

879522

23
24



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"ALTERACIONES PARODONTALES EN LOS NIÑOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA ELENA SALINAS MEDINA



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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 está 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.

Í N D I C E P Á G.

	INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO	I HISTORIA CLÍNICA+++++	8
CAPÍTULO	II EL PARODONTO DEL NIÑO+++++	20
CAPÍTULO	III ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL+++++	32
CAPÍTULO	IV CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL+++++	61
CAPÍTULO	V CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL+++++	70
CAPÍTULO	VI IMPORTANCIA DE LA ERUPCIÓN DENTARIA DENTRO DE LAS EN- FERMEDADES PARODONTALES+++++	85
CAPÍTULO	VII TÉCNICAS PROFILÁCTICAS QUE SE LLEVAN A CABO PARA PREVENIR - LA ENFERMEDAD PARODONTAL-----	94
	CONCLUSIONES+++++	112
	BIBLIOGRAFIA+++++	114

I N T R O D U C C I Ó N

EL TÉRMINO ENFERMEDAD PERIODONTAL SE HA ASOCIADO CON LAS ETAPAS FINALES DE LA ENFERMEDAD: PÉRDIDA DENTAL, BOLSAS PROFUNDAS, FORMACIÓN DE PUS Y GRAVES PÉRDIDAS ÓSEAS.

EN ESTAS ETAPAS DEGENERATIVAS, LOS MÉTODOS DEL TRATAMIENTO RARA VEZ SON EFICACES.

ESTO HA LLEVADO A LA SUPOSICIÓN COMÚN DE CONSIDERAR LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES COMO ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DE LAS ÚLTIMAS ETAPAS DE LA VIDA, Y NO HAY GRAN COSA QUE HACER AL RESPECTO.

PERO LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES SON LENTAS Y PROGRESIVAS, SE EXTIENDEN DURANTE MUCHOS AÑOS Y SUS SÍNTOMAS INICIALES SON MUY COMUNES EN LOS NIÑOS. ES CIERTO QUE EN LOS NIÑOS SON RARAS LAS DEGENERACIONES PERIODONTALES, PERO OCURREN EN CIERTOS CASOS.

EN ESTOS CASOS, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL HA PROGRESADO RÁPIDAMENTE DE SU FASE INICIAL A LA FINAL.

EN EL PASADO, ESTOS ERAN LOS ÚNICOS CASOS CONSIDERADOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, Y SE HABÍAN CONSIDERADO NORMALES A LA GRAN MAYORÍA DE NIÑOS QUE PRESENTABAN GINGIVITIS MARGINALES DE DIVERSOS GRADOS.

ESTAS LESIONES QUE EMPIEZAN EN LA EDAD TEMPRANA, POR LO GENERAL NO PRODUCEN SINTOMATOLOGÍA Y POR ESON DESCUIDADAS E IGNORADAS, TANTO POR EL NIÑO COMO POR LOS PADRES Y POR ELLO VAN PROGRESANDO INCIDIOSAMENTE, HASTA LOS ESTADÍOS FINALES, PROVOCANDO CON EL TIEMPO SÍNTOMAS PERCEPTIBLES Y PÉRDIDA DE LAS PIEZAS-DENTALES.

LA ENFERMEDAD, SIENDO UNA COMBINACIÓN DE FACTORES Y NO UN RESULTADO DE UNA CAUSA ESPECÍFICA, LA PRESENCIA DE ESTA ENFERMEDAD VARÍA EN GRADOS A DIFERENTES TIEMPOS Y CON DIFERENTES RESULTADOS, DENTRO DE ÉSTOS FACTORES INCLUYE EL DESARROLLO DE LA DENTICIÓN, -- PATRONES SISTEMÁTICOS DEL METABOLISMO, ENFERMEDADES GENERALES CON MANIFESTACIONES BUCALES.

A MENOS QUE SE ELIMINEN ESTOS PROCESOS EN ETAPAS TEMPRANAS, SERÁ INEVITABLE EN AÑOS POSTERIORES EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES DEGENERATIVAS.

EN LA INFANCIA, LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES HAN EMPEZADO YA; POR LO TANTO, ES MUY IMPORTANTE RECORDARLAS Y TRATARLAS.

CAPÍTULO I

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA GENERAL:

LA REALIZACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA DETALLADA ES PROBABLEMENTE EL ASPECTO MÁS DESCUIDADO DEL EXAMEN ODONTOLÓGICO, AÚN CUANDO CONSTITUYE UNA FUENTE VALIOSA DE INFORMACIÓN QUE PUEDE AFECTAR EN FORMA DIRECTA EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO. POR ESO ES NECESARIA LA HISTORIA CLÍNICA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO EFICAZ; UNA HISTORIA COMPRENDE LOS DATOS MÁS PRECISOS SOBRE EL PADECIMIENTO QUE LLEVA AL ENFERMO A CONSULTAR AL MÉDICO. AL RECIBIR A UN PACIENTE ES DE ESPECIAL IMPORTANCIA LOGRAR SU CONFIANZA PARA OBTENER LA INFORMACIÓN Y PODER REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA DETALLADA, POR LO GENERAL ESTE ENFERMO NOS PROPORCIONARÁ VOLUNTARIAMENTE LA MAYORÍA DE LOS DATOS SUBJETIVOS NECESARIOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO.

ES LÓGICO EMPEZAR LA HISTORIA CLÍNICA PREGUNTANDO POR LOS ANTECEDENTES PERSONALES ANOTÁNDOSE EL NOMBRE Y APELLIDOS, EDAD, SEXO Y RAZA, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN DEL PACIENTE, TAMBIÉN EL LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR DE RESIDENCIA Y EL MOTIVO DE LA CONSULTA.

EN EL PADECIMIENTO ACTUAL ES NATURAL CONTINUAR LA ENTREVISTA CON UNA DESCRIPCIÓN EXACTA DE LA NATURALEZA Y CURSO DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA CONSULTA. CADA RESPUESTA DEBE VALORARSE POR SU POSIBLE RELACIÓN CON EL PROBLEMA PRINCIPAL HACIÉNDOSE UN RELATO DEL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y OBTENER UN RESUMEN SOBRE EL ESTADO DE SALUD ANTERIOR.

TAMBIÉN SE ANOTARÁN LOS SÍNTOMAS POSITIVOS COMO NEGATIVOS, YA QUE PROPORCIONARÁN INFORMACIÓN SOBRE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD O EL GRADO DE AFECTACIÓN PARA PERMITIR UNA VALORACIÓN EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

CONTINUANDO CON LOS ANTECEDENTES FAMILIARES, SON DATOS QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA EN UN EXAMEN, PER-

MITIENDO AVERIGUAR, SI EL PROCESO ES HEREDITARIO, FAMILIAR O ADQUIRIDO. TAMBIÉN SE INCLUIRÁN DATOS DE ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS CON CAPACIDAD DE INFECCIÓN QUE AFECTAN ALGUN FAMILIAR Y ENFERMEDADES CON PREDISPOSICIÓN FAMILIAR, CAUSA DE MUERTE DE FAMILIARES, ETC.; A VECES ESTOS DATOS TIENEN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD ACTUAL.

LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS CONTENDRÁN UNA EXPOSICIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ENFERMO, ANOTÁNDOSE LAS PRINCIPALES INFECCIONES QUE HAYA PADECIDO, ESTADOS ALÉRGICOS IMPORTANTES, UN REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, DATOS ACERCA DE LAS ATENCIONES MÉDICAS E INGRESOS EN HOSPITALES ANTERIORES, SIENDO ÚTILES EN MUCHOS CASOS PARA IDENTIFICAR EL ORIGEN DEL PADECIMIENTO ACTUAL.

LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE HACE EN FORMA SISTEMÁTICA, COMPROBÁNDOSE LA TEMPERATURA, EL PULSO, FRECUENCIA RESPIRATORIA Y CARDIACA, ETC.

REPRESENTANDO PRINCIPALMENTE UNA SERIE DE PREGUNTAS RELATIVAS A LA FUNCIÓN DE DIVERSOS SISTEMAS - ORGÁNICOS.

EL DIAGNÓSTICO SE OBTENDRÁ, POR LOS ANTECEDENTES DIETÉTICOS, ANAMNÉSICOS, MANIFESTACIONES CLÍNICAS, ENSAYO TERAPÉUTICO Y POR LOS MÉTODOS DE LABORATORIO, SIENDO UNA AYUDA PARA COMPLEMENTAR EL DIAGNÓSTICO.

POR ÚLTIMO MENCIONAREMOS EN EL PLAN TERAPÉUTICO DEBIENDOSE TENER EN CUENTA SI EXISTEN TRASTORNOS DEL METABOLISMO, HEMOPATÍAS Y ENFERMEDADES INFECCIONES - GENERALES QUE DECIDAN EL PLANTEAMIENTO DEL PRONÓSTICO.

EXAMEN BUCAL:

PARA OBTENER UNA HISTORIA CLÍNICA PARODONTAL, - ES NECESARIO EMPEZAR POR UN EXAMEN BUCAL PRELIMINAR PARA INVESTIGAR LA CAUSA DE LA CONSULTA DEL PACIENTE Y DETERMINAR SI SE PRECISA DE UN TRATAMIENTO INMEDIATO.

LA HISTORIA CLÍNICA, EN PERIODONCIA, SE PUEDE -
DIVIDIR EN DOS SECCIONES:

- 1.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL PACIENTE.
- 2.- PARODONTOGRAMA, QUE ES LA REPRODUCCIÓN
DE TODOS LOS DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS-
DEL ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO.

EN EL EXAMEN PARODONTAL SE ANALIZARÁN LOS SI---
GUIENTES DATOS: TRATAMIENTOS PREVIOS, ESTADO DE SA--
LUD ACTUAL, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES, HÁ-
BITOS, OCLUSIÓN, PRÓTESIS, APRECIACIÓN RADIOGRÁFICA,
PRUEBAS DE LABORATORIO, DIAGNÓSTICO, PLAN DE TRATA--
MIENTO E INDICACIONES PROTÉSICAS.

TAMBIÉN ES IMPORTANTE MENCIONAR TODOS LOS FACTO
RES ETIOLÓGICOS.

EL ORDEN QUE DEBE DESARROLLARSE UNA HISTORIA --
CLÍNICA ES BASTANTE DISCUTIDO, ALGUNOS MÉDICOS PRE--
FIEREN EMPEZAR EL INTERROGATORIO CON EL MOTIVO DE LA
CONSULTA, MIENTRAS QUE OTROS LO HACEN CON LOS ANTECE
DENTES PERSONALES Y POR ÚLTIMO CON SU ENFERMEDAD AC-

TUAL, HAY SIN EMBARGO, GRANDES OBJECIONES A ESTE ORDEN CUANDO SE OBTIENE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

ANTECEDENTES PERSONALES:

SON FACTORES CUYA VALORACIÓN TIENE IMPORTANCIA-COMO: EL NOMBRE, LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO, COMICILIO ACTUAL, TELÉFONO, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DONDE TRABAJA Y OCUPACIÓN.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

EL PRINCIPAL DATO DE UNA HISTORIA CLÍNICA ES -- PREGUNTANDO SOBRE LA MOLESTIA RESPONSABLE DE LA VISITA DEL ENFERMO.

TRATAMIENTOS PREVIOS:

SE INCLUYEN LOS TRATAMIENTOS DENTALES, PARODONTALES, ORTODÓNTICOS, EXTRACCIONES DENTARIAS, HISTORIA DE HEMORRAGIAS EN EXTRACCIONES, OTRAS HEMORRAGIAS (HEMATOMAS Y PETEQUIAS), EXPERIENCIA A LA ANESTESIA LOCAL Y GENERAL, CEPILLADO DENTAL, ESTIMULADO-

PES, GINGIVORRACIA (ESPONTÁNEA O PROVOCADA), SENSIBILIDAD (FRÍO, CALOR, DULCES, ÁCIDOS Y AL CEPILLARSE), MASTICACIÓN (SEMIUNILATERAL O BILATERAL), HÁBITOS, - SIALORREA.

SALUD ACTUAL:

SE INTERROGA SOBRE LOS CAMBIOS RECIENTES DE SU PESO, CUANDO VIÓ POR ÚLTIMA VEZ A SU MÉDICO; ¿POR QUÉ?, NOMBRE DIRECCIÓN Y TELÉFONO, TRATAMIENTO GENERAL Y MEDICINAS QUE ESTÁ TOMANDO EN LA ACTUALIDAD.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS:

SON DE GRAN IMPORTANCIA EN LAS ENFERMEDADES PARODONTALES, PUES ALGUNAS DE ESTAS SON HEREDITARIAS, DEBIENDOSE INVESTIGAR SOBRE LA SALUD DE SUS PADRES, HERMANOS, ABUELOS, ETC., COMPROBÁNDOSE LA IMPORTANCIA QUE ADQUIEREN ESTOS DATOS EN PERIODONCIA, YA QUE INFLUYEN ESTAS ENFERMEDADES EN LA VIDA DEL PACIENTE.

