

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CAUSAS QUE PRODUCEN LA ENFERMEDAD
PARODONTAL EN LOS NIÑOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A
Angélica Lara Amaya

MEXICO, D. F.

1975.



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.

A MIS PADRES,

Señor José Guadalupe Lara Colín y Señora -
Ma. de los Angeles Amaya de Lara, con todo
cariño y devoción les dedico el fruto de -
mis estudios. Ustedes que serán para mí -
lo más grande y sublime que existe en esta
vida.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS

Raúl, Araceli, Rosa Elvira, Ma. Guadalupe,
Alma Lilia, José Luis y Verónica.
que con su apoyo y cariño siempre me alentaron.

A mis familiares,
con respeto y agradecimiento.

A mis amigos,
como muestra de la amistad
que nos une.

A mi maestra Dra. Ma. Elena Millan
quien me hizo favor de dirigirme -
esta Tesis, como un humilde homenaje
je.

Al Honorable Jurado.

I N D I C E

PROLOGO

CAPITULO I .- ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

CAPITULO II.- DIFERENCIACION DEL PARODONTO NORMAL EN
NIÑOS Y EN EL ADULTO.

CAPITULO III.- TRASTORNOS PARODONTALES EN NIÑOS.

CAPITULO IV.- MANIFESTACIONES ORALES EN ENFERMEDADES
SISTEMATICAS DE LA NIÑEZ.

CAPITULO V.- CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

PROLOGO

En la actualidad debemos tomar en consideración la gran incidencia de alteraciones patológicas de los tejidos parodontales en la edad adulta, - con la consiguiente movilidad, migración y pérdida - de piezas dentarias, cuyas causas pudieron haber comenzado en la niñez, se comprende la importancia que presenta el corregir trastornos que se presentan durante la misma; ya que las manifestaciones primarias parodontales repercuten posteriormente en la edad adulta.

Dichos trastornos parodontales aún cuando se tratan por separado no debe interpretarse como si estas constituyesen una fase de la enfermedad parodontal que se presenta en los adultos. El hecho que se les estudié por separado se debe a que en los niños, tanto por encontrarse su dentadura en desarrollo como por su tipo metabólico en general.

Generalmente los trastornos parodontales durante la niñez, no resisten la misma importancia - que en la edad adulta, encontrándose en los niños rara vez pérdida de piezas dentarias, sin embargo en - ocasiones pueden ocurrir debiéndose principalmente a trastornos de origen sistémico.

Aún como ya se dijo no es frecuente encontrar alteraciones parodontales graves en la niñez, - llegan a presentarse padecimientos parodontales que pueden variar desde una gingivitis hasta infecciones gingivales agudas, las cuales revisten una mayor gravedad.

Es de gran importancia vigilar cualquier alteración que se presente en los tejidos por leves que parezcan, ya que estas pueden degenerar ocasionando posteriormente graves trastornos.

Así deben corregirse los hábitos desde edad temprana, ya que estos son factores etiológicos importantes.

Durante la adolescencia es frecuente encontrar alteraciones de los tejidos parodontales por lo que se tendrá especial cuidado al hacer el examen dental.

Tanto la corrección de hábitos como la debida educación dental desde edad temprana repercutirán en beneficio de la salud de los tejidos parodontales sino en general de la cavidad oral del niño.

Con lo dicho anteriormente se comprende la importancia que representa el conocer y corregir cualquier alteración que se presenta en los tejidos parodontales de los niños, de ahí la necesidad de dedicar un estudio especial a dichas alteraciones, así como de los medios de corregirlas y prevenirlas.

CAPITULO I

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL

Al estudiar la etiología de la enfermedad --- Parodontal debemos mencionar dos factores:

1.- La enfermedad Parodontal puede afectar -- todo el parodonto alrededor de toda la dentadura o sólo una parte de ella.

2.- Que el concepto de la enfermedad Parodontal como entidad patológica única es erróneo; se trata de un complejo patológico integrado por varios factores que se acentúan simultáneamente y que dan por resultado lo que llamamos Enfermedad Parodontal.

Los factores etiológicos pueden clasificarse en locales, generales y psicossomáticos.

1.- Los locales actúan directamente sobre el parodonto.

2.- Los generales actúan como predisponentes.

3.- Los psicossomaticos.

FACTORES LOCALES.

Son de diversos orígenes actúan mediante una influencia irritante directa modificada solamente por -- la habilidad del hùésped para revestirla o reparar el -- daño una vez producido, el tiempo es un factor importante que debe ser tomado en cuenta ya que una lesión de --

dos semanas no es igual a una de dos años.

Los irritantes locales más frecuentes en la boca del niño son:

- a) Placa de mucina
- b) Bacterias
- c) Materia alba
- d) Mala higiene
- e) Hábitos orales
- f) Impactación de alimentos.

La placa de mucina es una substancia pegajosa, incolora y transparente que se forma sobre las superficies dentarias. Las bacterias, que parecen ser el principal factor etiológico, los microorganismos encontrados en el niño difieren de los encontrados en el adulto, y esto puede ser la causa de las diferencias que existen en la gravedad y potencial destrucción de la enfermedad.

La materia alba es frecuente encontrarla debido a la falta de cepillado o bien a la deficiencia de éste.

En los niños es muy frecuente encontrar malos hábitos entre los cuáles uno de los más comunes es el respirar por la boca. Estos hábitos ocasionan serios problemas al parodonto sobre todo en la región anterior superior, es fácil reconocerlo por sus características que presenta.

Encontramos otras causas que aunque menos frecuentes también pueden considerarse como factores etio-

lógicos locales de trastornos parodontales en niños, entre esas causas tenemos: Tártaro dentario, el cual rara vez se encuentra en la cavidad oral durante la niñez, - impactación de alimentos, frenillos altos, inserciones musculares, oclusión traumática, restauraciones defectuosas.

Aún cuando ya se mencionó al citar a la materia alba como factor etiológico local, a la falta de cepillado dental como coadyubante también y muy frecuentemente lo encontramos como factor local principal de -- trastornos parodontales, no solo la falta total de cepillado puede ocasionar trasrnos parodontales sino también la mala técnica del mismo.

Otros factores de irritación al parodonto son los químicos como el uso incontrolado de colutorios, -- aplicación de comprimidos de aspirina para controlar el dolor en piezas dentarias, contacto accidental con drogas escaróticas.

2.- FACTORES GENERALES.

En la evolución del efecto de los trastornos sistémicos sobre el parodonto en seres humanos, es necesario determinar si el estado oral precido al trastorno sistémico, fué exagerado por él o ambos aparecieron simultaneamente.

Las deficiencias y desequilibrios dietéticos son causas predisponentes en las enfermedades parodontales. Como son:

Deficiencia de V. A

Hay hiperqueratosis de la mucosa bucal, labios y encías.

Deficiencia de V. B.

La lengua se encuentra roja, edematosa y engrosada. Las papilas fungiformes se encuentran agrandadas. Pérdida del punteado gingival y hay hipersensibilidad de los dientes.

Deficiencia de V. C

Las encías y papilas interdentales se encuentran edematosas, blandas, friables. La encía sangra con el más mínimo traumatismo. Petequias de la mucosa bucal. Dientes móviles. Hemorrágica subperiósticas y submucosas.

Deficiencia de V. D

Hay osteoporosis y osteomalacia de los huesos y maxilares. Gingivitis y dientes móviles. Maloclusión. Edad dental retardada Raquitismo y osteomalacia.

Otro factor general son las influencias endocrinas en el parodonto:

Las hormonas son sustancias orgánicas de com-

plejidad variable producidas por las glándulas endógenas, son segregadas directamente en el torrente circulatorio y ejercen una importante fisiología sobre las funciones de ciertas células y sistemas.

Entre dichos trastornos encontramos:

HIPOTIROIDISMO

Cretinismo.- Nombre que se da al hipotiroidismo en niños y en el que encontramos: Edad dental retardada, maloclusión y lengua gruesa y grande.

Mixedema Juvenil.- se presenta en niños de 6 a 12 años.

Mixedema del Adulto.- se presenta después de la pubertad.

En ambos casos encontramos gingivitis, lengua gruesa y grande.

HIPERTIROIDISMO

En el cual encontramos: Edad dental acelerada, pérdida temprana de dientes primarios, pérdida de peso, taquicardia y nerviosismo exoftálmico.

ENANISMO PITUITARIO

Donde podemos apreciar edad dental retardado, apiñonamiento de dientes, raíces dentales deficientes.

GIGANTISMO Y AGROMEGALIA

Ocasionados por la hipersecreción de la hormona de crecimiento y la somatotrópica de la glándula pituitaria produciendo edades esqueléticas y dentales avanzadas, maloclusión. Dientes separados, labios y lengua gruesa y grande.

ENFERMEDAD DE ADDISON

Presenta pigmentación parda a negra en la mucosa bucal.

DIABETES SACARINA

Encías inflamadas adematosas e hiperémicas, dientes móviles, periodontitis, pérdida del hueso alveolar.

HIPOGONADISMO.

Estructuras esqueléticas y dentales mal calcificadas Osteoporosis atrofica alveolar. Gingivitis atrofica.

Además de estos factores encontramos a las enfermedades debilitantes las cuales pueden predisponer a la enfermedad parodontal, disminuyendo la resistencia a la reabsorción ósea alveolar.

3.- FACTORES PSICOSOMÁTICOS SEGUN WINTER.

- a) Enfermedad Parodontal que causa alteraciones psíquicas.
- b) Factores psicógenos que causan o agravan una enfermedad parodontal.
- c) Factores en ambas direcciones, es el grupo más frecuente.

Dichos factores psicossomáticos originan diversos hábitos siendo frecuentes durante la niñez, ocasionando graves trastornos al parodonto; los cuales si no se descubren impiden el tratamiento, los cuales como ya dijimos pueden ocasionar trastornos al parodonto.

CAPITULO II

DIFERENCIACION DEL PARODONTO NORMAL EN NIÑOS
Y EN ADULTOS.

PARODONTO NORMAL.

