente con la salud personal. Es pues importante saber que si somos neuróticos no debemos sensurar la neurosis de los demás, tratando a estos pacientes con simpatía y respeto, sin crear sentimientos de inferioridad, tratándolos con tacto y cortesía.

Si consideramos la odontología como un negocio, siendo que ésta no es su finalidad inmediata, fracasaremos en el tratamiento.

Es preciso que el Cirujano Dentista se interese sinceramente por el bienestar de el paciente, entenderlo de igual forma que entendemos la afección dental. Tener la capacidad de guiar al paciente y a sí mismo.

El odontologo no está preparado lo suficiente para satisfacer las demandas psicológicas, ni para regular las demandas de nuevas actitudes en el transcurso del tratamiento, o cuando en este tiempo se requiera de la reeducación del paciente, demanda el aprendizaje del Odontologo de todas estas situaciones, Pero por otra parte aunque el Dentista en su práctica de una orien

tación psicológica no hará psicoterapia.

FACTORES QUE PUEDEN TENER INFLUENCIA DIRECTA O INDIRECTA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Los estados emocionales afectan la elección de los alimentos, a la consistencia física de la dieta y a las cantidades de alimentos ingeridos. Por lo tanto la dieta y el apetito pueden constituirse como factores que influyen en la enfermedad periodontal.

Así mismo los hábitos, como la boca es el medio más utilizado para obtener satisfacciones, en un neurótico se pueden hallar expresiones orales muy marcadas por estos hábitos. Como por ejemplo alguna expresión de hostilidad, o alguna expresión al recibir un dolor. El succionar o morder pueden tornarse habituales, también el mordisqueo de los labios, la lengua, los carrillos o las uñas, causan alteraciones en estos tejidos y es posible que durante el hábito se presenten estados emocionales y se dañen -- a el periodonto.

Estas manifestaciones figuran también en el bruxismo, el apretamiento de los dientes, provoca migración de ellos, tray matismo oclusal y desgaste.

La higiene bucal: Moulton y colaboradores afirman que las personas durante depresiones, ansiedad profunda y rebelión contra la autoridad olvidan por completo el aseo de su persona. La higiene es bastante representativa de la salud mental del pa-

ciente. Los niños o las personas pueden representar negligencia-crónica como si consideraran que esa responsabilidad fuera de -- otras personas, así que las recomendaciones del dentista representa un reto.

El fumar, no se sabe si sea directamente un factor -- etiológico de la enfermedad ~~periodontal~~, pero si que es un factor potencialmente perjudicial que actúa al afectar la humedad de -- los tejidos y su temperatura, De igual forma el consumo de café y fumar en la GUNA, son factores relacionados entre si, que en -- ésta enfermedad pueden tener una acción intrínseca y una extrínseca. El café es un hábito extrínseco por efecto térmico y químico e intrínseco por el contenido de cafeína.

RELATO DEL PACIENTE AL DENTISTA Y SU RELACION CON EL ASPECTO EMOCIONAL.

El paciente hace una relación de los tonos emocionales intensos con su enfermedad, el tratamiento y el Cirujano Dentista.

Puesto que la enfermedad periodontal tiene sus factores psicosomáticos, es posible que el odontologo tenga ese conocimiento sin preparación específica. El Dentista debe permanecer relajado y escuchar lo que realmente dice el paciente. Aún cuando la capacidad de efecto y comprensión hacia la gente sea natural, también se le puede desarrollar las cualidades de sensibilidad, percepción y compenetración, al dedicar el tiempo adecuado-

a la entrevista.

Los pacientes sin darse cuenta revelan indicios de su estructura emocional. Es ahí donde el profesionalista interpreta y está en posición de ayudar al paciente de manera que reciba el -- mínimo de tensión y el máximo beneficio del tratamiento.

INTERPRETACION DE LOS INDICIOS DADOS POR EL PACIENTE.

Todo lo que el paciente dice o hace tiene una razón, -- un sentido que son guía del inconciente que casi siempre está -- oculto. El observador puede detectar la conducta e interpretar -- el inconciente a través de ella.