HÁBITOS:

PUEDEN SUMINISTRAR IMPORTANTES CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO. MENIONAREMOS ALGUNOS DE ELLOS: EL HÁ-

BITO DE LENGUA, LABIOS, CARRILLO, MORDER OBJETOS (LÁ-
PICES, UÑAS, PIPAS, DEDOS), BRUXISMO, ETC.

OCCLUSIÓN:

SE DEBE INVESTIGAR SOBRE, SI EXISTE UNA OCLU---
SIÓN TRAUMÁTICA, CONTACTOS PREMATUROS EN CÉNTRICA, -
INTERFERENCIAS EN LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES, ANO-
CLUSIÓN, ETC.

PRÓTESIS:

ANTES DE DISEÑAR UNA PRÓTESIS, ES NECESARIO ELI-
MINAR TODOS LOS FACTORES QUE OCASIONAN ALGUNA INTER-
FERENCIA PARA EL TRATAMIENTO PARODONTAL, YA QUE LAS-
PRÓTESIS DISEÑADAS ANTES DE LA ELABORACIÓN DE ÉSTOS,
OCASIONAN EFECTOS SOBRE LOS TEJIDOS Y PUEDEN GENERAR
TENSIONES Y PRESIONES EN EL PERIODONTO.

PARODONTOGRAMA:

SE PUEDE DECIR QUE EL PARODONTOGRAMA ES EL RE--
TRATO DEL PADECIMIENTO Y ESTADO DEL PACIENTE. EN -
ESTA FICHA SE DEBE PONER ESPECIAL ATENCIÓN, SE MARCA

CON COLOR ROJO EL TRAYECTO DEL MARGEN GINGIVAL CON -
TODAS SUS CARACTERÍSTICAS (AGRANDAMIENTOS, FISURAS, -
ETC.) Y CON COLOR AZUL, POR EJEMPLO: EL FONDO DE LA-
BOLSA.

SE ESTABLECE LA PROFUNDIDAD Y EL TIPO DE LA BOLSA QUE PADECE EL PACIENTE. TAMBIEN SE MARCA LA MIGRACIÓN, LAS PIEZAS AUSENTES, LAS PIEZAS INCLUIDAS, LA NOVLIDAD Y LAS PRÓTESIS SI ES QUE EXISTEN. DESPUÉS DE ANOTAR TODOS ESTOS DATOS, YA SE PUEDE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO, DETERMINANDO QUE TIPO DE TRATAMIENTO REQUIERE EL PACIENTE Y SUS POSIBILIDADES DE RECUPERARSE.

APRECIACIÓN RADIOGRÁFICA:

LOS DATOS MÁS IMPORTANTES EN QUE DEBEMOS FIJAR-
NOS DESDE EL PUNTO DE VISTA RADIOGRÁFICO SON:

- a) RELACIÓN CORONA-RAÍZ.
- b) POSICIÓN Y FORMA DE LA RAÍZ.
- c) GRADO DE CALCIFICACIÓN DEL HUESO, YA --
QUE A MAYOR CALCIFICACIÓN, MEJOR PRONÓ-
TICO.

- d) RESORCIÓN ÓSEA, QUE PUEDE SER HORIZON--
TAL O VERTICAL.
- e) ZONAS DE HIPERCEMENTOSIS; PRODUCIDA POR
TRAUMA OCLUSAL O PATOLOGÍA DEL TEJIDO -
PULPAR.
- f) ESPACIO DEL LIGAMENTO PARODONTAL, SI ES
TÁ AUMENTADO, GENERALMENTE SE DEBE A --
OCCLUSIÓN TRAUMÁTICA, Y ESTE AUMENTO IN-
DICA QUE EXISTE EDEMA E INFLAMACIÓN DEL
MISMO.

ES DE VITAL IMPORTANCIA, QUE A TODOS LOS PACIENTES
QUE VAN A RECIBIR UN TRATAMIENTO PARODONTAL, SE-
LES HAGA UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO, YA QUE SIN ÉL, EL-
DIAGNÓSTICO NO PODRÁ EFECTUARSE TOTALMENTE NI DE UNA
MANERA SISTEMATIZADA.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

MUCHOS PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS NO SE PUEDEN RE--
SOLVER ÚNICAMENTE POR LOS DATOS CLÍNICOS, RADIOLÓGI-
COS O ANAMNÉSICOS, SINO QUE SE RESUELVEN SOLO DES---

PUÉS DE OBTENER CIERTOS RESULTADOS POSITIVOS Y SIGNIFICATIVOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO.

MENCIONAREMOS ALGUNAS TÉCNICAS ÚTILES PARA LA ELABORACIÓN DE UN BUEN DIAGNÓSTICO: LA BIOPSIA GINGIVAL, LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA, HEMOGRAMA, EL RECuento DE ERITROCITOS, RECuento LEUCOCITARIO, ERITROSEDI-MENTACIÓN, TIEMPO DE COAGULACIÓN Y DE SANGRADO.

DIAGNÓSTICO:

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER SISTEMÁTICO Y ORGANIZADO CON UNA FINALIDAD ESPECÍFICA. ADEMÁS DE RECONOCER LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES, ES FÁCIL DE DIAGNOSTICAR LOS PROCESOS PATOLÓGICOS E IDENTIFICAR LA ETIOLOGIA, NOMBRÁNDOSE ESTOS FACTORES POR ORDEN DE IMPORTANCIA.

PRONÓSTICO:

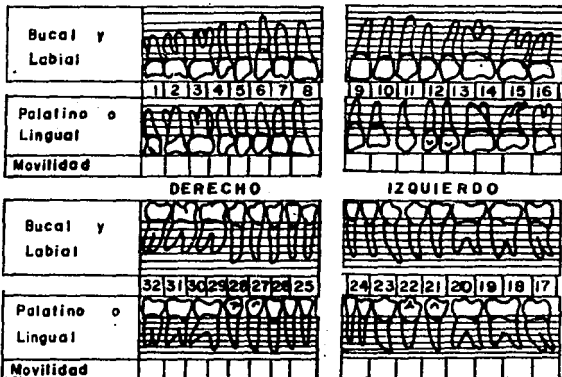
SE DEBE INDICAR LAS RELACIONES DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO Y DE LA ELIMINACIÓN DE LOS FACTO

RES ETIOLÓGICOS.

TRATAMIENTO:

SE INDICARÁ LA FECHA Y EL TRATAMIENTO EFECTUADO SOBRE ESTOS TRABAJOS REALIZADOS; TÉCNICA DE CEPILLADO, ODONTOXESIS, GINGIVECTOMÍA, GINGIVOPLASTÍA, ETC.

PARODONTOGRAMA



Margen gingival (rojo)

Fondo de bolsa (azul)

Migración

Piezas ausentes X

Movilidad Grado 1, 2, 3

Piezas Incluidas I

Protesis parcial
removable

Protesis Fija

S D	PAPILA ENROJECIDA	CRÁTER	PAPILA ACHATADA	CONTACTO DEFECTUOSO	PROFUNDIDAD DE BOLSA			MOVILIDAD	MR. ENCA INERT EUCAL	BOLSA - ENCIÁ ALVEOLAR	FLUJACIÓN	BOLSA INTRA-ÓSEA	CAJADO	COSTA DE DENTASTE	VA ESCAPE	INCRUSTA ALIMENTIC	CARRAS RESIDUACIÓN	CARRAS CERTECAL Y PROX.	OTROS		
					M	D	DBL														
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					

MODELO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

CAPÍTULO II

EL PARODONTO DEL NIÑO

PARODONTO:

ES EL TEJIDO DE PROTECCIÓN Y SOSTÉN DEL DIENTE SE COMPONE DE ENCÍA, LIGAMENTO PARODONTAL, CEMENTO- Y HUESO ALVEOLAR.

ENCÍA:

EN LA DENTICIÓN TEMPORAL Y EN SU EVOLUCIÓN, LA ENCÍA ES ROJIZA O ROSADA, DEBIÉNDOSE A LA CAPA EPITELIAL MÁS FINA, A LA CAPA CORNIFICADA MENOS DENSA- Y A UNA MAYOR VASCULARIZACIÓN.

LA ENCÍA DEL NIÑO NO PRESENTA EL ASPECTO GRANU- LOSO O PUNTEADO QUE SE OBSERVA EN EL ADULTO, ES MÁS LISA, SIENDO LAS PAPILAS DEL CORIÓN MÁS CORTAS Y -- MÁS PLANAS, LA ENCÍA PUEDE APARECER MÁS BRILLANTE.

LA ENCÍA ADHERIDA EN LOS NIÑOS SE CARACTERIZA---
POR UNA BANDA ROSA PÁLIDA DE TEJIDO ADHERIDO QUE RO--
DEA EL DIENTE, ESTA BANDA DE ENCÍA ADHERIDA SE SEPARA
DE LA ENCÍA MARGINAL LIBRE.

LA ENCÍA MARGINAL DE LOS DIENTES EN ERUPCIÓN NO--
PRESENTA LOS BÓRDES APILADOS, ES MÁS GRUESA, REDONDEA
DA Y VUELTA SOBRE SÍ MISMA, DEBIÉNDOSE A LA HIPEREMIA
Y AL EDEMA QUE ACOMPAÑAN A LA ERUPCIÓN DENTARIA.

LA ENCÍA ALVEOLAR ES DE CONSISTENCIA SUAVE, NO --
ADHERIDA AL PROCESO, POR LO TANTO, SE VA OSCURECIENDO
ESTO ES CAUSADO POR UN MAYOR APROVISIONAMIENTO DE SAN
GRE A LOS ALVÉOLOS EN LOS LADOS BUCAL Y LINGUAL.

LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL ES MAYOR EN --
LOS DIENTES EN ERUPCIÓN Y EN LA DENTICIÓN PERMANENTE--
RECIENTE.

CEMENTO:

EL CEMENTO ES EL TEJIDO MESENQUIMATOSO CALCIFICA
DO QUE FORMA LA CAPA EXTERNA DE LA RAÍZ ANATÓMICA.

EN LOS DIENTES QUE ACABAN DE HACER ERUPCIÓN SOLO EXISTE UNA CAPA FINA DE CEMENTO Y SU CALCIFICACIÓN ES MENOS DENSA.

EN LOS NIÑOS EXISTE UNA TENDENCIA A LA HIPERPLASIA DE LA CAPA CEMENTOIDE DE ELEVADA VITALIDAD, SITUADA APICALMENTE CON RESPECTO A LA INSERCIÓN EPITELIAL.

EL CEMENTO SE CONSIDERA COMO PARTE DEL PERIODONTO, PORQUE JUNTO CON EL HUESO SIRVE DE SOSTÉN DE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

SIENDO EL SEGUNDO DE LOS ELEMENTOS DEL PARODONTO EN DESARROLLARSE Y EL ÚLTIMO EN TERMINAR SU FORMACIÓN

TIENE TAMBIÉN LA CUALIDAD DE CRECER CONTINUAMENTE, SIGUE FORMÁNDOSE DESPUÉS DE QUE EL DIENTE HA HECHO ERUPCIÓN, AL IGUAL QUE EL HUESO ALVEOLAR QUE A CONTINUACIÓN MENCIONAREMOS.

HUESO ALVEOLAR:

ES EL HUESO QUE FORMA Y SOSTIENE LOS ALVÉOLOS DENTARIOS EN EL ALVÉOLO EN DESARROLLO, LA LÁMINA DURA

ES MÁS DELGADA, LAS TRÁBECULAS DEL HUESO DE SOSTÉN -- SON MÁS ESCASAS Y LA CALCIFICACIÓN ES MENOS DENSA.

LAS CRESTAS ALVEOLARES QUE ACOMPAÑAN A LA DENTICIÓN TEMPORAL SON MÁS PLANAS Y EN LA DENTICIÓN PERMANENTE QUE HAN ERUPCIONADO SON MÁS PUNTEAGUDAS.

DEBIDO A SU MAYOR CONTENIDO DE MATERIA ORGÁNICA-- EL HUESO ES MÁS BLANDO.

EL HUESO ALVEOLAR TIENE LA PROPIEDAD DE PRODUC-- CIÓN O REABSORCIÓN, ESTE REMODELA CONSTANTEMENTE, POR MEDIO DE LOS OSTEOCLASTOS Y OSTEOBLASTOS, REDISTRIBUYEN LA SUSTANCIA ÓSEA PARA HACER FRENTE A NUEVAS EXIGENCIAS FUNCIONALES CON MAYOR EFICACIA. EL HUESO ES ELIMINADO DE DONDE YA NO SE LE PRECISA Y ES AÑADIDO -- DONDE SURGEN NUEVAS NECESIDADES.

EL HUESO EXISTE CON LA FINALIDAD DE SOSTENER LOS DIENTES DURANTE SU FUNCIÓN, TAMBIÉN DE LA MISMA MANERA QUE EL DIENTE DEPENDE DEL LIGAMENTO PARODONTAL PARA QUE ÉSTE LO SOSTENGA DURANTE SU FUNCIÓN, EL LIGAMENTO DEPENDE DE LA ESTIMULACIÓN QUE LE PROPORCIONA --

LA FUNCIÓN OCLUSAL PARA CONSERVAR SU ESTRUCTURA. --
POR LO TANTO, LOS ELEMENTOS DEL PARODONTO SE ENCUEN--
TRAN ESTRECHAMENTE UNIDOS.