El parodonto comprende fundamentalmente los -
siguientes tejidos:

Encía, membrana parodontal, cemento y hueso alveolar. Hay ciertas variaciones en estos tejidos a medida que se desarrolla la dentadura, en comparación - con el parodonto del adulto.

ENCIA.

En el adulto las encías son clínicamente rosadas, firmes resistentes y firmemente unidas al hueso -- subyacente, presentan un borde libre que envuelve el -- cuello del diente y se extiende hacia los espacios proximales para terminar en un borde redondeado justo por debajo del punto de contacto.

En el niño, las encías presentan una variedad de aspectos clínicos a medida que se desarrolla la dentadura. Zappler ha sugerido que las encías en la niñez presentan un aspecto más bien liso que puntilleado, sin embargo en un exámen cuidadoso en niños de 4 años se encontró que el punteado era un razgo constante y faltaba solamente en casos con evidentes cambios inflamatorios. La profundidad de la hendidura gingival en los dientes en erupción y en las dentaduras permanentes jóvenes se encontró mayor que en los adultos.

En la dentición primaria, los tejidos gingivales poseen un tinte rojizo y una superficie brillante -- con poco puntilleo. Los tejidos gingivales se encuentran adaptados en forma holgada a los cuellos de los -- dientes y son desplazados fácilmente con un chorro de -- aire o mediante el sondeo. Los contornos gingivales -- en la dentición primaria son gruesos y redondeados.

En la dentición mixta, el color, el contorno y la consistencia son muy variables por los cambios fisiológicos que se producen. La presencia de inflamación, provocada por el proceso de exfoliación y erupción, complican el cuadro clínico y dificultan determinar las desviaciones de lo normal.

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

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

La forma de las papilas gingivales en la infancia está determinada fundamentalmente por la presencia o ausencia de espacios entre los dientes.

Cuando hay espacios las papilas son romas y redondeadas. Cuando faltan, las papilas tienden a conformarse a la anatomía del espacio interproximal y tiene una tendencia más hacia el aspecto en filo de cuchillo agudo que se ve en las encías adultas.

Histológicamente las encías en la niñez son queratinizadas, aunque algo menos que en el adulto. El epitelio presenta mucha variación en la profundidad de su extensión en la capa papilar del tejido conectivo. Este tiende a ser algo menos denso en su distribución en el niño más pequeño y generalmente es más vascular. La pigmentación de las encías con melanina es una comprobación frecuente en los niños negros, que entre los blancos.

MEMBRANA PARODONTAL

La membrana parodontal es una inserción de tejido conjuntivo, densa y uniforme, une la raíz al hueso alveolar que lo rodea. La membrana parodontal une a hueso alveolar con el cemento por medio de numerosas fibras colágenas de tejido conjuntivo. Estas fibras se insertan por un lado en el cemento y por el otro al hueso alveolar. Estas fibras son:

Fibras Odontogingivales.- Se extienden inmediatamente por abajo de la eminencia epitelial del cemento, hacia la parte alta de la encía marginal.

Fibras Crestogingivales.- Se extienden de la cresta alveolar hacia la encía insertada.

Fibras dentoperiostiales.- Se extienden desde el cemento pasando por la cresta alveolar insertandose en el periostio.

Fibras Transeptales.- Se extienden interproximalmente del cemento de un diente al cemento del otro diente pasando por la cresta alveolar.

Fibras Circulares.— Van a toda la circunferencia de la encía rodeando el diente.

Este tipo de fibras nos ayudan a mantener la encía adosada al diente. Esta disposición permite la erupción continua de los dientes, sin interrupción de la estructura funcional de la membrana. Las fibras -- colágenas de la membrana parodontal no son elásticas.

Las únicas fibras elásticas de la membrana es tan en las paredes de algunos vasos sanguíneos.

El espesor de la membrana parodontal es mayor en el niño que en el adulto. Investigaciones efectuadas por Coolidge encontró que el ancho de la membrana -- era de 0.21 mm. entre los 11 y 16 años de edad, comparado con 0.18 mm. entre los 32 y 50 años y 0.15 mm. entre los 57 y 67 años.

La irrigación de la membrana parodontal en el niño, es más abundante que en el adulto.

CEMENTO.

El tejido calcificado que cubre las raíces -- anatómicas que une al diente con el hueso alveolar por medio de las fibras de la membrana parodontal. En la -- niñez el ancho del cemento no es tan grande como en el adulto y su calcificación es menos densa.

El cemento puede ser acelular o celular; pero esta diferencia estructural no parece tener importancia funcional ó patológica. Si en algún estado patológico la superficie de la raíz sufre una resorción, esta pue-

de ser preparada por aposición de cemento celular o cemento acelular.

El cemento acelular está localizado principalmente en los tercios coronarios de la raíz, mientras que el cemento celular está localizado en el tercio apical.

HUESO ALVEOLAR

En el hueso alveolar en relación con los dientes primarios muestra una prominente lámina dura, visible radiograficamente. Tanto en el estado de cripta como en el estado de erupción. Las trabéculas del hueso son más escasas pero más gruesas y los espacios medulares tienden a ser más grandes que en el adulto; Las crestas óseas interdetales son chatas.

CAPITULO III

TRASTORNOS PARODONTALES EN LOS NIÑOS

La aparición en la edad adulta de los efectos de la enfermedad parodontal, tales como movilidad dentaria, migración y pérdida de dientes, ha hecho que la -- profesión considere a esta enfermedad como limitada a -- esa edad. A primera vista, esto es favorecido por el -- hecho de que la enfermedad parodontal es la principal -- causa de pérdida de dientes después de la cuarta década de la vida.

Sin embargo el análisis del problema indica -- que mientras los efectos terminales de la enfermedad -- parodontal se manifiesta, por lo general en la madurez, los procesos patológicos que llevan a estas manifesta-- ciones pueden haber comenzado mucho antes. Recientemente, una mayor frecuencia de la enfermedad parodontal en niños, junto con la comprensión de la necesidad de un -- mayor conocimiento sobre la patogénesis de los efectos mutilantes de la enfermedad parodontal en adultos, han aumentado el interés por el parodonto de los niños.

El hecho de que se presente este tema es de-- cir, esta fase de la enfermedad parodontal como un capí-- tulo aparte, no debe ser interpretado como que se trate de una fase del problema parodontal diferente y separa-- dos de la enfermedad parodontal en adultos. Generalmen-- te se concuerda en que el niño no debe ser considerado simplemente como un adulto pequeño.

La niñez, tiene ciertos aspectos peculiares en su dentadura en desarrollo y en el tipo metabólico -- sistémico general. Hay también ciertos trastornos paro--

dentales que ocurren más frecuentemente en niños y son, por lo tanto identificados con este período. Básicamente sin embargo hay una continuidad entre el estado del parodonto en la niñez y en la edad adulta.

Las alteraciones patológicas del niño no son necesariamente fenómenos limitados a este período de desarrollo. Algunas persisten dando origen a trastornos parodontales de la dentadura del adulto.

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS DE LA ENCÍA RELACIONADAS CON LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES

Durante el período de transición en el desarrollo de la dentición humana, tiene lugar en la encía ciertos cambios relacionados con la erupción de los dientes permanentes. Es importante reconocer estos cambios fisiológicos a que está la encía, para poder diferenciarlos de las alteraciones gingivales patológicas, relacionadas a menudo con la erupción de los dientes, - estos pueden ser divididos en la siguiente forma:

1.- Abultamiento pre-erupción. Antes de que la corona aparezca en la cavidad oral, la encía presenta un abultamiento localizado, firme que puede ser ligeramente blanquecino y sigue en contorno de la corona subyacente.

2.- Formación del margen gingival. Al hacerse visible la corona del diente en la cavidad oral aparece el contorno semilunar del margen gingival. La encía presenta un margen redondeado, prominente y por -

lo general es ligeramente rojiza y edematosa.

3.- Agrandamiento marginal fisiológico.- Una característica notable de la encía durante la dentición mixta es el agrandamiento marginal, particularmente visible en la superficie vestibular de los dientes superiores. Se ha señalado que en el curso de la erupción, la encía de la base del surco gingival normal no llega a la unión amelocementaria hasta la edad adulta. Esto significa que durante el período de la dentición mixta la encía está adherida a la corona. En la mitad cervical de la corona, el esmalte de los dientes es mas prominente que la raíz. Durante la erupción, la encía marginal superpuesta sobre la prominencia de la corona, da el aspecto de un agrandamiento marginal, que es solo -- una modificación morfológica producida por el contorno anatómico de la corona. Esta prominencia fisiológica -- del margen gingival de los dientes anteriores es mas visible en el maxilar superior que en el inferior.

ENFERMEDAD PARODONTAL EN NIÑOS

Aunque los tipos de trastornos parodontales -- en los niños son fundamentalmente similares a los que -- se ven los adultos, la frecuencia relativa de cada tipo es ligeramente diferente. En niños igual que en adultos el tipo mas común de lesión es la gingivitis marginal -- crónica. En niños es mucho menor la frecuencia y la -- gravedad de la destrucción de los tejidos de soporte.

Las infecciones agudas y las alteraciones del parodonto de origen sistémico específico constituyen -- en el niño mayor proporción de alteraciones parodontales en el adulto.

GINGIVITIS EN NIÑOS

El tipo más común de la alteración gingival - en la niñez es la gingivitis marginal crónica, la encía presenta los mismos cambios de color, tamaño, consistencia y textura superficial que caracterizan la inflamación gingival crónica en adultos. Una característica corriente de la enfermedad gingival en niños es la fuerte coloración rojiza relacionada con depósitos de materia alba y superpuesta a cambios inflamatorios crónicos subyacentes.

Fundamentalmente, la inflamación de la encía en los niños, lo mismo que en adultos es producida por alguna forma de irritación. Hay sin embargo, algunos factores locales observados en niños con la suficiente frecuencia como para relacionarlos con el período de desarrollo. Entre estos factores figuran los siguientes:

Materia alba.- Es común en niños con mala higiene oral, la inflamación del margen gingival en relación con acumulación cremosa, blanco-amarillento de materia alba. El margen gingival vecino a las mismas se torna rojo, liso y brillante. Los restos de comida en descomposición y los microorganismos son responsables de los cambios inflamatorios microscópicos.