En cierto sentido el profesionalista puede adoptar el pa pel simbólico de la madre, que con ello las actividades infantiles (entre otras) de dependencia, rebeldía y afecto se revalidan durante el tratamiento.

La odontología es atemorizadora, .o dolorosa que puede inculcar actitudes temerosas respecto a la enfermedad, el dolor y la muerte "El Cirujano Dentista tiene que enfrentarse a la es-- tructura psicológica y de la boca del paciente como centro de ma nifestaciones emocionales".

Puesto que la boca proporciona satisfacciones y sus -- usos son importantes, muchos conflictos neuróticos se encuentran en torno a la boca.

PACIENTES DOLOR DE CABEZA

Es posible que el Cirujano Dentista se enfrente con pa-
cientes a los que llama "un dolor de cabeza y que después de --
una sesión desafortunada con el esté dispuesto a abandonar la --
odontología; lo que revela que todo profesional trata con toda -
clase de pacientes y en este caso tiene que ser paciente.

Se observa que sus niveles de nerviosidad se eleva y -
su enojo crece, es aconsejable que trate de determinar que es lo
que hace él o el paciente, que produce ese estado de cosas y en-
lo posible modificar la situación regulando la causa básica.

El Cirujano Dentista no debe considerar al paciente co-
mo una amenaza, tranquilizandola y no amenazandolo. No hay que--
fatigarlo. El profesionista agradable, comprendido y psicológica-
mente orientado, tienen amplio margen de capacidad diagnóstica.-
Al establecer la relación terapéutica apropiada con el pacien-
te proporciona el máximo de comodidad y beneficio para el pacien-
te.

CAPITULO CUARTO.

CONCLUSIONES.

Nuestra revisión de la enfermedad gingival y periodontal así como su etiología, su patología y su tratamiento, - enfatizado en las gingivitis de la Pubertad, el Embarazo y la Menopausia, ha terminado. Ahora procuraremos hacer un resumen de nuestras indagaciones y de ésta forma llegar a las conclusiones:

En el primer capítulo hablaremos de la patología de la enfermedad periodontal, encontrando así los factores etiológicos que causan ésta enfermedad.

Los principales sucesos de una enfermedad corresponden a la patogénia, ésta incluye su inicio, su evolución y las secuelas de dicha enfermedad.

La enfermedad periodontal es causada directamente por los factores irritantes locales. Los factores generales, afectan la resistencia del periodonto ante la irritación de los factores locales.

La gingivitis más común es la que se representa con una inflamación, en donde ataca principalmente el surco gingival, perdiéndose posteriormente la adherencia epitelial, haciéndose más profundo el surco y formando una bolsa, si la enfermedad avanza, hay destrucción de el ligamento periodontal, del -

hueso alveolar y del cemento radicular.

Al haber pérdida de los tejidos de sostén en el diente hay movilidad y en ocasiones el diente cae.

Por el contrario si la enfermedad es atendida a tiempo y adecuadamente, es posible que la inflamación no prosiga invadiendo los tejidos más profundos e incluso puede regresar del hueso alveolar a el ligamento periodontal.

La etiología de la enfermedad periodontal es básicamente la mala higiene, pero que muchas veces se ven relacionadas con enfermedades generales del paciente. Esta etiología está clasificada en:

FACTORES LOCALES Y FACTORES GENERALES:

Decíamos que básicamente es la mala higiene la que -- más se conoce como causa principal de la enfermedad periodontal, porque es la mala higiene la que da origen a la placa dentobacteriana, siendo ésta producto de el acúmulo del sustratum, de materia alba, y de restos alimenticios entre los tejidos gingivales.

La placa dentobacteriana se clasifica para formar el cálculo dental, el cual proporciona un medio de vida ideal a -- las bacterias que se encuentran en la flora normal de la boca.

FACTORES LOCALES:

Existe un sólo factor local que es el acúmulo del cál

culo dental, que irrita directamente a los tejidos de soporte por los productos bacterianos.

Los factores favorecedores locales son todos aquellos que de alguna forma ayudan a el almacenamiento de la placa dental, o bien que irritan directamente a los tejidos dentales y periodontales incluyendo caries, morfología de las estructuras anatómicas orales y hábitos.