LIGAMENTO PARODONTAL:

ESTE SE DESARROLLA A PARTIR DEL SACO DENTARIO, -
CAPA CIRCULAR DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO QUE RODEA -
EL GERMEN DENTARIO. ES DE MAYOR ESPESOR EN LOS NI--
ÑOS. DURANTE EL PROCESO DE LA ERUPCIÓN Y HASTA QUE -
EL DIENTE SEA SOMETIDO A LAS FUERZAS FUNCIONALES DE -
LA MASTICACIÓN, LOS HACES DE FIBRAS DEL LIGAMENTO PE--
RIODONTAL SON MENOS DENSAS, SIENDO MÁS LAXOS Y DISTRI--
BUIDOS IRREGULARMENTE, PRESENTANDO MENOS FIBRAS COLÁ--
GENAS DISPUESTAS EN HACES Y QUE SIGUEN UN RECORRIDO --
ONDULADO. LOS EXTREMOS DE LAS FIBRAS PRINCIPALES --
QUE SE INSERTAN EN EL CEMENTO Y HUESO, SE DENOMINAN -
FIBRAS DE SHARPEY.

LAS FIBRAS PRINCIPALES DEL PERIODONTO SE DISTRI--
BUYEN EN LOS SIGUIENTES GRUPOS:

a) GRUPO DE LA CRESTA ALVEOLAR:

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN OBLICUAMENTE DESDE EL-

CEMENTO, INMEDIATAMENTE DEBAJO DEL EPITELIO DE UNIÓN-HASTA LA CRESTA ALVEOLAR. SU FUNCIÓN ES EQUILIBRAR- EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS MÁS APICALES, AYU--DANDO A MANTENER EL DIENTE DENTRO DEL ALVÉOLO Y RESIS-TIR LOS MOVIMIENTOS LATERALES DEL DIENTE.

b) FIBRAS OBLICUAS:

ES EL GRUPO MÁS GRANDE DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SE EXTIENDE DESDE EL CEMENTO, EN DIRECCIÓN CORONARIA, EN SENTIDO OBLICUO RESPECTO AL HUESO. SOPORTAN EL - GRUESO DE LAS FUERZAS MASTICATORIAS Y LA TRANSFORMAN- EN TENSIÓN SOBRE EL HUESO ALVEOLAR.

c) FIBRAS HORIZONTALES:

ESTAS FIBRAS SE EXTIENDEN PERPENDICULARMENTE AL-EJE MAYOR DEL DIENTE, DESDE EL CEMENTO AL HUESO ALVEO-LAR. SU FUNCIÓN ES LA DE IMPEDIR LOS MOVIMIENTOS LA-TERALES.

d) FIBRAS TRANSEPTALES:

SE EXTIENDEN INTERPROXIMALMENTE SOBRE LA CRESTA-ALVEOLAR Y SE INCLUYEN EN EL CEMENTO DE DIENTES VECI-

NOS, LAS FIBRAS TRANSEPTALES CONSTITUYEN UN HALLAZGO-NOTABLEMENTE CONSTANTE. SE RECONSTRUYEN INCLUSO UNA VEZ PRODUCIDA LA DESTRUCCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

e) FIBRAS APICALES:

EL GRUPO APICAL DE FIBRAS SE IRRADIAN DESDE EL - CEMENTO HACIA EL HUESO, EN EL FONDO DEL ALVÉOLO. NO LO HAY EN RAÍCES INCOMPLETAS.

f) OTRAS FIBRAS:

OTRAS HACES DE FIBRAS BIEN FORMADAS SE INTERDIGITAN EN ÁNGULOS RECTOS O SE EXTIENDEN SIN MAYOR REGULARIDAD ALREDEDOR DE LOS HACES DE FIBRAS DE DISTRIBUCIÓN ORDENADA Y ENTRE ELLOS MISMOS.

EN EL TEJIDO CONECTIVO INTERSTICIAL, ENTRE LOS - GRUPOS DE FIBRAS PRINCIPALES, SE HALLAN FIBRAS COLÁGENAS DISTRIBUIDAS CON MAYOR REGULARIDAD, QUE CONTIENEN VASOS SANGUINEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOS.

OTRAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON FIBRAS ELÁSTICAS, QUE SON RELATIVAMENTE POCAS Y FIBRAS-

OXITALÓNICA (ÁCIDOS RESISTENTES), QUE SE DISPONEN ---
PRINCIPALMENTE ALREDEDOR DE LOS VASOS Y SE INSERTAN --
EN EL CEMENTO DEL TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL PROVEE DE ELEMENTOS NU-
TRITIVOS AL CEMENTO, HUESO Y ENCÍA MEDIANTE LOS VASOS
SANGUÍNEOS Y PROPORCIONA DRENAJE LINFÁTICO.

LA INERVACIÓN DEL LIGAMENTO CONFIERE SENSIBILI--
DAD PROPIOCEPTIVA Y TÁCTIL, QUE DETECTA Y LOCALIZA --
FUERZAS EXTRAÑAS QUE ACTÚAN SOBRE LOS DIENTES Y DESEM-
PEÑAN UN PAPEL IMPORTANTE EN EL MECANISMO NEUROMUSCU-
LAR QUE CONTROLA LA MUSCULATURA MASTICATORIA.

EL LIGAMENTO PERMANECE SANO MIENTRAS EXISTA UNA-
BUENA RELACIÓN DE OCLUSIÓN Y UNA FUNCIÓN MASTICATORIA
NORMAL, CUANDO LA FUNCIÓN SE INTERRUMPE O DISMINUYE,-
SE PRODUCEN MANIFESTACIONES EN EL LIGAMENTO PERIODON-
TAL Y EN EL HUESO DE SOPORTE.

EL ESFUERZO GENERADO POR LOS HÁBITOS DE APRETA--
MIENTO DENTARIO, Y EL BRUXISMO SON AGENTES DE PRODUC-
CIÓN DE FUERZAS TRAUMÁTICAS, OCASIONANDO MODIFICACIO-
NES EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL.

DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA:

EL EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO EN LA ENCÍA - PRESENTA PROYECCIONES PAPILARES BIEN DEFINIDAS Y UNA-SUPERFICIE QUERATINIZADA, ESTA ÚLTIMA RELACIONADA CON EL PUNTEADO. EL TEJIDO CONECTIVO ES MUY FIBRILAR Y-SE DIFERENCIA EN UNA CAPA RETICULAR Y OTRA PAPILAR. EN LOS NIÑOS NO SE OBSERVAN HACES COLÁGENOS BIEN DIFE-RENCIADOS.

EL CEMENTO SE FORMA A PARTIR DE ALGUNAS CÉLULAS-DEL MESÉNQUIMA DEL SACO DENTAL EN ESTRECHA PROXIMIDAD CON LOS LADOS DE LA RAÍZ QUE ESTÁ DESARROLLANDO, SE -DIFERENCIAN Y TRANSFORMAN EN ELEMENTOS PARECIDOS A --LOS OSTEÓBLASTOS. EL CEMENTO EN EL TERCIO SUPERIOR-A LA MITAD DE LA LONGITUD DE LA RAÍZ ES ACELULAR, EL-RESTO CONTIENE CÉLULAS EN SU MATRIZ. ESTAS CÉLULAS-RECIBEN EL NOMBRE DE CEMENTOCITOS Y A SEMEJANZA DE --LOS OSTEÓCITOS DE LA MATRIZ CALCIFICADA DENOMINADOS -LAGUNAS, COMUNICANDO CON SU FUENTE DE NUTRICIÓN POR -CANALÍCULOS. EL CEMENTO COMO EL HUESO SOLO PUEDE AU-MENTAR EN CANTIDAD POR ADICIÓN A LA SUPERFICIE, LA --FORMACIÓN DE CEMENTO ES NECESARIA SI LAS FIBRAS COLÁ-GENAS DE LA MEMBRANA PERIODONTAL DEBEN UNIRSE A LA --RAÍZ.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL DE LOS DIENTES DECIDUOS ES MÁS ANCHO, DURANTE LA ERUPCIÓN, LAS FIBRAS PRINCIPALES SON PARALELAS AL EJE LARGO DEL DIENTE, LA DISPOSICIÓN FASCICULAR QUE SE OBSERVA EN LA DENTICIÓN PERMANENTE SE ESTABLECE CUANDO LOS DIENTES HACEN CONTACTO CON SUS ANTAGONISTAS FUNCIONALES.

A MEDIDA QUE EL DIENTE EN FORMACIÓN ERUPCIONA, - EL TEJIDO CONECTIVO DEL SACO SE DIFERENCIA EN TRES CAPAS.

- 1) UNA CAPA ADYACENTE AL HUESO.
- 2) UNA CAPA INTERNA JUNTO AL CEMENTO.
- 3) UNA CAPA INTERMEDIA DE FIBRAS DESORGANIZADAS.

LOS HACES DE LAS FIBRAS PRINCIPALES DERIVAN DE - LA CAPA INTERMEDIA, SE ENGRUESAN Y SE DISPONEN SEGÚN - LAS EXIGENCIAS FUNCIONALES CUANDO EL DIENTE ALCANZA - EL CONTACTO OCLUSAL. COMO TODA ESTRUCTURA DEL PERIODONTO, EL LIGAMENTO SE REMODELA CONSTANTEMENTE.

EL HUESO ALVEOLAR SE COMPONE DE LA PARED INTERNA DEL ALVEOLO DE HUESO DELGADO, COMPACTO, DENOMINADO HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO O LÁMINA CRIBIFORME, EL HUESO DE SOSTÉN QUE CONSISTE EN TRABÉCULAS RETICULARES Y LAS TABLAS VESTIBULAR Y PALATINA DE HUESO COMPACTO. EL TABIQUE INTERDENTARIO CONSTA DE HUESO DE SOSTÉN ENCERRADO EN UN BORDE COMPACTO.

LA CAPA DE HUESO ESPONJOSO Y LA MÉDULA QUE QUEDAN ENTRE LAS DOS LÁMINAS DE HUESO COMPACTO RECIBEN EL NOMBRE DE DIPLOE; DONDE SE ENCUENTRAN LOS VASOS SANGUÍNEOS, LOS CUALES SUMINISTRAN LA NUTRICIÓN AL HUESO.

EL HUESO ALVEOLAR DE LA DENTICIÓN DECIDUA PRESENTA, DESDE EL PUNTO DE VISTA RADIOGRÁFICO; UNA CORTICAL ALVEOLAR DESTACADA EN LA ETAPA DE GERMINACIÓN Y DURANTE LA ERUPCIÓN.

LAS TRABÉCULAS DEL HUESO SON MÁS ESCASAS, PERO MÁS GRUESAS Y LOS ESPACIOS MEDULARES SON MÁS GRANDES LAS CRESTAS DE LOS TABIQUES INTERDENTARIOS SON PLANOS.

EL APORTE SANGUÍNEO PROVIENE DE VASOS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y ESPACIOS MEDULARES Y TAMBIÉN DE PEQUEÑAS RAMAS DE VASOS PERIFÉRICOS QUE PENETRAN EN LAS TABLAS CORTICALES.

CAPÍTULO III

ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL

LA ENFERMEDAD GINGIVAL, ES PRODUCIDA POR MÚLTIPLES Y COMPLEJOS FACTORES.

GLICKMAN LOS CLASIFICA EN:

FACTORES LOCALES Y
FACTORES GENERALES.

LOS LOCALES SON AQUELLOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL MEDIO QUE RODEA AL PERIODONTO. PRODUCE INFLAMACIÓN, QUE ES EL PROCESO PATOLÓGICO PRINCIPAL DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

LOS GENERALES SON AQUELLOS QUE PROVIENEN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE. CONDICIONAN LA RESPUESTA PERIODONTAL A FACTORES LOCALES, DE TAL MANERA QUE CON FRECUENCIA EL EFECTO DE LOS IRRITANTES LOCALES,-

ES AGRAVADO NOTABLEMENTE POR EL ESTADO GENERAL DEL -
PACIENTE.

ORBAN CLASIFICA A LOS FACTORES ETIOLÓGICOS EN:
EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS, SIENDO LA ENFERMEDAD UNA-
EXPRESIÓN DE LA ACCIÓN RECÍPROCA DE AMBOS FACTORES.

CLASIFICACIÓN DE FACTORES EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS-
(ORBAN).

FACTORES EXTRÍNSECOS (LOCALES).

1.- BACTERIANOS:

PLACA, CÁLCULO, ENZIMAS Y PRODUCTO DE DESCOMPO-
SICIÓN, MATERIA ALBA, RESIDUOS DE ALIMENTOS.

2.- MECÁNICOS:

CÁLCULO, IMPACCIÓN Y RETENCIÓN DE ALIMENTOS ---
(CONTACTOS ABIERTOS, MOVILIDAD Y DIENTES SEPARADOS,-
DIENTES EN MAL POSICIÓN), PRÓTESIS MAL DISEÑADAS, --
RESPIRACIÓN BUCAL, HIGIENE BUCAL INADECUADA, TRAUMA-
ACCIDENTAL, ETC.

3.- BACTERIANOS Y MECÁNICOS COMBINADOS:

CÁLCULO Y MARGEN DESBORDANTE.