Irritación por dientes flojos.- Es frecuente que los dientes primarios móviles y parcialmente esfoliados produzcan inflamación gingival. Durante la masticación la irritación de los bordes irregularmente erosionados de dientes parcialmente absorbidos incluidos en la encía dá origen a cambios gingivales que varían

desde un ligero enrojecimiento y edema hasta la formación de abscesos y supuración. La presencia de dientes flojos o cariados hacen que los niños tomen hábitos un laterales de masticación que favorecen la acumulación -- de restos de comida y la gingivitis del lado utilizado.

Sarro.-- Aunque es raro encontrarlo en niños, ha sido visto en pacientes desde tres años de edad, --- provodando gingivitis marginal.

Enfermedad gingival relacionada con la Erup---
ción.-- Un hallazgo común en el periodo de la dentición mixta es la inflamación gingival en relación con la -- erupción de dientes permanentes. La frecuencia de la -- enfermedad gingival en tales circunstancias ha dado ori gen al término de gingivitis de erupción. Es dudosa la conveniencia de este término, lleva a creer que el pro- ceso de erupción dentaria es responsable de la gingivi- tis. Aunque regularmente se ve gingivitis relacionada con la erupción de dientes, la irritación responsable -- de la inflamación gingival no es producida por la erup- ción, sino por factores locales que aparecen con la mis ma. Los factores locales producen inflamación gingival después que la velocidad de erupción activa se ha redu- cido a un mínimo. La gingivitis asociada con los dien- tes en erupción puede presentar diversos grados de gra- vedad. La severidad de los cambios inflamatorios puede ser influenciada por la extensión de los depósitos loca les, el alimento en los dientes y la higiene oral. El cambio más simple es el ligero enrojecimiento y edema -- que acentúa la prominencia normal del margen gingival -- y a menudo resulta en un agrandamiento gingival nota- -- ble.

Dientes en mal-posición.— La inflamación gingival es mucho más frecuente y más grave en relación con la erupción en dientes en mal posición. La malposición durante la erupción favorece la acumulación de restos de comida con los cambios inflamatorios consiguientes. Los cambios graves consisten en agrandamientos del margen gingival con coloración cianótica tono azulada y — aún ulceración.

En muchos casos la exploración con una sonda revela una bolsa profunda en relación con un diente en erupción, de la cual puede exprimirse pus por presión — digital firme. La naturaleza de los cambios gingivales es afectada por la relativa posición vestibular o lingual, a inclinación axial y el grado de rotación de — los dientes en mal posición. La corrección ortodántica de la malposición generalmente vuelve al contorno gingival normal.

Erupción retardada.— La erupción retardada — puede llevar a la malposición de los dientes, con lesiones al parodonto por el trauma funcional y los empaquetamientos de comida.

Cambios traumáticos en el Parodonto de los niños.— Numerosos investigadores han descrito las características microscópicas de los cambios traumáticos de — los tejidos parodontales, en la dentición temporaria. — Según Kroföld y Weinmann, estos cambios aparecen en la forma siguiente:

1.— La lesión menos grave consiste en compresión, isquemia, o hialinización del tejido parodontal.

2.- La más grave, en aplastamiento y necrosis de los tejidos parodontales con formación de quistes hemorrágicos. En la mayoría de los casos, las lesiones producen reabsorción ósea envolvente y reparación tisular.

En los siguientes casos se producen cambios traumáticos en los tejidos parodontales de los dientes primarios:

1.- Durante el cambio de dientes primarios, la absorción de diente y hueso debilita el soporte parodontal, de modo que las fuerzas funcionales existentes ejercen una acción sobre el tejido de soporte.

2.- La mala alineación, mutilación, pérdida o extracción de dientes o restauraciones dentales pueden producir fuerzas oclusales excesivas.

3.- Durante la erupción de dientes primarios, las fibras parodontales disponen paralelamente al hueso y no oblicuamente como en el diente erupcionado. El ligamento parodontal de los dientes primarios en erupción, es incapaz de soportar las fuerzas funcionales, resultando lesiones en los tejidos parodontales.

Los cambios traumáticos microscópicos del parodonto de los dientes primarios no producen, por lo general, la pérdida del diente. La reparación es frecuente, los dientes traumatizados pueden estar sencibles o flojos después de la erupción por lo que el paciente evita usar la zona por un tiempo, permitiendo así la reparación de los tejidos dañados. La reparación puede terminar en una anquilosis, fijando el diente en el hueso.

so, de modo que, cuando la dentadura permanente erupciona, el diente primario anquilosado aparece como sumergido.

En la dentición mixta puede haber cambios - - traumáticos en el parodonto de los dientes permanentes por la excesiva carga a que están sujetos al caerse los dientes primarios vecinos. Se ha atribuido la necrosis del ligamento parodontal de una pieza en erupción a las fuerzas oclusales transmitidas por otra pieza, situada - sobre su corona.

Otros factores.- La respiración bucal y las - caries proximales, con el consiguiente empaquetamiento de comida, producen inflamación de la encía. Otros factores que influyen en las enfermedades gingivales en la niñez son los trastornos digestivos y la obstrucción - nasal.

Gingivitis asociada con la pubertad.- El agrandamiento gingival durante la pubertad se observa en - ambos sexos; sin embargo es más frecuente en la mujer.

El agrandamiento gingival está caracterizado por una hiperplasia del margen gingival y una prominencia bulbar de la papila interdental. En algunos casos el margen gingival es moderadamente firme y no cambia - mucho de color, mientras que en otros casos se presenta:

Hiperplasia gingival con todas las manifestaciones clínicas de la gingivitis asociada con una inflamación y consecuentemente cambios en la coloración. El

margen gingival es delgado, rojizo o azul rojizo y se retrae sobre la superficie de los dientes. Frecuentemente se encuentran estas alteraciones sólo en las caras bucal y labial sin afectar la superficie lingual de los dientes. Un examen minucioso revela que los factores del medio bucal son capaces de producir la enfermedad parodontal causando una reacción gingival; una área sufre un alargamiento y es mayor que el área que no ha sido afectada por la irritación del medio bucal. Sin embargo en algunos casos en la inspección de los cambios que se efectúan durante la pubertad se observa que, la hiperplasia gingival crónica es mayor al estar asociada con los agentes etiológicos locales. La terapia es benigna y la tendencia a la recurrencia es grande.

Enfermedad Parodontal en niños con deficiencias mentales.- Uno de los problemas de la infancia que virtualmente han sido ignorados en la literatura dental es la presencia de enfermedades parodontales en niños con enfermedades nerviosas. La observación clínica de los niños sugiere una forma de parálisis cerebral, distrofia muscular o enfermedad nerviosa; revelando además una lesión gingival. Adicionados a dichos disturbios sistémicos encontramos factores etiológicos locales tales como mala oclusión, caries, bruxismo, mala técnica de cepillado, dieta deficiente además de otros problemas físicos y emocionales.

Lesiones que afectan el proceso alveolar y el ligamento parodontal.

Anemia eritoblástica.- (Anemia de Cooley) es

ta anemia crónica es hereditaria en los niños del Mediterráneo, siendo fatal y caracterizada por leucocitosis, esplenomegalia y generalmente lesión Eketal.

Los pacientes con anemia hemolítica son letárgicos y parecen ser retrasados mentales. La mucosa oral toma un tinte amarillento. Estos pacientes presentan una apariencia con síndrome de Down y por la hiperplasia del maxilar resulta una mala oclusión, mordida abierta y diástema entre las piezas dentarias.

Parodontosis.- Es raro que se presente en niños, se han reportado algunos casos de niños entre 7 y 14 años, su diagnóstico es difícil, algunos de estos casos se ha descubierto por el examen dental practicado en las escuelas.

Parodontosis Juvenil.- Sabiendo que la gingivitis es la principal lesión inflamatoria en personas jóvenes encontramos algunos casos de parodontosis marginal entre los 15 y 16 años. La radiografía y el examen clínico son similares a los observados en los adultos.- Los disturbios futuros hacen su aparición a edad temprana. La presencia de resorción alveolar en esta edad causa una leve confusión entre parodontosis, pensando en los factores locales y al tipo de Resorción, movilidad y migración de los dientes será más fácil llegar a un diagnóstico diferencial.

Enfermedad Parodontal destructiva crónica en la niñez.- A veces se ven niños con destrucción moderada a ligera del hueso alveolar, relacionada con extensión de la inflamación de la encía de los dientes primarios y permanentes. Es raro ver destrucción ósea pro-

nunciada con pérdida de dientes, pero han sido publicados varios casos por Woods, Wallace, Luscm y Rosenthal.

Un caso de enfermedad parodontal destructiva crónica estudiando extensamente por un período de tres años por Losch y Boyers, en el Children's Medical Center, es característico del problema poco común que constituye la enfermedad parodontal destructiva crónica en niños.

El estudio se realizó en un niño de 8 años de edad, presentaba una gingivitis marginal generalizada con agrandamiento gingival; las encías aparecían rojo azuladas, lisas, brillantes y sianóticas, excepto en la zona de los incisivos centrales superiores, donde se veía una intensa coloración rojiza en forma semilunar, en relación con acumulaciones de materia alba, las encías estaban blandas edematosas, depresibles, con tendencia a sangrar al menor estímulo. Había formación de bolsas profundas con supuración en toda la boca con gran movilidad de los dientes, especialmente en el sector anterior, y el molar superior izquierdo en linguoversión. Fuera de un ligero malestar al masticar, el paciente no sentía ninguna molestia en la boca. El examen radiográfico reveló una gran pérdida ósea generalizada, en relación con los dientes erupcionados, lo mismo que en relación con los dientes que apenas asomaban del proceso alveolar en la cavidad oral.

Los incisivos inferiores estaban completamente denudados de hueso; los caninos inferiores, que apenas podían ser vistos clínicamente presentaban ya -

pérdida de hueso en relación con sus raíces todavía incompletamente formadas, así como en la vífuracación de los primeros molares permanentes había una extensa pérdida ósea.

Aunque en algunas partes el contorno del hueso permanente en relación con los incisivos superiores sigue una forma de V, presentaba en general un bordo -- eriosonado horizontal.