La aplicación de las sustancias químicas, medicamentos o drogas están relacionadas directamente con tratamientos ya sea bucal o general y que no dejan de ser factores etiológicos de la enfermedad gingival.

FACTORES GENERALES:

Los factores generales no causan enfermedad gingival, pero si debilitan o modifican la reacción de defensa de los tejidos ante los irritantes locales.

Existen enfermedades sistémicas que se relacionan con la enfermedad gingival.

El embarazo, la Pubertad y la menopausia no causan enfermedad periodontal, sin embargo la modificaciones hormonales durante estos períodos en muchas ocasiones se manifiestan con gingivitis.

Durante la Pubertad los niveles elevados de estógenos y progesterona aumentan el exudado gingival, la influencia

de las hormonas aumentan la permeabilidad de los vasos sanguíneos."

CAMBIOS HORMONALES EN LA PUBERTAD.

1.- Antes de la Pubertad la hormona estrógena es de procedencia adrenocortical y no hay función gametogénica.

En la Pubertad y después de ella la hormona es de -- procedencia ovárica y ya hay función gametogénica.

2.- Cuando se va a iniciar la Pubertad aumenta la -- producción de la concentración de la gonadotropina hipofisaria, manifestandose la menstruación entre los 11 y los 14 años edad.

3.- Durante el ciclo menstrual normal hay disminución de la concentración de la HL, a la mitad del ciclo aumenta bruscamente.

4.- La tensión premenstrual es debido a ciclos menstruales anovulatorios.

CAMBIOS HORMONALES EN EL EMBARAZO.

1.- La progesterona es la que determina si la paciente está embarazada, ésta hormona se encuentra en los análisis de la paciente, dicha hormona transforma el endometrio.

2.- La relaxina es una hormona que aparece en el embarazo, teniendo su acción durante el parto, permitiendo la relajación de las articulaciones respectivas.

3.- Durante las semanas 12 y 13 del embarazo aumenta la gonadotropina con función luteinizante de la placenta.

CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA.

La menopausia se presenta entre los 40 y los 50 años de edad habiendo una disminución de las funciones ováricas, de estrógenos y progesterona, aumenta la gonadotropina hipofisaria.

La falta de estrógenos atrofia genitales externos e internos con disminución o aumento de la libido.

Hay osteoporosis y principalmente se presenta en la columna vertebral.

En el capítulo segundo nos referimos principalmente a los tejidos periodontales que soportan el diente y que se ven afectados por la enfermedad periodontal y la enfermedad gingival.

El periodonto es un conjunto de tejidos que unidos -- sostienen al diente dentro de su alveolo y está constituido -- por dos tejidos mineralizados, siendo éstos el hueso alveolar y el cemento radicular, y por otros dos tejidos que son blandos y se llaman: encía y ligamento periodontal.

El hueso alveolar está constituido por dos tipos de huesos: hueso compacto y hueso esponjoso.

El hueso alveolar soporta las fuerzas de la masticación.

ción que son transmitidas por el ligamento periodontal.

El hueso alveolar es secretado y reabsorbido constantemente.

El cemento radicular no es vascularizado como el hueso alveolar pero tiene la misma propiedad de soporte.

El cemento radicular se une con el esmalte del diente y tiene capacidad de reparación en dientes vitales y dientes no vitales.

El ligamento periodontal está dispuesto en fibras -- uniendo al diente con el hueso, soporta las fuerzas ejercidas sobre el diente transformandolas en tensión sin hacer compresión sobre los tejidos periodontales.

El ligamento periodontal tiene funciones que permiten asegurar la existencia de la enfermedad periodontal.

La encía es el tejido que cubre al hueso alveolar y al cemento radicular por: bucal o vestibular y por lingual o palatino.

El primer indicio de la enfermedad periodontal y gingival lo observamos con la profundidad del surco gingival y la pérdida de la adherencia epitelial.

La pérdida de las características clínicas normales de la encía denotan enfermedad gingival.

La gingivitis está principalmente representada por la inflamación a causa de los factores locales y los factores-

favorecedores locales.

ENFERMEDAD GINGIVAL:

Existen muchas enfermedades gingivales representadas por gingivitis.