4.- PREDISPOSICIÓN ANATÓMICA:

MALA ALINEACIÓN DENTARIA, MAL POSICIÓN, INSERCIÓN ALTA DE FENILLOS O MÚSCULOS, ENCÍA DELGADA, --- EXOSTOSIS O REBORDES ÓSEOS, RELACIÓN CORONA-RAÍZ DESFAVORABLE.

5.- FUNCIONALES:

FUNCIÓN INSUFICIENTE (FALTA DE OCLUSIÓN MASTICACIÓN INDOLENTE, PARÁLISIS MUSCULAR, ETC.).

SOBREFUNCIÓN Y PARAFUNCIÓN.- HIPERTONICIDAD MUSCULAR, BRUXISMO Y TRAUMA ACCIDENTAL.

FACTORES INTRÍNSECOS (SISTEMÁTICOS)

1.- DEMOSTRABLES:

- a) DISFUNCIONES ENDÓCRINAS.- DE LA PUBERTAD.
- b) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y OTROS.- DEFICIEN-

CTA NUTRICIONAL, DIABÉTICOS, ETC.

- c) TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS O EMOCIONALES.
- d) DROGAS Y VENENOS METÁLICOS.- ALERGIA, META--
LES PESADOS, EFECTOS HEMATOLÓGICOS Y DIPENIL
HIDANTOÍNA.
- e) DIETA Y NUTRICIÓN.

2.- NO DEMOSTRABLES:

- a) RESISTENCIA Y REPARACIÓN INSUFICIENTES.
- b) DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, EMOCIONALES, HOR--
MONALES (FATIGA Y STRESS).

FACTORES LOCALES EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

GOLDMAN, DENOMINA A LOS FACTORES LOCALES EN ---
"IRRITANTES GINGIVALES". SIENDO DE DIVERSO ORIGEN.
ACTÚAN MEDIANTE UNA INFLUENCIA IRRITANTE DIRECTA, --
SIENDO MODIFICADA SOLO POR LA HABILIDAD DEL HUÉSPED--
PARA RESISTIRLO.

CUALQUIER SITUACIÓN QUE OCASIONE BAJAS EN LA RE

SISTENCIA Y LA REPARACIÓN PERMITE QUE LA LESIÓN SIGA SU CURSO, SEGÚN LA GRAVEDAD E INTENSIDAD DEL IRRITANTE.

UN FACTOR SERÍA EL TIEMPO Y OTRO ES LA FRECUENCIA DEL IRRITANTE.

LOS IRRITANTES O FACTORES ETIOLÓGICOS LOCALES - PUEDEN ENUMERARSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

PLACA DENTOBACTERIANA:

ESTA ES UN DEPÓSITO BLANDO, AMORFOGRANULAR QUE SE ACUMULA SOBRE LAS SUPERFICIES, RESTAURACIONES Y CÁLCULOS DENTARIOS. SE ADHIERE FIRMEMENTE A LA SUPERFICIE SUBYACENTE, DESPRENDIÉNDOSE ÚNICAMENTE POR LA LIMPIEZA MECÁNICA. AL ACUMULARSE SE CONVIERTE EN UNA MASA GLOBULAR VISIBLE CON PEQUEÑAS SUPERFICIES NODULARES, SU COLOR VARÍA DEL GRIS AMARILLENTO AL AMARILLO.

LA PLACA DENTARIA SE DEPOSITA SOBRE UNA PELÍCULA ACELULAR DENOMINÁNDOSE PELÍCULA ADQUIRIDA, TAM---

BIÉN SE FORMA SOBRE LA SUPERFICIE DEL DIENTE. ESTA PELÍCULA ES INCOLORA, LISA Y TRANSLÚCIDA, DIFUSAMENTE DISTRIBUÍDA SOBRE LA CORONA, EN CANTIDADES ALGO - MAYORES CERCA DE LA ENCÍA. NO CONTIENE, BACTERIAS, SINO GLUCOPROTEÍNAS, DERIVADOS DE GLUCOPROTEÍNAS, PO LIPÉPTIDOS Y LÍPIDOS. LA PELÍCULA SE FORMA SOBRE -- UNA SUPERFICIE DENTARIA LIMPIA EN POCOS MINUTOS. SE ADHIERE CON FIRMEZA A LA SUPERFICIE DENTARIA Y SE -- CONTINÚA CON LOS PRISMAS DEL ESMALTE POR DEBAJO DE - ELLA. LA PELÍCULA ADQUIRIDA ES UN PRODUCTO DE LA - SALIVA.

LA PLACA DENTOBACTERIANA EN LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

EXISTEN MUCHAS CAUSAS LOCALES DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL, PERO EL FACTOR ETIOLÓGICO PRINCIPAL ES LA HIGIENE BUCAL INSUFICIENTE, PRODUCIENDOSE UNA CORRELACIÓN ALTA ENTRE LA HIGIENE BUCAL INSUFICIENTE, LA PRESENCIA DE PLACA Y LA FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL. ESTÁ COMPROBADO QUE CUANDO SE INTERRUMPEN LOS PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE BUCAL, SE ACUMULA PLACA Y LA GINGIVITIS APARECE ENTRE LOS 10 Y 21 DÍAS.

LA IMPORTANCIA FUNDAMENTAL DE LA PLACA DENTARIA EN LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL RESIDE EN LA CONCENTRACIÓN DE BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS. VARIOS DE LOS MICROORGANISMOS PRESENTES PRODUCEN DIVERSOS IRRITANTES (ENZIMAS, METABOLITOS CITOTÓXICOS, ENDOTOXINAS, LIPOPOLISACÁRIDOS, MICOPÉPTIDOS, ANTÍGENOS) CONTRIBUYEN A LA RESPUESTA INFLAMATORIA.

LA ENFERMEDAD ES CONSECUENCIA DE UNA ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO:

- 1.- ENTRE BACTERIAS.
- 2.- ENTRE LAS BACTERIAS Y EL HUÉSPED O DE LOS DOS ESTADOS.

POR LO TANTO, EL EQUILIBRIO ENTRE LOS MICROORGANISMOS Y EL HUÉSPED ES ALTERADO POR UN AUMENTO DE LA CANTIDAD Y LA VIRULENCIA DE LAS BACTERIAS O UN DESCENSO DE LA RESISTENCIA DEL HUÉSPED O POR LAS DOS RAZONES; POR LO CUAL LA PLACA DENTARIA CONCENTRA BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS EN EL AREA GINGIVAL DESPLAZANDO EL EQUILIBRIO EN FAVOR DE LOS MICROORGANISMOS.

CÁLCULO DENTAL:

ES UNA MASA ADHERENTE, CALCIFICADA O EN CALCIFICACIÓN, QUE SE FORMA SOBRE LA SUPERFICIE DE DIENTES - NATURALES Y PRÓTESIS DENTALES. EN RELACIÓN CON EL-- MARGEN GINGIVAL SE CALCIFICA EN:

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL:

SE ENCUENTRA ENTRE LA CORONA A LA CRESTA DEL MAR GEN GINGIVAL Y ES VISIBLE EN LA CAVIDAD BUCAL.

ES BLANCO O BLANCO AMARILLENTO, DE CONSISTENCIA-DURA, ARCILLOSA, DESPRENDIÉNDOSE CON FACILIDAD EN LA-SUPERFICIE DENTARIA MEDIANTE UN RASPADOR.

SE PUEDE ENCONTRAR EN UN SOLO DIENTE, EN UN GRU-PO DE DIENTES O GENERALIZADO EN TODA LA BOCA.

LOS DEPÓSITOS SUPRAGINGIVALES SON MÁS ABUNDANTES FRENTE A LOS ORIFICIOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES; Ó-SEA EN LAS SUPERFICIES LINGUALES DE DIENTES INFERIO--RES Y LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS PRIMEROS MO LARES. SIENDO LA SALIVA SU PRINCIPAL FUENTE MINERAL.

CÁLCULO SUBLINGUAL:

ESTE SE ENCUENTRA DEBAJO DE LA CRESTA DE LA EN-CÍA MARGINAL, POR LO COMÚN EN BOLSAS PERIODONTALES, - NO ES VISIBLE DURANTE EL EXAMEN BUCAL, SOLO POR ME--DIO DE UN EXPLORADOR.

ES DENSO, PARDO OSCURO O VERDE NEGRUZCO, DE --CONSISTENCIA PÉTREA Y UNIDO CON FIRMEZA A LA SUPERFI-CIE DENTARIA. LOS MINERALES QUE FORMAN EL CÁLCULO-SUBLINGUAL ES EL LÍQUIDO GINGIVAL.

LA FORMACIÓN DEL CÁLCULO ES LA PLACA DENTARIA - QUE SE HA MINERALIZADO, POR LO TANTO, LA PLACA BLAN-DA ENDURECE POR LA PRECIPITACIÓN DE SALES MINERALES, COMENZANDO EN CUALQUIER MOMENTO ENTRE EL SEGUNDO Y - EL CATORCEAVO DÍA DE FORMACIÓN DE LA PLACA. EL --- CÁLCULO SE FORMA POR CAPAS SEPARADAS POR UNA PARTÍCULA DELGADA QUE QUEDA INCLUIDA EN ÉL A MEDIDA QUE --- AVANZA LA CALCIFICACIÓN.

IMPORTANCIA DEL CÁLCULO COMO FACTOR ETIOLÓGICO EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

ES DIFÍCIL SEPARAR LOS EFECTOS DEL CÁLCULO Y LA PLACA EN LA ENCÍA, PORQUE LOS CÁLCULOS ESTÁN SIEMPRE CUBIERTOS POR UNA CAPA NO MINERALIZADA DE PLACA, SIENDO ESTA EL PRINCIPAL IRRITANTE QUE ACTÚA SOBRE LA ENFERMEDAD GINGIVAL. PRODUCE INFLAMACIÓN, LA CUAL ES CAUSA DE LA PROFUNDIZACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

MATERIA ALBA:

ESTA ES UNA SUSTANCIA BLANDA Y SUAVE, FORMADA -- POR DETRITOS ALIMENTICIOS, MATERIALES PURULENTOS, MICROORGANISMOS, CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS, LEUCOCITOS Y UNA MEZCLA DE PROTEÍNAS Y LÍPIDOS.

SE FORMA EN POCAS HORAS EN PERÍODOS QUE NO SE -- HAN INGERIDO ALIMENTOS. EL EFECTO IRRITATIVO DE LA MATERIA ALBA PROBABLEMENTE SE DEBE A LAS BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS.

EMPAQUETAMIENTO O IMPACTO DE ALIMENTOS

(BROMATOSTAXIS).

SE DEFINE COMO IMPACTO FORZOSO DE ALIMENTOS CONTRA LA ENCÍA, HACIENDO PRESIÓN SOBRE EL TEJIDO, O EL-CHOQUE DIRECTO DE MATERIAS CONTRA EL MARGEN GINGIVAL.

LA RELACIÓN DE ENCÍA A DIENTE CAMBIA TAMBIÉN SI-ESTE SALE DE SU SITIO EN LA ARCADA, PRODUCIENDOSE EL-IMPACTO DE ALIMENTOS Y ESTE A SU VEZ PUEDE ESTAR ASO-CIADO A LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 1.- CONTORNO LABIAL PLANO DE LOS DIENTES.
- 2.- CÍNGULOS NO DESARROLLADOS.
- 3.- CONTORNOS PROXIMALES PLANOS.
- 4.- CONTACTO DEFECTUOSO DE LOS DIENTES; ARISTAS-MARGINALES IRREGULARES, VERSIÓN Y SOBREPRO--YECCIÓN DE LOS DIENTES.
- 5.- CARIES, QUE DÁ COMO RESULTADO UN CONTACTO DE DEFECTUOSO.
- 6.- RESTAURACIONES INCORRECTAS.

7.- EXTRACCIONES CON CAMBIOS EN LAS RELACIONES -
DE LOS DIENTES CUANDO NO SE REPONEN A TIEMPO
LAS PIEZAS FALTANTES.

8.- RETENCIÓN DE ALIMENTOS, ESTE NO ESTÁ IMPACTA
DO, SINO QUE ES RETENIDO EN CONTACTO CON LA-
ENCÍA DEBIDO A CAUSAS ANATÓMICAS.

9.- EL DIENTE NO SE ENCUENTRA EN FUNCIÓN.

EL IMPACTO DE ALIMENTOS ORIGINA ENFERMEDAD -
GINGIVAL Y AGRAVA LA INTENSIDAD DE LAS ALTE-
RACIONES PATOLÓGICAS EXISTENTES.

SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTES EN LA IMPACCIÓN DE ALIMEN
TOS.

- 1.- SENSACIÓN DE PRESIÓN Y URGENCIA POR QUITAR -
EL MATERIAL DE ENTRE LOS DIENTES.
- 2.- DOLOR VAGO, QUE SE IRRADIA EN LA PROFUNDIDAD
DE LOS MAXILARES.
- 3.- INFLAMACIÓN GINGIVAL CON SANGRADO Y GUSTO DE
SAGRADABLE EN LA ZONA AFECTADA.