Las historias del paciente y la familia no -- aportaron datos de interés. El examen físico del paciente fué negativo. No había lesiones de piel, como -- en otros casos descritos en niños. Las radiografías, de cráneo y de los huesos largos no revelaron cambios -- apreciables; los estudios de laboratorio fueron negativos. El estudios sistémico no reveló ninguna enfermedad relacionada con el estado parodontal.

Según los autores, el pronóstico de estos casos es pobre pero su tratamiento criterioso puede permitir conservar los dientes no muy seriamente atacados. Siendo este caso común, el factor causal puede ser un trastorno emocional que provoca hábitos perniciosos tales como apretamiento de dientes, actuando el agente -- causal en el momento en que se forma el soporte alveo--lar de los dientes incisivos y primeros molares, los -- dientes que erupcionan pueden tener buen soporte óseo.

Sugieren por lo tanto, en el tratamiento de -- estos casos, extraer los primeros molares más atacados, para evitar que perjudiquen a los segundos pre-molares.

INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS

Gingivostomatitis Herpática Aguda.- Es el tipo más común de infección gingival aguda de la niñez que se manifiesta a menudo como una secuela de infecciones del tracto respiratorio superior.

Moniliasis.- Es la infección de la cavidad -- oral causada por el hongo *Candida albicans*.

Gingivitis necrotizante aguda.- La gingivitis necrotizante aguda puede aparecer en niños, aunque la -- frecuencia es relativamente baja. En niños se diagnostica algunas veces erróneamente, gingivostomatitis herpética agudas como gingivitis necrotizante agudas.

Estomatitis Catarral.- Es la inflamación difusa aguda de la mucosa oral, corrientemente descrita como frecuente en la niñez. Sin embargo su naturaleza exacta no ha sido determinada.

Estomatitis Estreptocócica.- Es una inflamación aguda difusa de la encía, caracterizada por un eritema difuso, una superficie gingival brillante, y acompañada por dolor. Se encuentran frecuentemente linfadenitis, complicaciones sistémicas tóxicas y nasofaringitis. El diagnóstico se hace en base a los hallazgos clínicos y al estudio bacteriológico.

La gingivitis gonocócica y estafilocócica -- son estados gingivales raros de la niñez. La primera al nacer. En ambos, la característica clínica principal es el exudado purulento del margen gingival. El diagnósti-

o se hace en base a la historia, hallazgos clínicos y -
estudios bacteriológicos. .

CAPITULO IV

MANIFESTACIONES ORALES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS

DE LA NIÑEZ.

Bajo este nombre serán estudiadas algunas enfermedades y disturbios de la niñez que se saben causan lesiones primarias o secundarias de los tejidos de soporte del diente o pueden posiblemente, llevar a las parodontopatias en años posteriores.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS ESPECIFICAS

DE LA NIÑEZ.

Las enfermedades exantemáticas agudas, frecuentemente presentan lesiones características en la cavidad oral, como por ejemplo las manchas de Keplik - que son de color azul blanquecinas con márgenes brillantes rojizas y que se presentan en la mucosa de los carriles a la altura de los primeros molares permanentes superiores y que ocurren en el sarampión o de las pequeñas vesículas de base rojiza características de la viruela que son raramente vistas en la encía, observándose solamente una gingivitis ligera. Una complicación más seria de los tejidos parodontales, puede ocurrir a veces, en los casos severos de fiebre escarlatina donde se puede encontrar en la encía, úlceras pequeñas, dolorosas o una membrana gris amarillenta.

En la difteria se puede observar, en casos raros, una gingivitis membranosa, la lesión puede afectar a los tejidos que quedan debajo y puede llevar a una ostiomielitis del hueso alveolar con pérdida de los dientes.

En los niños débiles las lesiones pueden progresar hasta el Noma, "Lavander y Squires" reportaron - un caso de estomatitis diftérica en la que las lesiones úlceras granulosas cubiertas con una membrana blanquizca, comenzaron en el labio inferior y progresaron - hacia la mucosa labial y de ahí a la encía labial superior sin afectar a la nariz o la garganta. Se -- aflojaron 2 incisivos inferiores y el paciente se los extrajo por si misma. Los cultivos de las cavidades alveolares mostraron estreptococos y bacilos de Klebs - - Loeffler; los disturbios gingivales, observados en las - enfermedades agudas infecciosas, pueden no ser sólo la expresión de una enfeciosas, pueden no ser sólo la expresión de una enfermedad general, sino que son más -- bien el efecto de un cuidado negligente de la boca durante la enfermedad así como de la dieta ligera, tan frecuentemente prescrita en las enfermedades febriles. El efecto estimulante y de aseo de los liméntos detergentes es así negado a los tejidos gingivales.

ENFERMEDADES CRONICAS INFECCIOSAS

SIFILIS.

La causa determinante de esta enfermedad es el treponema pálido que puede llegar al organismo por dos - formas de contagio: directo o indirecto.

Sífilis Adquirida.- En el niño se presenta el contagio directo porque la madre la trasmite por vía placentaria, al mamar de una nodriza enferma, etc.

El contagio indirecto es muy frecuente. La - infección puede ser contraída de los cepillos de dientes, de los utensilios para beber y comer, al besar, --

etc. también puede ser transmitida por los dentistas, - médicos, o en las peluquerías por falta de esterilización de los instrumentos; el chupón o biberón de un niño sífilítico puede llevar el contagio a un niño sano.

La lesión inicial es siempre en chancro que aparece 20 o 30 días después de la contaminación y muy raras veces de a 15 días. El chancro es una lesión ergiva con superficie brillante roja, tiene un bordo endurecido y es ligeramente doloroso. Cuando la lesión primaria está en la encía se localiza generalmente en el margen de la encía labial de un diente superior anterior y es menos frecuente en la encía anterior inferior.

Hay infarto de los ganglios de la región, -- los que son agrandados, endurecidos, móviles pero sin dolor. Se puede observar el Treponema en el examen del campo obscuro de la exudación del área ulcerada en la -- mayoría de los casos.

Puede resultar de este la osteomielitis y la pérdida de los dientes comprometidos o de algún diente adyacente. Se ha observado una forma típica del chancro el que aparece sin ninguna característica especial. Puede parecerse a una simple lesión gingival y entonces puede ser pasado por alto en el examen, hasta que se -- aflojan los dientes y aún hasta en el secuestro ha ocurrido; pueden ser encontrados raramente en la encía, -- lesiones secundarias tales como lesiones vesiculares -- que continen fluido purulento.

Sífilis Congénita.— La sífilis congénita no puede separarse de la sífilis adquirida, pues para algunos autores esta no es más que una sífilis adquirida en el útero. Las manifestaciones herede-sifilíticas difieren un tanto de las sífilis del adulto por la razón de que no está expuesto a las injurias a que el adulto expone sus tejidos. Es así como vemos presentarse en la cavidad bucal con el nacimiento mismo, o días después, pápulas en las encías, en el paladar, en la faringe, en los carrillos.

Los dientes deformados que no tienen contacto proximal y los molares de forma de mora son frecuentemente perdidos en los primeros años, lo que predispone a las enfermedades parodontales.

Chompret y Cechaume, describen varios casos de sífilis congénita tardía en niños y mencionan que esa enfermedad puede manifestarse por primera vez en el adolescente como una osteitis gomosa y ostiomielitis en los huesos de la mandíbula. En los casos reportados por esos autores, las lesiones gomosas dieron como resultado la pérdida de varios dientes.

La complicación de la estructura parodontal puede ocurrir durante el tratamiento antisifilítico con Arsenamina, Salvarsán, Bismuto y Mercurio, pudiéndose observar la inflamación marcada y aún la reabsorción alveolar.

TUBERCULOSIS.

Las lesiones tuberculosas primarias de la encía en los niños son raramente observadas. Recientemente

te Debré llamó la atención a un número de casos observados por él en Francia. El describió el cuadro clínico como sigue: El ataque o malestar puede ser agudo, pareciéndose a una condición inflamatoria dental (periostitis y osteitis) o puede ser no agudos y sin dolor siendo el primer síntoma una ulceración. Esta ulceración está localizada, ya sea en la porción cervical de la encía o entre el surco de la mejilla y la encía. El cráter de la úlcera es limpio, con pequeñas manchas blanquecinas y amarillentas. Los márgenes están ligeramente elevados. Es notable el infarto ganglionar. La curación completa de ambas lesiones, puede requerir meses y algunas veces años.

Hay usualmente una elevación moderada de la temperatura de larga duración el diagnóstico se hace ya sea tomando como base la evidencia bacteriológica, de 9 casos observados por Debré dos terminaron en muerte por diseminación y meningitis. En la mayoría de los casos el agente de infección fue el bácilo tuberculoso del tipo bovino, no se pudieron encontrar lesiones pulmonares en ninguna de estos 9 casos. El autor Miller observó una lesión secundaria de los tejidos gingivales, en algunos niños con tuberculosis pulmonar activa. Ellos exhibían una gingivitis generalizada, con inflamación y enrojecimiento de la encía y una tendencia a sangrar.

FIEBRE REUMATICA.

En los niños que sufren fiebre reumática y la enfermedad reumática del corazón, se presenta una encía extremadamente pálida a menudo con tono --

violáceo. La anemia que usualmente se presente es la causante de esta palidez. El tono violáceo, puede ser debido a congestión venosa, causada por la función cardíaca deteriorada; generalmente no se presentan signos de inflamación, debido al gran peligro de ataque recurrentes, que puede producir afecciones cardíacas, deben ponerse especial atención, con el objeto de evitar cualquier infección en la cavidad oral, teniendo cuidado instituir el aseo apropiado de la Boca. Antes de hacer cualquier profilaxis u operación deben tomarse medidas preventivas.

ALERGIAS.