El cuadro clínico representativo de la mayoría de --- las gingivitis:

- A) INFLAMACION.
- B) ALTERACION DE LAS ESTRUCTURAS Y TEJIDOS GINGIVALES.
- C) SANGRADO.

La hiperplasia gingival también está representada dentro de la enfermedad gingival y es el agrandamiento gingival, debido a el aumento de la cantidad de los elementos celulares.

Los cambios de coloración y pérdida de las características normales de la encía.

La hiperplasia inflamatoria por desequilibrios endocrinos en Pubertad embarazo y menopausia, es debido a los cambios hormonales.

En éstas épocas casi siempre están presentes las tensiones emocionales.

El agrandamiento gingival en la pubertad y el embarazo se deben a la reacción exagerada del tejido.

La Pubertad y el embarazo no causan enfermedad gingival. En el embarazo se presenta un agrandamiento gingival llama

do; "Tumor de el embarazo" parecido histológicamente al granuloma piógeno, éste tumor del embarazo reaparecen en los siguientes embarazos.

La gingivitis de la menopausia se caracteriza por zonas ulceradas con edema y sus síntomas se clasifican en dos -- principales grupos.

- 1.- De tipo celular.
- 2.- De tipo liquenoide.

Se puede confundir con el eritema multiforme. Es muy dolorosa y se notan cambios muy notorios de la encía en cuanto a color forma y textura.

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

La enfermedad periodontal es la consecuencia de una gingivitis no tratada, porque la inflamación sobreagregada de los tejidos gingivales invadirán los tejidos periodontales.

La aparición de las bolsas periodontales es la característica más simple para reconocer una periodontitis, en donde casi siempre hay movilidad dentaria.

Radiográficamente las bolsas periodontales no son visibles, la enfermedad periodontal no solo es la inflamación de los tejidos más profundos, sino que también es su destrucción, y que se puede localizar en un sólo punto y con un exudado supurativo a los que conocemos como abscesos, que pueden ser de-

diferentes formas según el lugar donde se localicen.

CAMBIOS GINGIVALES EN LA PUBERTAD, EL EMBARAZO Y LA MENOPAUSIA.

Durante la pubertad la inflamación es muy pronunciada, hay cambios de color en la encía; color rojo azulado. Hay agrandamientos localizados en vestibular o palatino o en el maxilar superior.

Los cambios en los tejidos normales se acentúan sobre todos durante el ciclo menstrual, pero no siempre se presenta y son:

Las encías sangrantes e inflamadas, dentaria horizontal, exudado de la encía inflamada que se torna rojo brillante, también durante el ciclo menstrual hay ulceración de la lengua y mucosa.

Microscópicamente hay descamación de las células. -- Las lesiones de la boca se parecen a las lesiones de la vulva que desaparecen cuando pasa la pubertad o bien después de la menstruación.

Durante el embarazo existe edema, cambios de coloración en la encía que va de un rojo azulado a un rojo brillante, poca hemorragia gingival, úlceras en la encía marginal con formación de una pseudomembrana, se puede formar una masa circunscrita el llamado "Tumor del embarazo". En el embarazo disminuye la queratinización superficial.

El aumento de progesterona ocasiona el agrandamiento gingival.

En la menopausia la mucosa está reseca y brillante, se torna de color rosa pálido, el enrojecimiento aumenta y -- hay sangrado así como aumento de la sensibilidad a los cambios térmicos y a las comidas condimentadas, y además no soportan -- las prótesis.

En ésta etapa hay una menor queratinización de el -- epitelio por la disminución de el estrógeno o a un desequili-- brio de su metabolismo.

En el capítulo tercero hablamos directamente de la -- terapéutica de la enfermedad gingival y periodontal, que básicamente se fundamenta en una sola cosa es la higiene dental.

La historia clínica serán nuestros ojos para observar todo el organismo del el paciente es algo que nunca debe fal-- tar.

Está constituido de: la sección administrativa, la -- sección del interrogatorio por aparatos y sistemas así como -- los antecedentes heredofamiliares, antecedentes patológicos y no patológicos. El exámen físico, el exámen bucal y radiológico dental.