- 4.- RECESIÓN GINGIVAL.
- 5.- FORMACIÓN DE ABSCESOS PERIODONTALES.
- 6.- DIVERSOS GRADOS DE INFLAMACIÓN DE LÍQUIDO PERIODONTAL, JUNTO CON ELEVACIÓN DEL DIENTE EN EL ALVÉOLO, CONTACTOS PREMATUROS Y SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN.
- 7.- DESTRUCCIÓN DEL HUESO ALVEOLAR.
- 8.- CARIES RADICULAR.

RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.

LAS RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS PRODUCEN ENFERMEDADES GINGIVALES ORIGINADAS POR LA ODONTOLOGÍA DEFICIENTE, ACTÚA COMO UN FACTOR IRRITANTE PARA LA ENCÍA MARGINAL, ESTANDO CONGESTIONADA Y SANGRA CON FACILIDAD. EL HUESO SUELE EXPERIMENTAR UNA ABSORCIÓN OSTEOCLÁSTICA.

ENTRE LAS RESTAURACIONES QUE PUEDEN OCASIONAR -- PROBLEMAS EN LOS TEJIDOS DE SOPORTE ENCONTRAMOS: AL REPARARSE UN DIENTE O LOS DIENTES EN LOS PROCESOS DE-

IMPRESIÓN, EN UNA RESTAURACIÓN TEMPORAL, EN ENDODON--
CIA Y ORTODONCIA.

CEPILLADO DEFECTUOSO:

EL CEPILLADO INCORRECTO NO SOLO OCASIONA UNA ---
ABRASIÓN O RECESIÓN DE LA ENCÍA, SINO TAMBIÉN PRODUCE
INFLAMACIÓN. EL CEPILLADO A MANERA DE RASPADO, ESPE
CIALMENTE CUANDO SE EMPLEA UN DENTRÍFICO ABRASIVO ES-
CAUSA DE LA RECESIÓN APICAL DE LA ENCÍA Y DE LA ABRA-
SIÓN DE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES. TAMBIÉN SE OB
SERVAN HENDIDURAS GINGIVALES QUE PUEDEN SER CONSECUEN
CIA DEL MOVIMIENTO ROTATORIO DE UN CEPILLO CON CERDAS
DURAS.

LOS CAMBIOS GINGIVALES QUE SE ATRIBUYEN AL CEPI-
LLADO DEFECTUOSO PUEDEN SER AGUDOS O CRÓNICOS.

RESPIRACIÓN BUCAL:

ES MUY FRECUENTE OBSERVAR UNA GINGIVITIS ASOCIA-
DA CON RESPIRACIÓN BUCAL. SE CREE QUE EJERCE SU AC-
CIÓN POR DESHIDRATACIÓN EN LA ENCÍA CON PÉRDIDA DE LA

RESISTENCIA DEL TEJIDO.

TAMBIÉN PUEDE SER UN RESECAMIENTO DE TODA LA CAVIDAD BUCAL, DANDO COMO RESULTADO PÉRDIDA DE LA ACCIÓN PROTECTORA DE LA SALIVA O DEL EQUILIBRIO DE LA FLORA BACTERIANA.

TRAUMA DE OCLUSIÓN:

LAS FUERZAS OCLUSALES AFECTAN AL ESTADO Y LA ESTRUCTURA DEL PERIODONTO SE ATROFIA Y CUANDO LAS FUERZAS OCLUSALES EXCEDEN DE LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DE LOS TEJIDOS, ÉSTOS SE LESIONAN.

EL TRAUMA DE OCLUSIÓN ES LA LESIÓN DEL TEJIDO, NO LA FUERZA OCLUSAL, ESTE PUEDE SER AGUDO O CRÓNICO. EL PRIMERO ES CONSECUENTE POR UN CAMBIO BRUSCO EN LA FUERZA OCLUSAL, OCASIONADO POR UNA RESTAURACIÓN PROTÉICA QUE INTERFIERE EN LA OCLUSIÓN, ALTERANDO LAS FUERZAS OCLUSALES SOBRE LOS DIENTES; RESULTANDO DOLOR SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN, ETC.

EL TRAUMA CRÓNICO ES MÁS COMÚN QUE LA FORMA AGUDA Y ES DE MAYOR IMPORTANCIA CLÍNICA. SE PRODUCE --

POR LA ATRICCIÓN DENTARIA, DESPLAZAMIENTO Y EXTRUSIÓN DE LOS DIENTES, COMBINADOS CON HÁBITOS PARAFUNCIONALES COMO BRUXISMO.

TRAUMA OCLUSAL EN LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

ZONA DE IRRITACIÓN:

COMPRENDE LA ENCÍA MARGINAL E INTERDENTARIA, CON SUS LÍMITES FORMADOS POR LAS FIBRAS GINGIVALES, DONDE COMIENZA LA GINGIVITIS Y LAS BOLSAS PERIODONTALES.

LOS IRRITANTES QUE GENERAN LA GINGIVITIS Y LAS BOLSAS PERIODONTALES AFECTAN A LA ENCÍA, PRESENTÁNDOSE EL TRAUMA DE OCLUSIÓN EN LOS TEJIDOS DE SOPORTE, (PERIODONTALES), ENTRA A ZONA DE CODESTRUCCIÓN, COMENZANDO EN LAS FIBRAS TRANSCEPTALES POR INTERPROXIMAL Y LAS FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR POR VESTIBULAR Y LINGUAL, CUANDO ALCANZAN LOS TEJIDOS DE SOPORTE, LA DESTRUCCIÓN ESTÁ BAJO LA INFLUENCIA DE LA OCLUSIÓN.

CUANDO LA OCLUSIÓN ES FAVORABLE PROPORCIONA LA -

ESTIMULACIÓN FUNCIONAL QUE EL TEJIDO PARODONTAL RE---
QUIERE Y POR LO TANTO, LA INFLAMACIÓN ES EL ÚNICO FAC
TOR DESTRUCTIVO LOCAL EN LA PERIODONTITIS. SI LA --
OCCLUSIÓN ES DESFAVORABLE, SI ES EXCESIVA O INADECUADA
ALTERA EL MEDIO Y LAS VÍAS DE INFLAMACIÓN, PRODUCE LE
SIÓN DEL PERIODONTO Y AFECTA EL PATRÓN Y LA INTENSI--
DAD DE LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDO EN LA ENFERMEDAD PE--
RIODONTAL.

FUERZAS OCLUSALES INSUFICIENTES:

PUEDEN SER LESIVAS PARA LOS TEJIDOS PERIODONTA--
LES DE SOPORTE, LA ESTIMULACIÓN INSUFICIENTE ORIGINA-
DEGENERACIÓN DEL PERIODONTO MANIFESTÁNDOSE POR EL ---
ADELGAZAMIENTO DEL LÍQUIDO PERIODONTAL, ATROFIA DE --
LAS FIBRAS, OSTEOPOROSIS DEL HUESO ALVEOLAR.

LA HIPOFUNCIÓN PROVIENE DE UNA RELACIÓN DE OCLU-
SAL ABIERTA, AUSENCIA DE ANTAGONISTAS FUNCIONALES O -
HÁBITOS DE MASTICACIÓN UNILATERAL QUE DEJAN SIN FUN--
CIÓN LA MITAD DE LA DENTADURA. CAUSANDO EN LA ENCÍA
ACUMULACIÓN DE PLACA Y BACTERIAS QUE CAUSAN INFLAMA--
CIÓN GINGIVAL.

HÁBITOS:

LA IMPORTANCIA DE ESTBLECER LA PRESENCIA DE UN -
HÁBITO PUEDE SER FACTOR DECISIVO EN LA TERAPÉUTICA DE
UN CASO DE DESTRUCCIÓN PERIODONTAL. POR LO TANTO, -
CADA PACIENTE DEBE SER CUIDADOSAMENTE INTERROGADO.

CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS QUE CAUSAN ENFERMEDAD---
GINGIVAL.

HÁBITOS NEURÓTICOS:

MORDISQUEO DE LABIOS, EMPUJE LINGUAL, MORDISQUEO
DEL PALILLO DENTAL Y CARRILLOS, MORDERSE LAS UÑAS, --
MORDER LÁPICES Y PLUMAS Y NEUROSIS OCLUSALES.

HÁBITOS OCUPACIONALES:

SOSTENER CLAVOS EN LA BOCA, CORTAR HILO. VA---
RIOS FUMAR PIPA Y MASCAR TABACO, SUCCIÓN DEL PULGAR.

FACTORES GENERALES EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

ANEMIA.

ANEMIA HIPOCRÓNICA MICROCÍTICA:

TIENE SU ORIGEN EN UNA DEFICIENCIA DE HIERRO Y -

OTRAS SUSTANCIAS QUE INTERVIENEN EN LA PRODUCCIÓN DE HEMOGLOBINA. NO TODOS LOS PACIENTES CON ESTE TIPO DE ANEMIA PRESENTAN CAMBIOS EN LA BOCA.

CUANDO SUCEDE, LA ALTERACIÓN MÁS DESTACADA ES PALIDEZ DE LA MUCOSA GINGIVAL Y DE LA LENGUA CON ATROFIA PAPILAR Y PÉRDIDA DEL TONO MUSCULAR, SEGUIDA DE ERITEMA DEL BORDE LATERAL DE LA LENGUA CON ATROFIA PAPILAR Y PÉRDIDA DEL TONO MUSCULAR; DESPUÉS APARECEN ÁREAS DE INFLAMACIÓN GINGIVAL DE COLOR PÚRPURA.

ANEMIA DREPANOCÍTICA:

ES DE FORMA HEREDITARIA Y FAMILIAR, DE ANEMIA HEMOLÍTICA CRÓNICA. ES MÁS FRECUENTE EN LOS NEGROS. SE CARACTERIZA POR PALIDEZ, ICTERICIA, DEBILIDAD, MANIFESTACIONES REUMATOIDES, ÚLCERAS EN LAS PIERNAS Y ATAQUES DE DOLOR AGUDO.

LAS ALTERACIONES BUCALES INCLUYEN OSTEOPOROSIS GENERALIZADAS DE LOS MAXILARES, PALIDEZ Y COLORACIÓN AMARILLENTO DE LA MUCOSA BUCAL.

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA:

PRESENCIA DE SANGRADO ESPONTÁNEO EN LA PIEL Y --
MEMBRANAS MUCOSAS. EN LA CAVIDAD ORAL SON FRECUEN--
TES LAS PETEQUIAS Y VESÍCULAS HEMORRÁGICAS, ESPECIAL--
MENTE EN PALADAR Y MUCOSA BUCAL. LA ENCÍA ESTÁ HIN--
CHADA, BLANDA Y FRIABLE, EL SANGRADO QUE PRODUCE ES -
ESPONTÁNEO O A LA MÁS BREVE PROVOCACIÓN ES DIFÍCIL --
CONTROLARLO.

EFFECTOS BUCALES EN LAS DIFERENTES DISCRACIAS
SANGUÍNEAS.

TELANGECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA:

ES RARA, TAMBIÉN SE DENOMINA ENFERMEDAD DE RENDU
OSLER-WEBER. SE CARACTERIZA POR DILATACIONES MÚLTI--
PLES DE CAPILARES Y VÉNULAS EN LA PIEL Y MEMBRANA MU--
COSA, CON TENDENCIA A LA HEMORRAGIA. PARECE TRANSMI--
TIRSE EN FAMILIAS CON RANGO DOMINANTE SIMPLE QUE AFEC--
TA A AMBOS SEXOS.

LOS LUGARES MÁS HABITUALES SON EN MUCOSA NASAL,-
LENGUA, PALADAR, LABIOS, UNIÓN MUCOCUTÁNEA Y ENCÍA.

ESTA ENFERMEDAD SE PUEDE PRESENTAR EN LA NIÑEZ, LAS -
LESIONES AUMENTAN EN CANTIDAD A MEDIDA QUE AVANZA LA-
EDAD.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA:

ENFERMEDAD INFECCIOSA, BENIGNA, DE ETIOLOGÍA DES-
CONOCIDA.

SE PRESENTA EN NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES. SE CA-
RACTERIZA POR INSTALARSE REPENTINAMENTE, PRESENTANDO-
CEFALEA, FIEBRE, DOLOR MUSCULAR, DOLOR DE GARGANTA,--
ETC. SIENDO LA PRIMERA MOLESTIA SENSIBILIDAD EN LA-
BOCA Y GARGANTA. LOS HALLAZGOS BUCALES INCLUYEN EL-
ERITEMA DIFUSO DE TODA LA MUCOSA CON PENTEQUIAS EN AL
GUNOS CASOS, EL MARGEN Y LAS PAPILAS INTERDENTARIAS -
SE ENCUENTRAN HINCHADAS Y DE COLOR ROJO INTENSO, SAN-
GRAN A LA PROVOCACIÓN MÁS LEVE. DESPUÉS DE 2 a 4 SE
MANAS LOS SÍNTOMAS GENERALES COMIENZAN A REMITIR, PE-
RO LAS ALTERACIONES BUCALES PERSISTEN.

AGRANULOCITOSIS:

LOS PRIMEROS SIGNOS PUEDEN SER ULCERACIONES NE -

CRÓTICAS DE LA FARINGE Y DE LAS MEJILLAS Y DEL BORDE-MARGINAL DE LA ENCÍA.