La alergia a los alimentos es casi común en los niños (leche de vaca, pescado, aceite de hígado, etc.). Los síntomas del conducto gástro intestinal, como la diarrea y el vómito, vienen a menudo acompañados por hiperemia y edema de las encías, ampollas o úlceras aftosas pueden ser observadas en los tejidos gingivales y orales. Se puede encontrar los mismos fenómenos en la fiebre del heno y en el asma. Se ve en los niños más frecuentemente que en los adultos alergias a ciertas drogas, las mas comunes son los salicilatos a la fenofaleína, a los barbitúricos a los arseniales y a las sulfas. Las reacciones en la cavidad oral son las mismas que para los alimentos (hiperemia y edema de las encías).

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIO-VASCULAR.

Las enfermedades del corazón congénitas, particularmente aquellas con una cianosis permanente, están asociadas con un color rojo oscuro en los tejidos

gingivales y con una tendencia a la gingivitis. La -- endocarditis maligna aguda es rara, mientras la endocarditis subaguda bacterial ocurre en la niñez y aumenta -- la incidencia con la edad. La endocarditis Traumática, es el tipo más común de estas enfermedades cardiacas en los niños. La miocarditis debida a las toxinas o infecciones de la fiebre reumática, a la difteria, a la anemia en la avitaminosis severa (especialmente vitamina B₁) es observada en muchos casos en la niñez. En todas estas ocasiones los tejidos gingivales participan en -- los disturbios sistemáticos y exhiben una palidez notable, y ocasionalmente cianosis acompañada por edema ligero como un signo de anemia o desorden general de la -- circulación. Debido al peligro inminente que resulta la infección secundaria, tiene que ponerse particular -- atención a la salud de los tejidos gingivales en los -- niños afectados con cualquier tipo de enfermedad cardíaca.

El algunos casos pueden resultar fatales -- -- ciertos procedimientos profilácticos simples o curaciones subgingivales a menos que se prepare antes al paciente .

ENFERMEDADES DE LA SANGRE.

Hay una variación en los valores medios normales de la sangre, en los diferentes niveles de edad durante la niñez, y el estado dulto. La diferencia es marcada en los números de glóbulos blancos especialmente en leucocitos y linfocitos polimorfonucleares. También se observa una diferencia en el contenido de hemoglobina de los glóbulos rojos de la sangre. Las diferencias anatómicas y fisiológicas en los tejidos hematopoyéticos, con

la reserva mucho menor de células maduras y menos espacio para la expansión de los tejidos formadores de sangre, crea una variación de estas células durante la infancia.

Anemias.

Se conoce con este nombre una enfermedad - caracterizada por una gran disminución en el número de glóbulos rojos acompañadas de aumento en el valor globular, presencia de granulaciones basófilas y - - grandes alteraciones en el tamaño y en la morfología de los hematies.

Su origen no es todavía conocido, pero se debe a una impotencia de la médula roja de los huesos, para elaborar glóbulos rojos maduros, en cantidad suficiente, para cubrir las necesidades del organismo. Esta enfermedad tiene curso crónico y progresivo y, si no es tratada convenientemente acaba siempre produciendo la muerte. Hay una diferencia en el depósito potencial para la formación de los glóbulos rojos de la sangre, durante la infancia y la niñez, mientras más reducido sea el almacenamiento potencial durante la niñez, más alta incidencia de defectos congénitos, más también incrementa la frecuencia y severidad de la anemia en la niñez, son infecciones congénitas de los glóbulos rojos, agentes hemolíticos, deficiencias de hierro o vitaminas y daños en la médula del hueso. En todas estas enfermedades establecidas, los tejidos gingivales están afectados fundamentalmente por enfermedades generales, como - lo están otros tejidos del cuerpo. El grado de palidez de la encía es usualmente una complicación y -

en muchos de los disturbios sanguíneos, lesiones severas de las estructuras parodontales están presentes como los primeros signos de las enfermedades sistémicas. En la anemia mediterránea, anemia eritroblastica, anemia de Cooley, anemia hemolítica congénita, anemia plástica y en la neutropenia (agranulocitosis) los tejidos de la encía pueden presentar una hiperplasia marcada, ulceraciones y sangrado repentino de los tejidos de la encía afectada. La lesión puede progresar agravada por infecciones secundarias, a la gangrena y el noma, en muchos tipos de anemia, ocurren cambios membranosos, en los maxilares que da como resultado las malas oclusiones, como en la anemia mediterránea.

En la niñez esto ocurre, principalmente en la forma aguda, El curso de la enfermedad es visualmente tan rápido que (de una o tres semanas de las manifestaciones de los primeros síntomas), disturbios parodontales serios raramente, tienen tiempo de desarrollarse; sin embargo una encía pálida, una gingivitis ligera del tipo hiperplático y sangrado de los tejidos gingivales son comúnmente vistos en la mayoría de los casos, frecuentemente como los síntomas primeros de la enfermedad oculta. A veces, una gingivitis hiperplática localizada y marcada con ulceraciones gangrenosas, dolor y pérdida de los dientes, indica una seria enfermedad de la sangre, la cual, no es descubierta usualmente hasta que ha alcanzado el periodo avanzado.

Burket, describe el caso de un muchacho de 12 años con leucemia monosítica, donde la encía era roja — oscura, hinchada, suave e hiperplástica con lesiones extensas gangrenosas. El niño murió tres semanas después de que los primeros síntomas habían aparecido. Atribuye la hiperplasia de los tejidos gingivales a la necro—

sis, edema y a la acumulación marcada extravascular de los leucocitos anormales. El aflojamiento de los dientes fué causado por necrosis de el ligamento parodontal.

TROMBOCITOPENIA.— En los estados trombositopénicos el sangrado de los tejidos gingivales y las papilas interdientarias a menudo pueden ser el primer síntoma de la enfermedad. Las infecciones secundarias que sobrevienen pueden conducir fácilmente a una complicación parodontal más seria.

Anemia Eritoblastica (Anemia de Cooley) Es una alteración hereditaria caracterizada por presentar anemia hemolítica, esplenomegalía, eritrocitos nucleados en la sangre periférica.

La osteoporosis característica de la enfermedad se produce temprano en la niñez y va seguida de esclerosis.

Los cambios bucales incluyen palidez y cianosis de la membrana mucosa y maloclusión marcada, debido al crecimiento exagerado del reborde alveolar del maxilar superior. Presenta una separación asociada de los dientes y por lo tanto, espacios interproximales grandes.

Anemia Hemolítica.— Este tipo de anemia se caracteriza por palidez, ictericia, debilidad, manifestaciones reumatoideas, úlceras en las piernas y ataques de dolor agudo.

El cuadro sanguíneo se distingue por la presencia de corpúsculos rojos en forma de hoz, así como signos de destrucción sanguínea excesiva y formación activa de sangre. Aunque no es característica de un sexo, es algo más frecuente en mujeres. Las alteraciones bucales

incluyen osteoporosis generalizada de los maxilares, — palidez y coloración amarillenta de la mucosa bucal.

Anemia Aplástica.— La anemia aplástica es debida a insuficiencia de la médula ósea muchas veces, es de causa — desconocida, pero la mitad de los casos podría deberse a sustancias químicas (como sustancias de pintura, benzol, cloranfenicol). En cierto sentido, la palabra anemia no debería aplicarse aquí, pues a menudo están afectados los tres elementos celulares de origen medular — (pancitopenia), o cuando menos, además de los eritrocitos, algún otro elemento celular (plaquetas o glóbulos — blancos).

Neutropenia.— (agranulocitosis Es una enfermedad que se caracteriza por leucopenia y neutropenia extremas, junto con ulceraciones de la mucosa bucal, piel y tubo gastro-intestinal..

Por lo general se presenta como enfermedad aguda, pero puede reaparecer en ataques cíclicos (neutropenia cíclica) que pueden estar relacionadas con el periodo — menstrual.

La instalación de dicha enfermedad se produce junto con fiebre, malestar, debilidad general y "dolor de la garganta". Las úlceras de la cavidad bucal, buco—faringea y garganta son características. La mucosa presenta áreas necróticas aisladas negras o grises, bien — delimitadas, de las zonas adyacentes sanas.

El margen gingival puede estar afectado o no. Hemorragia gingival, necrosis, mayor salivación y olor — fétido son características clínicas concomitantes.

ENFERMEDADES Y DISTURBIOS EN EL SISTEMA RESPIRATORIO.

El niño es extremadamente susceptible a las infecciones respiratorias. El resfriado común, infecciones de la garganta, amígdalas infectadas que se desarrollan demasiado, o adenoides son encontradas frecuentemente sobre todo en la edad escolar. En estos estados de enfermedad, los tejidos de las encías son también afectados, el edema, la congestión sanguínea e inflamación están presentes en casi todas estas enfermedades, generalmente predispone a una invasión secundaria bacterial, — tal como la de los estreptococos neumococos y los organismos de *Vicent*. Las neumonías frecuentemente secundarias a enfermedades como el sarampión, tos ferina, resfriado común, generalmente se acompañan de marcada gingivitis con tendencia a sangrar.

El problema de las amígdalas se vuelve agudo, durante los años de edad temprana y dura hasta la pubertad. La hipertrofia de las amígdalas y de los adenoides, causadas frecuentemente por infecciones repetidas, progresa hasta la pubertad después de la cual ocurre el retroceso; en estas enfermedades se produce la gingivitis hiperplástica, vista en la mayoría de los niños.

ENFERMEDADES Y DISTURBIOS DEL APARATO DIGESTIVO.

Muy frecuentemente aparecen en la niñez, los disturbios del conducto gastrointestinal, muchas veces — disturbios puramente funcionales, la mayoría de las veces vistos en niños nerviosos o neuróticos. La inapetencia en la edad temprana, es causada frecuentemente por factores psicológicos, por ejemplo: rehusar comer como —

un medio de llamar la atención o por excitación o tensión nerviosa o por malos hábitos de alimentación practicados por madres demasiado ansiosas, estos niños no mastican — adecuadamente, y la encía carente de estímulo aparece — pálida y de tono pobre, Las papilas se inflaman ligeramente y se vuelven algo suaves o débiles. Una anorexia prologada puede llevar a una desnutrición, con deficiencias concomitantes nutritivas, tales como la anemia y el escorbuto subclínico, los primeros síntomas de los cuales, a menudo pueden ser notados en los tejidos gingivales.

ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES.