Dentro de la historia clínica para las mujeres existe una sección de preguntas de ginecobstetricia.

En periodoncia dentro de el examen dental la medición de la movilidad dentaria y la profundidad de la bolsa periodontal son muy importantes para el diagnóstico y el pronóstico.

El estudio radiográfico es muy importante como ayuda para el diagnóstico pero nunca es determinante.

El diagnóstico es un resumen la identificación de los hallazgos que se obtienen de la historia clínica y de el estudio radiográfico.

El pronóstico es la predicción de el posible resultado al tratamiento, dependiendo indudablemente de el diagnóstico y de la historia clínica, y de el estudio radiológico.

El plan de tratamiento son los pasos a seguir para la ejecución de un tratamiento en donde no sólo es importante la historia clínica, el diagnóstico y el pronóstico sino también el deseo del paciente para conservar sus dientes naturales y de mantener la salud periodontal. Además de la capacidad del Cirujano Dentista para llevar a cabo un plan de tratamiento adecuado.

PERIODONCIA PREVENTIVA:

La enfermedad periodontal si se puede prevenir, evitando el acúmulo de la placa dentobacteriana.

TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES.

1.- La eliminación de la placa dental por medio de --

cepillado.

2.- La eliminación de el cálculo dental por medio de profilaxis.

3.- La eliminación de la inflamación es por medio de cepillado.

4.- La eliminación de las bolsas periodontales y -- agrandamientos gingivales por medio de curetaje, gingivectomías y gingivoplastias.

5.- La eliminación de la gingivitis marginal es por medio de:

a) Eliminación de todo irritante local por medio de raspaje y curetaje.

b) Profilaxis en cada visita.

c) En forma sistémica la administración de corticoesteroides para eliminar el dolor. Pero el uso de éste medicamento será muy controlado, por los efectos colaterales que tiene.

d) También se puede utilizar la Predisona.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS DE LA PUBERTAD.

Eliminación de todo agente irritante local por medio de un raspaje y curetaje.

El uso de fármacos no es recomendable, puesto que en la enfermeperiodontal en éste caso existe posibilidad de la recidiva, además de que el uso de drogas es de difícil control -

y llega a destruir los tejidos.

Es mejor la eliminación de la encía con bisturí peridontales escapelos o electrocirugías.

La mayor higiene posible durante el ciclo menstrual - ayuda a que la enfermedad no se acentúe en ésta etapa.

No es necesaria la administración de hormonas puesto que el paciente debe acostumbrarse a los cambios hormonales en ésta época.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS DE EL EMBARAZO.

Primero hay que prevenir la enfermedad mediante la higiene. Generalmente cuando ya está establecida la enfermedad, - el tratamiento es paliativo.

Si el agrandamiento gingival no es exagerado se elimina después de el parto o de otra forma se consulta al médico general o especialista. Si es muy exagerado y no existe ningún -- riesgo, se elimina todo irritante local y por medio de la excisión quirúrgica más el raspaje y el curetaje se elimina el tu--mor, quedando lista toda intervención quirúrgica antes del ter--cer y sexto mes de embarazo.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS DE LA MENOPAUSIA.

Principalmente es calmar los primeros síntomas que -- son muy molestos, por medio de administración de estrógenos por

vía bucal 1 mg. de estibestol por vía bucal en 1 m l de aceite de sésamo diariamente, mientras existen las molestias.

Tópicamente se administran corticoesteroides: Kenalog en Orabase tres veces al día después de cada comida.

De igual forma el tratamiento de la gingivitis menopáusica es paliativo.

Por medio de el raspaje y el curetaje se eliminan la inflamación gingival marginal.

Los estrógenos administrados a largo plazo se usan - para estimular la hiperplasia epitelial.

Los estrógenos también se administran tópicamente en las sillas de las prótesis removibles aunque no siempre dan -- resultado.

También se utiliza la Dipirona en inyecciones de Dipropionato de estradiol bajo el pliegue mucovestibular 1 mg. - en aceite de sésamo de 1 a dos veces por semana.

Las pacientes deben adaptarse a los cambios hormonales por los que está pasando.

CONCLUSIONES FINALES

Después de haber hecho una síntesis de éste trabajo de investigación, podemos dar las siguientes conclusiones.