SE CARACTERIZA POR LEUCOPENIA Y CON ULCERACIONES DE LA MUCOSA BUCAL, PIEL Y TUBO GASTROINTESTINAL.

PUEDA AFECTARSE EL MARGEN GINGIVAL, HEMORRAGIA - GINGIVAL, NECROSIS Y MAYOR SALIVACIÓN Y CON OLOR FÉTIDO.

POLICITEMIA:

ESTA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR UN AUMENTO DE LA CANTIDAD DE GLÓBULOS ROJOS CIRCULANTES. LA ENCÍA ES CASI SIEMPRE HIPERPLÁSICA, VIOLÁCEA, CIANÓTICA Y - HEMORRÁGICA.

ESTADOS CARENCIALES DE VITAMINAS.

EL ESTADO NUTRICIONAL DEL INDIVIDUO AFECTA AL ESTADO DEL PERIODONTO Y LOS EFECTOS LESIVOS DE LOS IRRITANTES LOCALES Y LAS FUERZAS OCLUSALES EXCESIVAS SE PUEDEN AGRAVAR POR LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.

SIN EMBARGO, NINGUNA DEFICIENCIA NUTRICIONAL CAUSA POR SÍ MISMA GINGIVITIS O BOLSAS PERIODONTALES, ES PRECISO QUE HAYA IRRITANTES LOCALES PARA QUE ESAS LESIONES SE PRODUZCAN. A VECES LAS ALTERACIONES BUCALES PROPORCIONAN LOS PRIMEROS SIGNOS DE LA EXISTENCIA DE DEFICIENCIA NUTRICIONAL.

DEFICIENCIA DE VITAMINA "A":

LA DEFICIENCIA DE ESTA VITAMINA PRODUCE METAPLASIA QUERATINIZANTE DEL EPITELIO, AUMENTO A LA SUSCEPTIBILIDAD A LAS INFECCIONES, PERTURBACIONES DEL CRECIMIENTO, FORMA Y TEXTURA DEL HUESO, ANORMALIDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y MANIFESTACIONES OCULARES.

DEFICIENCIA DEL COMPLEJO "B":

ES RARO QUE LA ENFERMEDAD BUCAL SE DEBA A LA DEFICIENCIA DE UN SOLO COMPONENTE DE COMPLEJO "B". POR LO GENERAL LA DEFICIENCIA ES MÚLTIPLE. LAS ALTERACIONES BUCALES MÁS COMUNES SON GINGIVITIS, GLOSITIS E INFLAMACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA MUCOSA BUCAL. LA GINGIVITIS DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA "B" ES INESPECÍFICA, CAUSADA POR IRRITACIÓN BUCAL.

DEFICIENCIA DE VITAMINA "C":

LA DEFICIENCIA GRAVE DE VITAMINA "C" EN PERSONAS-
PRODUCE ESCORBUTO, ES UNA ENFERMEDAD QUE SE CARACTERI-
ZA POR DIÁTESIS HEMORRÁGICA Y RETARDO DE LA CICATRIZA-
CIÓN DE HERIDAS, LAS HEMORRAGIAS SE ORIGINAN EN ZONAS-
TRAUMATIZADAS O DE FUNCIÓN INTENSA, LAS CARACTERÍSTI--
CAS CLÍNICAS SON: FATIGA, PÉRDIDA DEL APETITO, DELGA--
DEZ, DOLORS EN LAS ARTICULACIONES Y MIEMBROS, PETE---
QUIAS EN LA PIEL Y EPISTAXIS.

NO SE HA IDENTIFICADO LA DEFICIENCIA DE VITAMINA-
"C" CON LA FRECUENCIA Y LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD -
PERIODONTAL O MOVILIDAD DENTARIA.

DEFICIENCIA DE VITAMINA "D":

LA INSUFICIENCIA DE VITAMINA "D" EN EL HOMBRE PUE
DE PROVOCAR, SEGÚN LA EDAD EN LA QUE SE PRODUCE, LA --
FALTA DE MINERALIZACIÓN DE LOS TEJIDOS DENTARIOS (HI--
PERPLASIAS), UN RETARDO EN LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES--
Y LESIONES MARGINALES.

SI HAY CARENCIA DE VITAMINA "D" Y DE FÓSFORO, SE-
VEN APARECER LAS LESIONES TÍPICAS DEL RAQUITISMO.

EN EL PARODONTO, LA HIPERVITAMINOSIS "D" PUEDE --
DAR LUGAR A SIGNOS DE OSTEOPOROSIS, PERO AÚN MÁS FRE--
CUENTE SE COMPRUEBA UNA OSTEOCLEROSIS POR APOSICIÓN -
ÓSEA EXAGERADAS Y CALCIFICACIONES ATÍPICAS EN EL PARO-
DONTO.

DEFICIENCIA DE VITAMINA "E":

NO SE HA DEMOSTRADO QUE HAYA RELACIÓN ENTRE LAS -
DEFICIENCIAS DE VITAMINA "E" Y LA ENFERMEDAD BUCAL.

EN PERSONAS SE REGISTRÓ UNA RESPUESTA FAVORABLE A
LA TERAPÉUTICA CON LA VITAMINA "E", EN PACIENTES CON -
ENFERMEDAD PERIODONTAL SEVERA, CON UN MÍNIMO DE FACTO-
RES IRRITANTES LOCALES.

DEFICIENCIA DE VITAMINA "K":

PUEDE CAUSAR HEMORRAGIA GINGIVAL EXCESIVA DESPUÉS
DEL CEPILLADO O ESPONTÁNEAMENTE. LA VITAMINA "K" SE-
UTILIZA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HEMORRAGIA-
BUCAL.

DEFICIENCIA DE VITAMINA "P":

EL USO DE ESTA VITAMINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL SE ENCUENTRA AÚN EN ESTADO EXPERIMENTAL.

INFLUENCIAS HORMONALES EN EL PERIODONTO:

SE TIENEN POCOS DATOS SOBRE LA ACCIÓN DE LAS GLÁNDULAS ENDÓCRINAS SOBRE EL PERIODONTO, POR LO TANTO, SOLO SE MENCIONARÁN LAS GLÁNDULAS QUE AFECTAN AL PARODONTO.

DIABETES MELLITUS:

ESTA ENFERMEDAD ES UNA PERTURBACIÓN EN LOS ISLOTES DE LANGERHANS EN EL PÁNCREAS Y EN LA FUNCIÓN DEL HIGADO. TRAE COMO CONSECUENCIA DEGENERACIÓN DE LAS PROTEÍNAS, PROCESOS DEGENERATIVOS GENERALIZADOS, DISMINUCIÓN DE LA RESISTENCIA A LOS PROCESOS INFECCIOSOS Y AUMENTO DE LAS REACCIONES INFLAMATORIAS.

LOS PROCESOS DENTALES DEL PACIENTE DIABÉTICO SON NUMEROSOS Y PARA EVITAR COMPLICACIONES GRAVES ES NECESARIA LA VIGILANCIA PERIÓDICA.

LAS MANIFESTACIONES SON:

- REDUCCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL.
- SEQUEDAD DE LA BOCA.
- ENCÍAS INFLAMADAS, EDEMATOSAS, ROJAS Y DOLOROSAS QUE SE DESPRENDEN DE LOS DIENTES Y SANGRA PROFUSAMENTE Y LOS DIENTES ESTÁN MÓVILES.
- LA ENFERMEDAD PERIODONTAL VARÍA DE LEVE A GRAVE Y HAY PÉRDIDA DE HUESO.
- EL AIRE ESPIRADO TIENE EL TÍPICO OLOR DE ACETONA.
- HAY SUSCEPTIBILIDAD AUMENTADA A LAS INFECCIONES DENTALES Y A LA FORMACIÓN DE ABSCE--SOS.
- LA DIABETES NO CAUSA GINGIVITIS O BOLSAS - PERIODONTALES, PERO HAY SIGNOS QUE ALTERAN LA RESPUESTA DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES A LOS IRRITANTES LOCALES, LAS FUERZAS OCLUSALES QUE ACELERA LA PÉRDIDA ÓSEA EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y RETARDA LA CICATRIZA---CIÓN DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

HIPERPARATIROIDISMO:

EL HIPERFUNCIONAMIENTO DE LA GLÁNDULA PARATIROIDES OCASIONA CAVIDADES QUÍSTICAS MULTILOCULADAS EN EL HUESO, ES FRECUENTE ENCONTRAR ESTE TIPO DE CAVIDADES RELACIONADAS CON LAS RAÍCES DENTARIAS, LO QUE PRODUCE MOVIMIENTOS EN LA PIEZA POR DESTRUCCIÓN DEL HUESO DE SOPORTE.

LAS GONADAS:

LA IDENTIFICACIÓN DE DIVERSAS CLASES DE ENFERMEDADES GINGIVALES, CUANDO HAY ALTERACIÓN DE LA SECRECIÓN DE HORMONAS SEXUALES, HA SUSCITADO UN CRECIENTE INTERÉS POR EL EFECTO DE LAS HORMONAS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

LA PUBERTAD:

SE ACOMPAÑA DE UNA RESPUESTA EXAGERADA DE LA ENCÍA A LA IRRITACIÓN LOCAL, INFLAMACIÓN PRONUNCIADA, COLORACIÓN ROJO AZULADA, EDEMA Y AGRANDAMIENTO SON EL RESULTADO DE IRRITANTES LOCALES QUE DE ORDINARIO GENERAN UNA RESPUESTA GINGIVAL LEVE. A MEDIDA QUE SE ACERCA LA EDAD ADULTA, LA INTENSIDAD DE LA REACCIÓN DECRECE,-

INCLUSO, CUANDO SIGUEN ESTANDO LOS IRRITANTES LOCALES CON EL CUIDADO DE LA BOCA SE PUEDE PREVENIR.

MENSTRUACIÓN:

EL CICLO MENSTRUAL NO PRESENTA CAMBIOS GINGIVALES NOTABLES, PERO PUEDE PRESENTARSE ALGÚN PROBLEMA.

DURANTE EL PERÍODO MENSTRUAL, LA FRECUENCIA DE LA GINGIVITIS Y LAS PACIENTES SE QUEJAN DE QUE SUS ENCÍAS SANGRAN Y LAS SIENTEN HINCHADAS EN LOS DÍAS QUE PRECEDEN AL FLUJO MENSTRUAL. EL EXUDADO DE LA ENCÍA INFLAMADA AUMENTA DURANTE LA MENSTRUACIÓN, INDICANDO QUE LA GINGIVITIS SE PRESENTA.

CAPÍTULO IV

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

LA CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PROPORCIONA UNA CLAVE PARA DIFERENCIAR DIVERSOS PROCESOS-PATOLÓGICOS QUE AFECTAN AL PERIODONTO, PARA PROPORCIONAR UN MÁXIMO DE AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

UNA CLASIFICACIÓN NO ES ALGO PERMANENTE, DEBE -- DE ADAPTARSE A LOS CAMBIOS Y DESCUBRIMIENTOS.

SU FUNCIÓN ES LA SEPARACIÓN LÓGICA Y SISTEMÁTICA, ASÍ COMO LA ORGANIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE -- LAS ENFERMEDADES.

GLICKMAN CLASIFICA A LA ENFERMEDAD SOBRE TRES CRITERIOS:

- a) CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
- b) CAMBIOS PATOLÓGICOS.
- c) ETIOLOGÍA.

CLASIFICA A LAS ENFERMEDADES DEL PERIODONTO EN -
DOS GRUPOS:

1.- ENFERMEDADES GINGIVALES:

SON AQUELLAS QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO-
SE LIMITAN A LA ENCÍA.

2.- ENFERMEDADES PERIODONTALES:

ES UNA LESIÓN QUE DESTRUYE A LOS TEJIDOS PERIODON
TALES DE SOPORTE.

ENFERMEDADES GINGIVALES.

I.- GINGIVITIS NO COMPLICADA:

- 1.- GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA.
- 2.- GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.
- 3.- GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA Y OTRAS IN
FECCIONES VIRALES.
- 4.- GINGIVITIS ALÉRGICA.
- 5.- GINGIVITIS INESPECÍFICA.
- 6.- TUBERCULOSIS Y SÍFILIS.
- 7.- MONILIASIS Y OTRAS INFECCIONES FÚNGICAS.
- 8.- PIOESTOMATITIS VEGETANTE.

II.- GINGIVITIS COMBINADA:

- 1.- DERMATOSIS QUE AFECTAN A LA ENCÍA.
 - a) LIGUEN PLANO.
 - b) PÉNFIGO.
 - c) ERITEMA MULTIFORME.
 - d) LUPUS ERITEMATOSO.
- 2.- GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA.
- 3.- GINGIVOESTOMATITIS MENOPÁUSICA CRÓNICA.
- 4.- PENFIGOIDE BENIGNO DE MEMBRANA MUCOSA.

III.- GINGIVITIS CONDICIONADA:

- 1.- GINGIVITIS EN EL EMBARAZO Y PUBERTAD.
- 2.- GINGIVITIS EN LA DEFICIENCIA DE VITAMINA C.
- 3.- GINGIVITIS EN LA LEUCEMIA.