Los cambios patológicos en el riñón conducen a la reducción funcional de los tejidos renales, (anomalías congénitas, infecciones del riñón, y nefrosis), pueden — dar como resultado la retención del fósforo (fosfatemia) y eventualmente la hipertrofia de las glándulas paratiroides. Los disturbios en el metabolismo del calcio y — fósforo pueden causar el desarrollo defectuoso de los — huesos, incluyendo al hueso alveolar y puede así predisponer a la enfermedad parodontal.

ENFERMEDADES DE LOS HUESOS.

El raquitismo, (enfermedad sistemática causada por deficiencia de vitamina D) y la osteitis fibrosa — quística generalizada causada por hipoparatiroidismo — primario o secundario, traen principalmente una anomalía en el desarrollo de los huesos membranosos, (hueso, clavícula y cráneo facial). Los maxilares están deformados, mal desarrollados, el arco palatino es alto y angosto, y frecuentemente se observa también un arco infe-

rior mal desarrollado, éstas deformidades conducen a las malas oclusiones agravadas por el apiñamiento de los dientes, frecuentemente aumentados en número por dientes supernumerarios, que pueden erupcionar o quedar retenidos, y esta situación es causa de enfermedades parodontales.

La falta de formación de esmalte, puede actuar como irritante gingival.

La osteoporosis es una densidad aumentada de los huesos y dientes pero ambos tejidos son frágiles y se fracturan fácilmente. Hay gran tendencia a las caries, la cuál a su vez predispone a las enfermedades parodontales.

La displacia fibrosa del hueso, una anomalía en el desarrollo del esqueleto, afectando a uno o varios huesos, es una enfermedad de la niñez y de la edad temprana. El factor causante es desconocido, pero se cree que es una anomalía del mesénquima que forma los tejidos conjuntivo y óseo. La enfermedad puede manifestarse en los huesos de la mandíbula y dar como resultado el desplazamiento de los dientes.

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

Las enfermedades más comunes de la piel, y que involucran a la cavidad oral, son el Pénfigo (liquen plano) y eritema multiforme.

El pénfigo, una enfermedad generalmente de la edad mediana, puede ser observada ocasionalmente en los niños.

Sternad Kilby, describe un caso de pénfige en una niña de 13 años donde grandes pústulas, ulceraciones y zonas de costras habían de encontrarse en las encías y también en el paladar, fauces y faringe; el caso terminó fatalmente.

El eritema multiforme puede verse ocasionalmente en las lesiones urticáricas o hemorrágicas y a menudo — afectando la encía.

PARALISIS CEREBRAL.

Recientemente la parálisis cerebral ha llamado la atención a la profesión dental, esta es una enfermedad en la que el control muscular es irregular o se — pierde por completo. La mayoría de los casos son causados por golpes o lesiones en el cerebro durante el nacimiento o por interferencias en el desarrollo normal del cerebro durante la vida interna (evolución de las membranas cerebrales).

Una gingivitis generalizada es frecuentemente observada en estos individuos, la mayoría de los casos — debido a la poca frecuencia con que se hacen el aseo — oral. La cavidad oral presenta una marcada inflamación de la membrana de la mucosa con pequeñas lesiones en las cavidades que se abrieron, dejando una superficie lastimada al descubierto. Las lesiones de la piel son parecidas al eritema multiforme.

ESTADOS DEFICIENTES DE LA NUTRICION.

Es muy importante la nutrición adecuada, para la salud en general y para la formación de los tejidos parodontales en particular, son una dieta apropiada, la digestión y la absorción normales durante la niñez. En el período de desarrollo de la infancia es cuando se necesita precisamente una buena nutrición. Las actividades metabólicas durante la niñez son de gran importancia en la vida humana y los requerimientos de la nutrición son por lo tanto, proporcionalmente más grandes en el niño que en el adulto.

Las deficiencias en la nutrición, son más tarde incrementadas por las enfermedades infecciosas agudas y disturbios gastrointestinales que ocurren durante este período de edad, por lo cual se debe poner un remedio efectivo y lo más rápido que sea posible, antes que la desnutrición se desarrolle hasta el estado crónico y sobrevengan enfermedades también crónicas, a causa de la gran pérdida de proteínas y minerales impidiendo por lo tanto el crecimiento y desarrollo permanente si no es aplicada una dieta adecuada, debiendo así mismo tomar medidas cuidadosamente planeadas de dietas adecuadas para el caso que son de suma importancia y que deben aplicarse en cualquier enfermedad o padecimiento prolongado. Un plan concienzudo de la dieta diaria, para la alimentación del niño, es necesario no solamente para el propio crecimiento y desarrollo de todos los tejidos, sino también para que pueda desempeñar con propiedad sus respectivas funciones.

La mala nutrición que trae consigo deficiencias en varios factores esenciales o accesorios, puede ser encontradas frecuentemente en la niñez. Los niños desnutridos están generalmente faltos de peso, pálidos con muy pocas fuerzas en los músculos, ocasionando que fácilmente se cansen y fatiguen. Los tejidos gingivales de tales niños aparecen pálidos y blandos estando de esta manera muy propensos a infecciones y a la gingivitis. La mala nutrición es una forma subclínica, puede existir sin síntomas alarmantes. Esta forma prolongada de nutrición deficiente es frecuentemente la más peligrosa porque su resultado es crónico y crítico y con mucha frecuencia lamentable y de funestas consecuencias.

Deficiencia de vitamina "A".—Stevenson y Burke han puesto especial cuidado en el más alto índice de las infecciones respiratorias y en los factores que causan estas enfermedades en los niños que son alimentos artificiales y que indican deficiencias de vitamina "A" y "C", como los factores que la causan. El aumento de estas vitaminas debe beneficiar también el adecuado desarrollo de las estructuras epiteliales en la cavidad oral y disminuir por lo tanto la susceptibilidad a diversos agentes patógenos.

Especial cuidado y precaución deben observarse al suministrar o agregar cantidades de vitamina "A" para la dieta de los niños afectados de la enfermedad celíaca insuficiencia pancreática, enfermedad avanzada del hígado o Diabetes. En estos casos es recomendable la administración de vitamina "A" para una adecuada asimilación y absorción de sustancias solubles.

La adición de vitamina "A" es por lo tanto recomendable. En las enfermedades crónicas de hígado, la imposibilidad de éste para convertir el caróteno en vitamina "A" puede causar la deficiencia de esta vitamina.

Esta condición también hace necesaria la administración de una cantidad adecuada de vitamina "A" a la dieta y que sea perfectamente del tipo soluble en agua. Además la deficiencia de esta vitamina puede ocasionar la degeneración de los nervios dentarios, anomalías en la erupción de los dientes y deformidades de los maxilares.

Deficiencia de vitamina B₁ o Tiamina.— Holt, dice que la deficiencia moderada de vitamina B₁ es poco frecuente en los casos avitaminosos que se presentan en los Estados Unidos. La presencia de la Pelagra y el Beri-Beri es en este país mucho más notable que en los estados del sur que en los del norte, la deficiencia de la vitamina B₁ ocurre las más de las veces en los estados del sur de Europa, en Africa y en Asia.

Las siguientes alteraciones bucales se atribuyeron a deficiencia de Tiamina; hipersensibilidad de la mucosa bucal; vesículas pequeñas (que simulan herpes) en la mucosa bucal, debajo de la lengua o en el paladar; y erosión de la mucosa bucal. La tiamina es esencial para el metabolismo bacteriano y de carbohidratos, se afirmó que la actividad de la flora bucal disminuye cuando hay deficiencia de tiamina.

Deficiencia de vitamina B₂ o riboflavina.— La deficiencia de riboflavina puede dar lugar a lesiones que afectan la mucosa bucal. Las lesiones de la piel consisten en una dermatitis grasosa y escamosa, que afecta típicamente los pliegues nasolabiales y a veces la región posauricular. Las lesiones escamosas suelen tener una base eritematosa.

La quelosis angular ligada a las deficiencias nutricionales consta de lesiones bilaterales, que suelen extenderse algunos milímetros a partir de los ángulos de la boca sobre la mucosa y hacia afuera, en la piel peribucal.

La quelosis angular secundaria o deficiencia nutricional del complejo vitamínico B no debe confundirse con otras lesiones de aspecto semejante. Pueden aparecer lesiones del mismo tipo a consecuencia del hábito de humedecerse con la lengua los ángulos de la boca.

Quizá se requiera una medicación bucal o parenteral de larga duración en cualquier exceso en la ingestión de riboflavina se excreta por vía renal.

Deficiencia de vitamina C.— De todas las avitaminosis es el escorbuto la que presenta síntomas bucales más característicos. Desde muy al principio de la enfermedad la mucosa de la boca tiene color rojizo y se producen pequeñas hemorragias múltiples que dejan manchas de color obscuro. Además se observan proliferaciones especiales de las papilas interdentarias que constituyen nódulos de color gris sucio de pequeño tamaño y forma irregular. En estos casos graves pueden aparecer también --

alteraciones en las encías. Las alteraciones comienzan de ordinario en los dientes superiores y suelen hacerse más intensos donde existen alteraciones dentarias. Las demás partes de la mucosa bucal permanecen de ordinario sin alteraciones, con excepción del paladar en el que - producen algunas veces hemorragias.

El escorbuto infantil comienza con tumefacción y coloración rojo azulado de las encías, casi siempre con mayor intensidad en los sitios donde están haciendo erupción los dientes, a esta edad no suelen aparecer nunca alteraciones del tipo de las úlceras. Cuando el escorbuto progresa hasta alterar gravemente el estado general del enfermo y se produce caquexia, las alteraciones en la nutrición de la encía, favorecen la complicación de las lesiones locales con inflamaciones producidas por espirilas y basilos fusiformes, que - ocasionan estomatitis gangrenosa. Este puede conducir a la desnutrición de las partes blandas y a la exposición de los dientes y las partes óseas subyacentes. La estomatitis gangrenosa del escorbuto comienza en la región de los molares, sobre todo en torno de los dientes careados y puede afectar los labios, las mejillas y el paladar.

Deficiencia de vitamina D.- Puede ser prevenida por la administración de Hígado para la temprana edad. Para el tratamiento del raquitismo se prescriben a 3, 00 a - 4,00 U. diarias hasta remediar el mal y después habrá - que reducir el nivel a lo normal o sea de 400 a 800 U. diarias.