1.- PARA QUE EXISTA ENFERMEDAD PERIODONTAL PRIMERO DEBE HABER ENFERMEDAD GINGIVAL.

2.- LA ENFERMEDAD GINGIVAL ES CAUSADA POR FACTORES LOCALES EN PRIMER LUGAR, AUNADOS A LOS FACTORES GENERALES.

3.- DURANTE LA GINGIVITIS Y LA PERIODONTITIS HAY CAMBIOS EN LA FORMA, TEXTURA, CONSISTENCIA DE LA ENCIA, Y LA PRESENCIA DE SANGRADO EN LA ENCIA.

4.- LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE EL EMBARAZO LA PUBERTAD Y LA MENOPAUSIA HACEN EXAGERADA LA RESPUESTA DE LOS TEJIDOS GINGIVALES CUANDO SE PRESENTA LA ENFERMEDAD GINGIVAL. DEBIDO A SU ALTA VASCULARIZACION.

5.- PARA SABER DE QUE TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL O PERIODONTAL SE PADESE ES NECESARIA LA HISTORIA CLINICA COMPLETA.

6.- EN CUALQUIER TIPO DE GINGIVITIS EL PRIMER PASO ES ELIMINAR TODO FACTOR IRRITANTE LOCAL.

7.- EL TRATAMIENTO DE LAS GINGIVITIS DEL EMBARAZO, PUBERTAD, Y MENOPAUSIA GENERALMENTE SON PALIATIVAS, PERO DIFIEREN LAS PACIENTES EN EDADES.

8.- EL TRATAMIENTO DE LAS TRES GINGIVITIS ANTES MENCIONADAS LA ADMINISTRACION DE HORMONAS QUEDA LIMITADO AL CASO-

ESPECIFICO.

9.- SIEMPRE DEBE TRATARSE AL PACIENTE CON MUCHO RES-
PETO SIN SENSURAR SU NEUROSIS, PORQUE ES MUY POSIBLE QUE EL --
PROPIO CIRUJANO DENTISTA SEA UN NEUROTICO, EXISTIENDO DESPUES-
CHOQUES ENTRE AMBAS PERSONALIDADES.

10.- DE IGUA FORMA EL C.D. NO ESTA OBLIGADO NI PREPA
RADO PARA HACER PSICOTERAPIA AUN CUANDO DEBA TENER CIERTA PER-
CEPCION PSICOLOGICA.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BJHORN JHORGENSEN NIELSETAL
ANESTESIA ODONTOLOGICA
México Interamericana 1979 143 p.p.
- 2.- BOSCH GACLA CARLOS
LA TECNICA DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL
México U.N.A.M. 1974 69 p.p.
- 3.- CRUZ CHAVEZ AMALIA
APUNTES DE PARODONCIA
Sexto Semestre Fac. de Odontología U.N.A.M. 1980
- 4.- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA
Real Academia de la Lengua Española
Madrid 1970.
- 5.- DICCIONARIO ENCICLOPEDICO 4 VOL.
Barcelona 1972 Salvat.
- 6.- GLIKMAN IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
México Interamericana 1980 998 p.p.
- 7.- GUSTAV. KRUGERT
TRATADO DE CIRUGIA ORAL
México Interamericana
- 8.- KURT AMBROIUS DINER et. al.
COMPENDIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
México U.N.A.M. Hosp. 20 de Nov. I.S.S.S.T.E.
1973 244 p.p.
- 9.- LLAMAS ROBERTO
COPENDIO DE ENDOCRINOLOGIA
2a. ed. México Unión Gráfica 1976 352 p.p.

- 10.- **ORBAN BLAINT et. al.**
PERIODONCIA
México Interamericana 4a. ed. 1975 638 p.p.

- 11.- **OLEA PEDRO Y FRANCISCO L. SANCHEZ**
Manual de técnicas de investigación documental.
México Esfinge. 1975 224 p.p.

- 12.- **PRICHARD JHON**
ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
BARCELO A Labor 1977 1018 p.p.

- 13.- **P. RAMJORD SIGURD**
OCLUSION México Interamericana 1972 400 p.p.