IV.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL:

- 1.- INFLAMATORIO.
- 2.- HIPERPLÁSICO NO INFLAMATORIO.
- 3.- COMBINADO.
- 4.- CONDICIONADO.
- 5.- NEOPLÁSICO.
- 6.- DEL DESARROLLO.

V.- RECESIÓN:

1.- ATROFIA GINGIVAL.

2.- ENFERMEDADES PERIODONTALES:

I.- PERIODONTITIS:

1.- PERIODONTITIS SIMPLE.

2.- PERIODONTITIS COMPUESTA.

II.- PERIODONTOSIS:

1.- PERIODONTOSIS TEMPRANA.

2.- PERIODONTOSIS AVANZADA.

III.- TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

I.- ATROFIA PERIODONTAL:

1.- ATROFIA PRESENIL.

2.- ATROFIA POR DESUSO.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL	HISTOPATOLOGÍA	ETIOLOGÍA
GINGIVITIS NO COMPLICADA		
GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA.	INFLAMACIÓN CRÓNICA.	IRRITACIÓN LOCAL QUÍMICA BACTERIANA.
GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA.	INFLAMACIÓN NECROTIZANTE CON FORMACIÓN DE UNA SEUDOMEMBRANA.	DESCONOCIDA.
GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA Y OTRAS INFECCIONES VIRALES.	INFLAMACIÓN AGUDA CON FORMACIÓN DE VESÍCULAS.	HERPES SIMPLEX Y OTROS VIRUS
GINGIVITIS ALÉRGICA.	INFLAMACIÓN AGUDA CON INTENSA RESPUESTA VASCULAR.	DIVERSOS ALÉRGENOS (POLEN, - ALIMENTOS).
GINGIVITIS INESPECÍFICA.	INFLAMACIÓN CON ULCERACIÓN O SIN ELLA.	IRRITACIÓN LOCAL (QUÍMICA, - MECÁNICA, TÉRMICA).
TUBERCULOSIS Y SÍFILIS.	INFLAMACIÓN GRANULOMATOSA ESPECÍFICA.	BACTERIANA, M. TUBERCULOSIS, - T. PALLIDUM.
MONILIASIS Y OTRAS ENFERMEDADES FÚNGICAS.	INFLAMACIÓN Y ULCERACIÓN CON CAPA SUPERFICIAL GRUESA DE HONGOS.	MICOTICA: MONILIA, ALBICANS Y OTROS HONGOS.
PIOESTOMATITIS VEGETANTE.	HIPERQUERATOSIS Y ACANTOSIS DEL EPITELIO. INFLAMACIÓN GRANULOMATOSA CON ABSCESOS MILIARES ENTEROS.	DESCONOCIDA.
GINGIVITIS COMBINADA.		
DERMATOSIS QUE AFECTAN A LA ENCÍA.	INFLAMACIÓN CRÓNICA CON CUADROS CARACTERÍSTICOS DE LAS DIFERENTES DERMATOSIS.	GENERAL (DESCONOCIDA), MÁS - IRRITACIÓN LOCAL.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES.

TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL	HISTOPATOLOGÍA	ETIOLOGÍA
GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA. (GINGIVOSIS)	ATROFIA EPITELIAL CON DESCAMACIÓN DEGENERACIÓN DE LA MEMBRANA BASAL Y SUSTANCIA FUNDAMENTAL CONECTIVA E INFLAMACIÓN.	GENERAL (DESCONOCIDA, MÁS- IRRITACIÓN LOCAL).
GINGIVESTOMATITIS MENOPÁUSICA- CRONICA (GINGIVITIS ATRÓFICA <u>SE</u> NIL).	ATROFIA EPITALIAL, DEGENERACIÓN - DE LA MEMBRANA BASAL Y SUSTANCIA- FUNDAMENTAL CONECTIVA E INFLAMA- CIÓN.	HORMONAL MÁS IRRITACIÓN <u>LO</u> CAL.
PENFIGOIDE BENIGNO DE MEMBRANA MUCOSA	INFLAMACIÓN CRÓNICA, DEGENERACIÓN EPITELIAL, CON VESÍCULAS SUBEPITE- LIALES; LA HISTOPATOLOGÍA VARÍA.	GENERAL (DESCONOCIDA) MÁS- IRRITACIÓN LOCAL.
GINGIVITIS CONDICIONADA.		
GINGIVITIS EN EL EMBARAZO Y LA PUBER- TAD.	INFLAMACIÓN MÁS VASCULARIZACIÓN - EXAGERADA Y EDEMA.	GENERAL E IRRITACIÓN LOCAL
GINGIVITIS EN LA DEFICIENCIA DE LA - VITAMINA "C".	INFLAMACIÓN MÁS DEGENERACIÓN COLÁ- GENA Y HEMORRAGIA INTERSTICIAL.	GENERAL E IRRITACIÓN LOCAL
GINGIVITIS EN LA LEUCEMIA.	INFLAMACIÓN MÁS INFILTRACIÓN DIFUSA DE LEUCOCITOS PROLIFERANTES.	GENERAL E IRRITACIÓN LOCAL
AGRANDAMIENTO GINGIVAL. INFLAMATORIO.	INFLAMACIÓN AGUDA Y CRÓNICA.	IRRITACIÓN LOCAL (QUÍMICA, MICROBIANA TÉRMICA, MECÁNI
HIPERPLÁSTICO NO INFLAMATORIO	HIPERPLASIA NO INFLAMATORIA DEL EPI- TELIO Y TEJIDO CONECTIVO	DILANTINA HEREDITARIA <u>IDIO</u> PÁTICA.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

TIPO DE ENFERMEDADES	HISTOPATOLOGÍA	ETIOLOGÍA
COMBINADO	HIPERPLASIA DEL EPITELIO Y TEJIDO CONECTIVO MÁS INFLAMACIÓN SOBRE-AGREGADA.	IRRITACION LOCAL SOBREGREGADA AL AGRANDAMIENTO GINGIVAL-NO INFLAMATORIO.
CONDICIONADO.	INFLAMACIÓN MODIFICADA POR AFECIONES GENERALES.	IRRITACIÓN LOCAL MÁS CONDICIONAMIENTO GENERAL HORMONAL (EMBARAZO, PUBERTAD) LEUCEMIA DE FICIENCIA DE VITAMINA C.
NEOPLÁSICO.	FORMACIÓN DE TUMORES.	DESCONOCIDA.
DEL DESARROLLO.	INFLAMACIÓN CRÓNICA.	LOCALIZACIÓN DE LA ENCÍA SOBRE ESMALTE, DURANTE LA ERUPCIÓN- MÁS IRRITACIÓN LOCAL.
RECESION		
ATROFIA GINGIVAL.	DENUDACIÓN DE CEMENTO CON MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL EN DIRECCIÓN AL ÁPICE RADICULAR.	FISIOLÓGICA (ENVEJECIMIENTO)- PATOLÓGICA, TRAUMATISMO MECÁNICO (CEPILLO, RETENEDORES),- POSICIÓN ANORMAL DE DIENTES - COMBINADA CON TRAUMATISMO MECÁNICO, INFLAMACIÓN (ASOCIADA CON IRRITACION LOCAL), POR DE SUSO, IDIOPÁTICA.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

TIPO	HISTOPATOLOGÍA	ETIOLOGÍA
PERIODONTITIS PERIODONTITIS SIMPLE (PERIODONTITIS MARGINAL).	INFLAMACIÓN CRÓNICA DE LA ENCÍA, BOLSAS PERIODONTALES, RESORCIÓN ÓSEA; DESTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y EXFOLIACION DEL DIENTE.	IRRITACIÓN LOCAL
PERIODONTITIS COMPUESTA.	INFLAMACIÓN CRÓNICA; RESORCIÓN DE HUESO ALVEOLAR Y CEMENTO; DESTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO PERIODONTAL COMBINADA CON CAMBIOS VASCULARES, DEGENERATIVOS Y NECRÓTICOS EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL; AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE BOLSAS INFRAÓSEA Y DESTRUCCIÓN ÓSEA ANGULAR (VERTICAL).	IRRITACIÓN LOCAL MÁS DISARMONIA OCLUSAL.
PERIODONTOSIS		
PERIODONTOSIS TEMPRANA.	DEGENERACIÓN NO INFLAMATORIA DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, OSTEOLISIS (EL HUESO SE DESINTEGRA EN SUS COMPONENTES SEPARADOS SIN LA ACCIÓN DE LOS OSTEÓCLASTOS). DISMINUCIÓN EN LA FORMACIÓN DE CEMENTO.	GENERAL (DESCONOCIDA)
PERIODONTOSIS AVANZADA	DEGENERACIÓN NO INFLAMATORIA DE TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE, COMPLICADA POR INFLAMACIÓN O TRAUMA DE LA OCLUSIÓN O AMBOS.	GENERAL (DESCONOCIDA) MÁS IRRITACIÓN LOCAL O DISARMONIAS OCLUSALES O UNA Y OTRAS.
TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.	CAMBIOS DEGENERATIVOS Y NECRÓTICOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE CON TENDENCIA AL-ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL Y RESORCIÓN ÓSEA ANGULAR (VERTICAL).	DISARMONÍA OCLUSAL.

-CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

TIPO	HISTOPATOLOGÍA	ETIOLOGÍA
ATROFIA PERIODONTAL.		
ATROFIA PRESENL.	REDUCCIÓN DE LA ALTURA DEL PERIODONTO.	DESCONOCIDA.
ATROFIA POR DESUSO.	ADELGAZAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, ADELGAZAMIENTO Y DISMINUCIÓN DE LA CANTI- DAD DE FIBRAS PERIODONTALES, ALTERACIÓN - DE LA DISPOSICIÓN DE LOS HACES FIBROSAS - ESPESAMIENTO DEL CEMENTO, REDUCCIÓN DE LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR.	DISMINUCIÓN DE LAS - FUERZAS OCLUSAS Ó AUSENCIA DE ELLAS.

CAPÍTULO V

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

I.- GINGIVITIS.

LA GINGIVITIS ES UNA ENFERMEDAD DE LA ENCÍA EN LA CUAL SE PRESENTA LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL COMO SIGNO CLÍNICO.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE GINGIVITIS SEGÚN SU DISTRIBUCIÓN:

A) LOCALIZADA:

SE LIMITA A LA ENCÍA DE UN SOLO DIENTE O UN GRUPO DE DIENTES.

B) MARGINAL:

AFECTA EL MARGEN GINGIVAL, PERO PUEDE INCLUIR UNA PARTE DE LA ENCÍA INSERTADA CONTIGUA.

C) PAPILAR:

ABARCA LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y CON FRECUENCIA SE EXTIENDE HACIA LA ZONA ADYACENTE DEL MARGEN -- GINGIVAL.

D) DIFUSA:

ABARCA LA ENCÍA MARGINAL, ENCÍA INSERTADA Y PAPI LA INTERDENTARIA.

E) GENERALIZADA:

ABARCA TODA LA CAVIDAD BUCAL.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE GINGIVITIS
SEGÚN SU EVOLUCIÓN Y DURACIÓN:

A) GINGIVITIS AGUDA:

ES DOLOROSA, SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES DE - CORTA DURACIÓN.

B) GINGIVITIS SUBAGUDA:

ES UNA FASE MENOS GRAVE QUE LA AFECCIÓN AGUDA.

C) GINGIVITIS RECURRENTE:

ENFERMEDAD QUE REAPARECE DESPUÉS DE HABER SIDO ELI-
MINADA MEDIANTE TRATAMIENTO O DESAPARECE ESPONTÁNEAMEN-
TE Y REAPARECE.

D) GINGIVITIS CRÓNICA:

SE INSTALA CON LENTITUD, ES DE LARGA DURACIÓN E IN-
DOLORA, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON EXACERBACIONES AGU--
DAS O SUBAGUDAS.

SON MUCHOS LOS FACTORES ETIOLÓGICOS QUE PUEDEN PRO-
DUCIR UNA INFLAMACIÓN GINGIVAL, PUEDEN SER LOCALES O GE-
NERALES, PERO TODA LESIÓN LOCAL QUE CONSTITUYA UNA CAU-
SA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL SERÁ COMBATIDA POR EL POTEN-
CIAL DE RESISTENCIA Y REPARACIÓN DEL PACIENTE, Y SI ---
BIEN, LA LESIÓN LOCAL INICIA LA GINGIVITIS MODIFICADA -
POR LA INTENSIDAD DEL FACTOR CAUSANTE Y TAMBIÉN POR LA-
REPETICIÓN DEL TRAUMATISMO, LA SEVERIDAD DE LA AFECCIÓN
Y EL ASPECTO CLÍNICO ESTÁN REGIDOS Y MODIFICADOS POR LA
CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA RESISTIR Y REPARAR LA LE---
SIÓN OCASIONADA.

DE MODO QUE LA GRAVEDAD DE LA AFECCIÓN DEPENDE DEL

MOMENTO, DE LA EDAD Y DE LOS POTENCIALES DE RESISTENCIA Y REPARACIÓN DEL PACIENTE.