Hay varias clases de raquitismo que ocurren - en algunos disturbios metabólicos causados por la pobre absorción de vitamina D como en la enfermedad celiaca, - la obstrucción del conducto biliar, o causada por una de -ficiencia renal, estos disturbios son diferenciados como raquitismos celiaco, raquitismo hepático o raquitismo renal. En estos disturbios el hueso alveolar puede ser afectado por pobre desarrollo, osteoporosis o lesiones quísticas con tendencia a las enfermedades parodontales.

La hipervitaminosis D suscita frecuentemente efectos tóxicos, algunas veces fatales. El aumento en la secreción del calcio en la orina puede formar depósitos en los riñones, daño renal. Los depósitos del calcio en varios órganos como arterias y arteriolas pueden causar la muerte. De todas las vitaminas la D es la más peligrosa cuando se administra en dosis excesivas.

Gingivosis.- Chour y Massler reportaron una enfermedad gingival peculiar observada en niños en la post guerra - en Italia, el primer estado de trastorno estaba caracterizado por edema y gingivitis con pérdida de la apariencia puntilleada. La encía marginal libre perdió su tono y apareció enrollada, no se presentó inflamación particular. Los síntomas del segundo período fueron gangrena de la encía marginal, pérdida de las raíces pero, sin -formación de absesos o bolsas.

La apariencia clínica de la encía fué la de - un proceso degenerativo más que una inflamación y los autores por lo tanto la llamaron Gingivosis. Las lesiones de la piel ocurrieron simultáneamente con la aparición - de las lesiones orales y supusieron que era un virus in-

-feccioso pero no se pudo probar que el organismo estaba infectado. La piel y las lesiones orales no respondieron al tratamiento terapéutico con vitamina A, C, y D o riboflavina pero mejoraron notablemente con la administración de Niacina, piridoxina y extracto de Hígado, esto puede sugerir la causa o factor era la deficiencia de complejo B.

Acrodina. Se presenta generalmente en Australia, pero algunos casos han sido reportados en otras partes del mundo. Es una enfermedad rara y generalmente ataca a los niños, los rasgos característicos son: Irritación de la piel muy dolorosa como el eritema de las manos y de los pies, disturbios en los nervios periféricos y la espina dorsal, encías congestionadas e hinchadas y gangrena de los maxilares, preferentemente en la mandíbula. Los dientes se pierden fácilmente, en algunos casos el mismo niño puede extraerlos.

La causa de esta enfermedad es desconocida pero se cree que un agente infeccioso, una deficiencia vitamínica o neurosis vegetativa pueden ser sugeridas como la causa de este padecimiento.

Los síntomas característicos hacen principalmente a los huesos del esqueleto especialmente a los huesos largos, pero los huesos membranosos o cartilaginosos también son afectados. Existe una sobre producción de tejidos óseo cambiando con una carencia absoluta de calcificación.

En esta enfermedad se observa pobre calcificación del hueso alveolar y de los dientes, cuando son -- afectados durante el desarrollo.

Fué observada la linea rojiza a través de la -- encía marginal en algunos niños que padecían de raquitismo. La susceptibilidad a las infecciones es debida en -- parte a la gran deficiencia de Vitamina D. La bronquitis, neumonía, y tuberculosis o los disturbios gastrointestinales son observados frecuentemente.

ENFERMEDADES Y DISTURBIOS DEL SISTEMA ENDOCRINO

Mientras la relación de las hormonas con la estructura parodontal en adultos ha sido reportada por muchos investigadores, las investigaciones similares con relación al niño o a los jóvenes han sido muy raras.

El estudio más comprensivo fué hecho por Shour y Masler pero estos autores llegaron a la conclusión de que las funciones de las hormonas en la producción de las enfermedades parodontales no han sido establecidas definitivamente. El cuadro clínico de muchos disturbios de las hormonas en la niñez varían de aquellas vistas en los adultos.

GLANDULA TIROIDES.

Hiperfunción.- La hiperfunción de la glándula tiroides es rara en los niños, pero se encuentra más frecuentemente en las niñas, y principalmente en las edades de los 10 a 15 años. El timo se conserva más tiempo del ordinario y los ganglios linfáticos están aumentados de volúmen. Algunas veces se producen alteraciones en los huesos que pueden ocasionar la caída de los dientes, ya que siempre se asocia con descalcificación de la estructura oral. Terapias a base de vitamina D y calcio ayudan en estos enfermos a la conservación de sus dientes.

Hipofunción.- La hipofunción de la glándula tiroides ocasiona Mixedema un síndrome complejo caracterizado por engrosamiento gelatinoso particular del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse también a los músculos del esqueleto y a las vainas de los nervios periféricos del cuerpo

y que se acompaña de retardo considerable en el crecimiento del mismo, falta de desarrollo, sexual y metabolismo basal muy bajo.

El cretinismo es otro síndrome de hipotiroidismo con desarrollo lento y progresivo, caracterizado por escaso desenvolvimiento somático e intelectual, que produce individuos de escasa estatura y mentalidad torpe; la piel es gruesa, seca y quebradiza, con vello escaso; la expresión de la cara es poco variable; las deformidades en el esqueleto, sobre todo en los huesos de las extremidades inferiores, son muy frecuentes.

En todas formas de hipotiroidismo los dientes sufren alteraciones las cuales suelen ser más marcadas en los adultos que en los niños. Como la erupción de los dientes permanentes es retardada, y el cambio de los dientes primarios se obstruye y retarda al mismo tiempo, se observa ocasionalmente que pueden encontrarse dos filas de dientes. Esta condición local agravada frecuentemente por anemias favorece los disturbios gingivales; mantienen la boca abierta, la lengua es gruesa y con tendencia a tenerla fuera de la boca, la mayoría de estos niños exhiben una inflamación edematosa, hay hiperplasia gingival, gran acumulación de cálculos y también se observa con mucha frecuencia gran cantidad de caries. La condición de las encías da la impresión de una parodontopatía infecciosa y es atribuida por muchos autores al mal cuidado y pocos aseo oral adecuado practicado por estos niños indolentes y no directamente al estado hipotiroide.

ENFERMEDADES Y DISTURBIOS DE LA GLANDULA PITUITARIA

Hipopituitarismo.— Una deficiencia de la secreción pituitaria en la niñez resulta en un impedimento para su desarrollo normal, que puede traducirse por enanismo. — La cara permanece con la apariencia de niño, la mandíbula está poco desarrollada. Como los dientes están normalmente proporcionados ocurre el amontonamiento en el arco; este amontonamiento y la mala relación de los maxilares predisponen concurrente con esta condición.

Quando la destrucción de la glándula es en el adulto, se produce la enfermedad de Simmonds, unacaquexia extrema que termina con la muerte; la cara tiene aparencia senil, y los dientes se caen prematuramente estando aumentada en ellos la frecuencia de caries.

Hiperpituitarismo. La hiperfunción de las células eosinófilas (hormonas del crecimiento) ocasiona el síndrome del gigantismo consiste en un extraordinario crecimiento de las porciones distantes de los miembros, especialmente de las manos y de los pies, así como de la mandíbula de la nariz, y otras partes de la cabeza. Muchos órganos internos pueden estar también aumentados de volumen sobre todo el corazón, riñones, la lengua, el hígado, bazo y los pulmones; el cerebro y los órganos genitales nunca participan en este proceso. En el cráneo las líneas de sutura están incompletamente calcificados y las cavidades sobre todo los senos maxilares y frontales aumentadas de tamaño.

La acromegalia puede considerarse como una forma particular de gigantismo aunque en ella falte el ver-

dadero crecimiento en longitud de los huesos.

Cuando un adenoma desarrollado a expensas de las células acidófilas de la hipófisis actúa antes de la pubertad se produce aumento de estatura del individuo, con signos acromegálicos poco desarrollados. Lo común es que el tumor comience a hacer notar sus efectos a partir de la pubertad lo que produce la acromegalia típica.

El cuerpo del maxilar crece tanto que los dientes inferiores sufren grandes separaciones entre sí, con los consiguientes trastornos de la encía. Los labios y la lengua pueden estar aumentados de volumen lo que puede dificultar la oculisión o la respiración; asimismo, el tamaño de la lengua ejerce presión sobre los dientes inclinándolos hacia afuera; la superficie de la misma es extraordinariamente rugosa, con las papilas muy visibles.

La diferencia de los hábitos de la masticación puede fácilmente causar efectos diferentes en distintos pacientes, de modo que el resultado puede ser una mordida de borde a borde, mordida hacia adelante o mordida cruzada.

La hiperfunción de las células basófilas produce el síndrome de Cushing caracterizado por la obesidad especial, localizada en la cara, cuello y tronco, unida a osteoporosis, hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo de los glúcidos y modificaciones sexuales.

GLANDULA PARATIROIDES.

Hipoparatiroidismo.— La hipofunción de las paratiroides produce un descenso en el calcio de la sangre, hasta 7 miligramos % con elevación del fósforo; aparecen algunos síntomas de tetania; espasmos técnicos intermitentes simétricos en los antebrazos, en las manos, en la laringe, y menos frecuentes en otras partes. A estos síntomas suele agregarse parestesia, nerviosidad, debilidad, fatiga, etc.

Durante la tetania paratiroidea aparecen defectos en el esmalte y en la dentina debidos a una insuficiencia en la calcificación durante el desarrollo, estas alteraciones se localizan en los incisivos y caninos. Los dientes se hacen cretosos, están como cubiertos por un depósito opaco y se fracturan fácilmente. En casos extremos se forman estrías transversales y perforaciones puntiformes. En estos enfermos hay que tener cuidado, por su gran tendencia a la hemorragia, debido a la falta de calcio sanguíneo, que como se sabe, interviene en la coagulación de la sangre.

Hiperparatiroidismo.— El aumento de secreción se debe a la hiperplasia o tumor de las glándulas Paratiroides y se acompaña de una movilización de las sales de calcio del esqueleto, elevando el contenido de ellas en la sangre hasta 14-17 miligramos % llamándole a esto hipercalcemia. Hay también Hipofosfatemia y ciertas distrofiás causadas por la descalcificación del esqueleto.

El Hiperparatiroidismo trae consigo lo que se conoce con el nombre de Osteitis fibrosa quística generalizada o enfermedad de Recklinghausen caracterizada por la transformación fibrosa de la médula roja de los huesos acompañandose en reabsorción osteoclástica del tejido óseo, lo que determina la formación de cavidades quísticas múltiples. La fibrosis de la médula se forma a partir de las células conjuntivas situadas en el endosito o en torno a los vasos sanguíneos de los osteoclastos.

Los huesos más frecuentemente atacados son los largos y la mandíbula. Cuando esto ocurre, se desfigura considerablemente la cara por depresión de la nariz, separación exagerada de los ojos, alargamiento de la mandíbula y curvatura del arco cigomático.

TIMO.

Hipertrofia.- El estado linfático es un defecto constitucional ordinariamente congénito y ocasionalmente adquirido, depende en parte de la función de las suprarrenales gónadas y sistema nervioso autónomo, asociado con resistencia disminuídas o aumento de susceptibilidad a una gran variedad de agentes no específicos, agentes físicos y agentes químicos. Está caracterizado por hiperplasia del Timo, hipertrofia o hiperplasia del tejido linfoide.

Cuando la hiperplasia solo afecta al timo, pero no al sistema linfático, recibe el nombre de estado tímico, como en el estado timicolinfático, la herencia es un factor primordial y solamente raras veces se adquie-

re después del nacimiento.

Disturbios tiroideos en la madre pueden ser un factor predisponente en la presencia de hipertrofia en el niño.

La hipertrofia del timo se acompaña de muchos trastornos dentales incluyendo un retraso en la erupción de los dientes. El maxilar superior suele encontrarse más pequeño, paladar alto, los incisivos laterales, se ven más chicos en relación con los centrales y en muchos casos faltan. Otras veces los dientes se encuentran apiñados, con estructura anormal; los caninos también su fren e incluso pierden su forma anatómica característica.

GONODAS.

Hiperfunción.- se caracteriza por el desarrollo prematuro y excesivo de los caracteres sexuales.

Las hormonas estrógenas tienen un efecto estimulante sobre los epitelios, un exceso de hormona estrógena va seguido a efectos queratinizantes, por eso en casos patológicos pueden aparecer en la mucosa de la boca placas blanquecinas de hiperqueratosis que se acompañan de gingivitis atrófica, descamativa o de glositis atrófica.

Los dientes son mucho más grandes que en personas normales. Es posible que hagan erupción antes de tiempo. (Casos se han citado en que la dentición estaba completa a los seis años.)

Hipofunción.— Ocasiona el infantilismo y puede ser de origen congénito o por castración, también se dan casos originados por disfunción de la pituitaria y en este caso se llama hipogonadismo pituitario.

El hipogonadismo del adolescente causa desproporción en la estatura, los órganos sexuales muestran escaso desarrollo y faltan características secundarias. Según Engelboch hay retención de las facies juveniles en todo el cuerpo de la adolescencia y frecuentemente ya bien entrada la edad adulta.

Se nota falta de desarrollo en las regiones molares. La mandíbula está deprimida. Los incisivos superiores están grandemente desarrollados y los incisivos laterales muy pequeños. Calcificación mala por efecto de las gónadas sobre el metabolismo del calcio por lo que los dientes se ven atacados por caries muy pronto.

GINGIVITIS DE LA PUBERTAD.

Durante la pubertad se observa frecuentemente una gingivitis generalizada. El cuadro clínico es aquel de la Parodontopatía infecciosa. Hay un color rojo e inflamación de la encía con tendencia al sangrado, acompañada frecuentemente de un agrandamiento hiperplástico especialmente en la pápila de los dientes anteriores, acentuando el apiñonamiento de los mismos, sobreviene la formación de cálculos extensos, depósitos blandos y duros en los dientes y debajo de las márgenes gingivales. Deben tomarse en cuenta algunos factores de la gran incidencia de la gingivitis generalizada en los muchachos —

que están en el período de la pubertad.

- 1.- Un repentino incremento de las hormonas sexuales dando como resultado un desequilibrio de las funciones de las glándulas endócrinas y la inestabilidad del metabolismo especialmente del calcio y fósforo.
- 2.- La elevación de la presión sanguínea.
- 3.- Cambios en el sistema capilar causados por el aumento marcado en el área del cuerpo.
- 4.- Disturbios físicos y emocionales.
- 5.- Deficiencias de la nutrición. Un especial y cuantiosa cantidad de alimentos es necesaria en este período de edad, para satisfacer y alcanzar las necesidades alimenticias que se requieren en el crecimiento y desarrollo.
- 6.- Negligencia de la higiene oral.
- 7.- Acumulación de cálculos.
- 8.- Posibles cambios en la composición de la saliva.

Hay indudablemente otros factores hasta ahora desconocidos que pueden jugar un papel importante en la etiología de los disturbios parodontales. La llamada atrofia senil que ocurre en individuos jóvenes en quienes sus otras funciones son normales.

Los individuos afectados parecen estar normalmente saludables y en general no podrán ser encontrados -

otros cambios seniles. Este tipo de enfermedad parodontal que presenta el mismo cuadro histológico y clínico - de atrofia fisiológica senil (cambios retrogresivos) - es encontrada con mucha frecuencia en la pubertad y la adolescencia.

PARODONTITIS.

La parodontitis también se observa con mayor -- frecuencia, después de la pubertad, es una enfermedad - parodontal crónica, en la cual la lesión primaria es establecida según Orban, por una degeneración de las fibras colágenas del Ligamento parodontal.

Jóvenes adolescentes recurren al tratamiento -- porque han perdido una o más molares y un diente incisivo ha emigrado y que usualmente no les causa dolor, un -- examen radiográfico frecuentemente revela en estos casos una rápida reabsorción alveolar. La conclusión a que se llega es de que varios dientes serán perdidos sin remedio. Puede ser tomada como una buena razón que el ataque del proceso patológico puede venir probablemente varios años antes de la pubertad.

Orban considera como un causante de las enfermedades parodontales a los factores sistémicos tales como las malas funciones endocrinas, disturbios de la nutrición y desórdenes nerviosos principalmente, pero él dice que la inferioridad hereditaria del órgano dental juega un papel importante. La tensión nerviosa y excitación - de los niños de nuestra época creadas por el cine, las -- muchas diversiones y espectáculos, o actos sociales que

les alteran, se traducen en desajustes psicológicos emocionales que pueden ser factores en los cambios retrogresivos en los tejidos parodontales en la adolescencia, y a pesar de que aún no están completamente determinadas, existen muchas hipótesis al respecto.

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

Debemos considerar con mayor interes los problemas parodontales en la niñez y en la juventud, ya que si bien es cierto que su incidencia es menor que en la edad adulta, no deja de ser alarmante el aumento de que estos casos se presentan.

Encontramos factores locales y generales que -- pudiéramos llamar propios de la niñez y la juventud y -- que si bien no se traducen en lesiones parodontales, se ran sin duda un factor predisponente hacia estos trastor nos en épocas posteriores.

El trabajo del Cirujano Dentista, por lo tanto no debe concretarse a la terapia de estos padecimientos, sino extender su labor hacia la prevención de ellos y a la educación de los pacientes.

Puntos que debemos tomar en cuenta:

- 1.- Los trastornos parodontales pueden encontrarse tanto en los niños como en los adultos. Siendo durante la niñez, el periodo donde se presentan alteraciones pa tológicas de los tejidos parodontales o bien de la - cavidad bucal en general.
- 2.- Entre los factores etiológicos principales tenemos: acumulación de materia alba, respiración bucal, de-- ficiencias nutricionales y trastornos endócrinos.

- 3.- Al igual que en los adultos en los niños se presentan infecciones gingivales agudas, es muy importante hacer el diagnóstico preciso y establecer el tratamiento adecuado, debido a la gravedad que generalmente presentan.
- 4.- Es frecuente encontrar manifestaciones bucales patognomónicas de enfermedades sistémicas propias de la niñez, las cuales nos ayudan a precisar el diagnóstico, bien de la enfermedad sistémica o por medio de los signos y síntomas de ésta al diagnóstico de trastornos parodontales que nos ocupa.
- 5.- Es de gran importancia la prevención de cualquier parodontal ya que estas ocasionaran problemas mayores en la edad adulta.
- 6.- Es indispensable instruir no solo al niño sino también a los padres indicándoles lo conveniente del examen dental periódico.
- 7.- Se debe dar al niño una adecuada educación dental poniendo especial atención en lo concerniente al cepillado dental.
- 8.- Con las visitas periódicas al Consultorio Dental se evitarán problemas parodontales y de cualquier otro tipo en la cavidad bucal del niño, ya que pueden disminuir las posibilidades de probables trastornos en la edad adulta.

BIBLIOGRAFIA

1.- ORBAN BALINT.- PERIODONCIA

Edición en Español México D. F.- Primera Edición 1960.-
Editorial Interamericana.

2.- COHEN M. MICHEL.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Editado en Buenos Aires Argentina.- Segunda Edición 1959.
Editorial Mundi.

3.- McDONAL RALPHE.- ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

Editado en Buenos Aires Argentina 1971.- Editorial Mundi.

4.- GLIKMAN IRVING.- PERIODONTOLOGIA CLINICA

Edición en Español México D. F.- Cuarta Edición 1974 --
Editorial Interamericana.

5.- TIAKE, STUTEVILLE, CALANDRA.- FISIOPATOLOGIA BUCAL

Edición en Español México D. F.- Primera Edición 1960.
Editorial Interamericana.

6.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.- COLECCION CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.

Edición en Español México D. F.- Edición 1973.-
Editorial Interamericana.

7.- BURKET LESTER.- MEDICINA ESTOMATOLOGICA

Edición en Español México D. F.- Segunda Edición 1973
Editorial Interamericana.

8.- HARRISON.- MEDICINA INTERNA

Edición en Español México D. F.- Quinta Edición 1973.-

Editorial La Prensa Médica Mexicana.