LA LESIÓN MARGINAL EXISTE EN LA ENCÍA, PERO CON EL TIEMPO LA REACCIÓN INFLAMATORIA AUMENTA Y SE PROFUNDIZA EN EL TEJIDO GINGIVAL A TRAVES DE LA ENCÍA INSERTADA -- DESDE TODA LA PAPILA INTERDENTARIA HASTA EL HUESO ALVEOLAR. LA LESIÓN AVANZA POR LOS VASOS LINFÁTICOS HASTA EL TEJIDO GINGIVAL Y LA MÉDULA ÓSEA.

EL HUESO ALVEOLAR SE REABSORBE Y SE PRODUCE UNA -- PÉRDIDA GRADUAL DEL ALVÉOLO.

LA FUNCIÓN DE LA INFLAMACIÓN ES LOCALIZAR E INTENTAR ELIMINAR EL IRRITANTE Y SUS PRODUCTOS.

SIN EMBARGO, YA QUE POR REGLA GENERAL EL IRRITANTE ES PERMANENTE (CÁLCULO) LA INFLAMACIÓN PERSISTE COMO UN PROCESO CRÓNICO DE POCA INTENSIDAD.

LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA PUEDE SER AGUDA O CRÓNICA, FRECUENTEMENTE SE DEBE A TRAUMATISMOS CAUSADOS POR ALIMENTOS IMPACTADOS, O ABRASIÓN CAUSADA POR EL CEPILLO DENTAL, ETC.

EL TEJIDO GINGIVAL SANA RAPIDAMENTE, PERO SI EL --
IRRITANTE OBRA REPETIDAMENTE Y CAUSA UNA LESIÓN AGUDA, -
SE PRODUCIRÁ UNA DESINTEGRACIÓN DEL TEJIDO.

LA GINGIVITIS, GENERALMENTE SE CONOCE POR LAS ALTE-
RACIONES EN LA ENCÍA MARGINAL Y LAS PAPILAS INTERDENTA-
RIAS. LOS CAMBIOS DE COLOR, TEXTURA Y DE CONSISTENCIA
SON SIGNOS TEMPRANOS IMPORTANTES; MÁS APARECE LA INFLA-
MACIÓN Y LA HIPERPLASIA GINGIVAL.

LA ENCÍA PIERDE SU COLOR CAMBIANDO DESDE EL ROJO -
HASTA VARIOS TONOS DE ROJO Y MAGENTA.

EXISTE CAMBIO EN LA TEXTURA, HAY PÉRDIDA DEL PUN--
TEADO, PRESENTA UN ASPECTO BRILLANTE LISO, EDEMA, HAY -
ULCERACIÓN DEL EPITELIO; SANGRADO Y EXUDADO.

RETRACCIÓN DEL MARGEN GINGIVAL, PÉRDIDA DEL TEJIDO
INTERDENTAL, HENDIDURA Y FESTONES.

COMO REGLA GENERAL, EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD ES
LENTO, PERO TARDE O TEMPRANO LA ENCÍA REVELA CAMBIOS, -
EN OCASIONES, LA INFLAMACIÓN QUEDA CIRCUNSCRITOS A LA -
REGIÓN MARGINAL SIN ATACAR AL RESTO DE LA ENCÍA INSERTA

DA, Y PUEDE VERSE UN FESTONEADO NETO. ESTA LESIÓN PUEDE PERMANECER INACCESIBLE POR GRANDES PERÍODOS DE TIEMPO SIN EMPEORAMIENTO CLÍNICO.. SIN EMBARGO, TAMBIÉN SE OBSERVAN CASOS DE AGRAVACIÓN RÁPIDA. LA LESIÓN GINGIVAL PUEDE ESTAR LIMITADA A LA REGIÓN MARGINAL POR CORTO TIEMPO, EXTENDIÉNDOSE HASTA LA ENCÍA INSERTADA; ENTONCES NO SE PRESENTAN ZONAS DE DEMARCACIÓN ENTRE LA ENCÍA INSERTADA Y LA MUCOSA ALVEOLAR.

EL SANGRADO ES UN SIGNO IMPORTANTE A LA GINGIVITIS POR ELLO EL PACIENTE PUEDE QUEJARSE DE SANGRADO DURANTE EL CEPILLADO Y LAS COMIDAS, EN OCASIONES, LA SOLA PRESIÓN DE LOS LABIOS, DE LA ALMOHADA DURANTE EL SUEÑO CAUSA HEMORRAGIA.

CON FRECUENCIA PUEDE EXPULSARSE UN EXUDADO DE LA BOLSA A LA SOLA PRESIÓN DEL DEDO, ESTO INDICA QUE EL EXUDADO PURULENTO PASÓ A TRAVÉS DEL INTERSTICIO DEL EPITELIO, HASTA EL ESPACIO DE LA BOLSA, Y SE DEBE PRINCIPALMENTE A LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO CONJUNTIVO DEL CORIÓN GINGIVAL.

II.- AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL ES UNA CONSECUENCIA DE -
INFLAMACIONES CRÓNICAS O AGUDAS. SE CLASIFICAN SEGÚN -
SU PATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA.

a) AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRÓNICO LOCALIZADO O GE--
NERALIZADO:

COMIENZA CON UN ABULTAMIENTO LEVE DE LA PAPILA IN-
TERDENTARIA, LA ENCÍA MARGINAL O AMBAS, EN LOS PRIMEROS
ESTADIOS SE PRODUCE UN ABULTAMIENTO EN FORMA DE SALVAVI
DAS ALREDEDOR DEL DIENTE AFECTADO. ESTE ABULTAMIENTO-
AUMENTA DE TAMAÑO HASTA QUE CUBRE PARTE DE LAS CORONAS,
SU CRECIMIENTO ES LENTO E INDOLORO, SALVO QUE SE COMPLI
QUE CON TRAUMA O CON UNA INFECCIÓN AGUDA, POR LO GENE--
RAL ES PAPILAR O MARGINAL.

b) AGRANDAMIENTO CIRCUNSCRITO:

EN OCASIONES, EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EVOLUCIONA
COMO UNA MASA CIRCUNSCRITA, SÉSIL O PEDICULADA QUE SE -
ASEMEJA A UN TUMOR, PUEDE LOCALIZARSE EN EL MARGEN GIN
GIVAL O INTERPROXIMAL O EN LA ENCÍA INSERTADA, ES DE --
CRECIMIENTO LENTO, POR LO GENERAL INDOLORO, EN OCASIO--
NES SE PRODUCE LA ULCERACIÓN DOLOROSA DEL PLIEGUE ENTRE
LA MASA Y LA ENCÍA ADYACENTE.

c) AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO AGUDO:

ABSCESO GINGIVAL, ES UNA LESIÓN LOCALIZADA DOLOROSA, DE EXPANSIÓN RÁPIDA, QUE POR LO GENERAL SE INSTALA RÁPIDAMENTE. SE LIMITA AL MARGEN GINGIVAL O A LA PAPI LA INTERDENTARIA. EN LOS PRIMEROS ESTADIOS SE PRESENTA COMO UNA HINCHAZÓN ROJA, CUYA SUPERFICIE ES LISA Y BRILLANTE, ENTRE LAS 24 y 48 HORAS LA LESIÓN ES FLUCTUANTE Y PUNTIAGUDA, CON UN ORIFICIO EN LA SUPERFICIE, DEL CUAL PUEDE SER EXPULSADO UN EXUDADO PURULENTO, LOS DIENTES VECINOS SON SENSIBLES A LA PERCUSIÓN.

III.- AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSTICO NO INFLAMATORIO.

a) ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON DILANTINA:

LA LESIÓN PRIMARIA COMIENZA CON UN AGRANDAMIENTO INDOLORO, PERIFÉRICO EN EL MARGEN GINGIVAL VESTIBULAR, LINGUAL Y EN LAS PAPILAS INTERDENTARIAS, A MEDIDA QUE LA LESIÓN AVANZA, LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES Y PAPI LARES SE UNEN Y SE TRANSFORMAN EN UN REPLIEGUE MACIZO DE TEJIDO QUE CUBRE UNA PARTE DE LA CORONA E INTERPONIÉNDOSE A LA OCLUSIÓN. LA LESIÓN PRESENTA UNA FORMA DE MORA, ES FIRME DE COLOR ROSA PÁLIDO Y RESISTENTE, CON UNA SUPERFICIE FINAMENTE GUIJARROSA.

EN CASOS AVANZADOS, LOS DIENTES ESTÁN CASI CUBIERTOS Y EL AGRANDAMIENTO SE PROYECTA HACIA LA CAVIDAD BUCAL, LAS ALTERACIONES INFLAMATORIAS SECUNDARIAS SON COMUNES EN EL MARGEN GINGIVAL.

IV.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL COMBINADO.

SE PRESENTA CUANDO LA HIPERPLASIA SE COMPLICA CON ALTERACIONES GINGIVALES. LA HIPERPLASIA GINGIVAL, --- CREA CONDICIONES FAVORABLES PARA LA ACUMULACIÓN DE PLACA AL ACENTUAR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO GINGIVAL, AL ENTORPECER LAS MEDIDAS HIGIÉNICAS, LAS ALTERACIONES DE TAMAÑO DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL PRE-EXISTENTE.

V.- AGRANDAMIENTOS CONDICIONADOS.

ESTA LESIÓN OCURRE CUANDO EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE ES TAL, QUE EXAGERA O DEFORMA LA RESPUESTA COMÚN DE LA ENCÍA A LOS IRRITANTES Y PRODUCE MODIFICACIONES - CORRESPONDIENTES A LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS CRÓNICA.

- a) AGRANDAMIENTO HORMONAL. AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO:
GENERALIZADO Y TIENDE A SER MAS PROMINENTE EN ZONAS INTERPROXIMALES, QUE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULA--

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RES Y LINGUALES, LA ENCÍA ES ROJA BRILLANTE O MAGENTA,--
BLANDA DE SUPERFICIE LISA BRILLANTE, SANGRA EXAGERADA--
MENTE A UNA PROVOCACIÓN LEVE.

EL AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO, SE PRESENTA CON UN-
ASPECTO TUMORAL, EL CUAL ES UNA MASA CIRCUNSCRITA, AFLA-
NADA, SEMEJANTE A U HONGO QUE HACE PROTUSIÓN DESDE EL -
MARGEN GINGIVAL, UNIDO A UNA BASE SÉSIL O PEDICULADO, -
TIENDE A EXPANDIRSE EN SENTIDO LATERAL, ES DE COLOR RO-
JO OSCURO, DE SUPERFICIE ROJA BRILLANTE. ES UNA LE---
SIÓN SUPERFICIAL Y NO INVAD E EL HUESO SUBYACENTE, ES IN-
DOLORA SALVO QUE SU TAMAÑO Y FORMA SEAN TAL QUE INTER--
FIERA EN LA OCLUSIÓN.

b) AGRANDAMIENTO DE LA PUBERTAD:

EL AGRANDAMIENTO ES MARGINAL, LOCALIZADO O GENERA-
LIZADO. APARECE COMO UN AGRANDAMIENTO DIFUSO DE LA MU-
COSA GINGIVAL, UNA SOBRE-EXTENSION EXAGERADA DE LA EN--
CÍA MARGINAL, O UNA MÁS A INTERPROXIMAL CIRCUNSCRITA DE
ASPECTO TUMORAL, LA ENCÍA ES ROJA AZULADA, Y DE SUPERFI-
CIE BRILLANTE. LA CONSISTENCIA ES MODERADAMENTE FIRME
HAY TENDENCIA A LA HEMORRAGIA ESPONTÁNEA O A IRRITACIÓN
LEVE.

VI.- PERIODONTITIS:

ES UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA CAUSADA PRINCIPALMENTE POR FACTORES IRRITATIVOS LOCALES, QUE DAN POR RESULTADO LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE, SE ESTIMA QUE ES UNA SECUELA DE LA GINGIVITIS QUE HA AVANZADO Y QUE NO HA SIDO TRATADA. EL PROCESO INFLAMATORIO AVANZA APICALMENTE Y A LA APÓFISIS ALVEOLAR, HAY MIGRACIÓN APICAL DE LA INSERCIÓN EPITELIAL, CON FORMACIÓN DE BOLSAS PERIODONTALES SUPRAÓSEAS E INFRAÓSEAS, LO CUAL SE PUEDE VER TRANSLUCIDEZ MARGINAL EN LAS CRESTAS ALVEOLARES Y CON LA DESTRUCCIÓN DEL PERIODONTO APARECE MOVILIDAD DEL DIENTE O DIENTES AFECTADOS.

LOS CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA ENCÍA DEPENDEN DE LA CRONICIDAD DE LA LESIÓN DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS.

POR LO GENERAL ESTA LESIÓN AFECTA A TODA LA DENTICIÓN, EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS SE PUEDE LOCALIZAR EN UNA O DOS ZONAS DENTARIAS, DEPENDIENDO DE LOS FACTORES CAUSANTES. LAS BOLSAS SON SUPERFICIALES O MODERADAMENTE PROFUNDAS, PUEDE CIRCUNDAR AL DIENTE O ESTÁ LIMITADO A UNA SOLA SUPERFICIE, SE OBSERVA GRAN CANTIDAD DE TÁRTARO DENTARIO SUPRA O SUBGINGIVAL Y PUEDE PRESENTAR EXUDA-

DO PURULENTO.

EN CASOS AVANZADOS, LAS PAPILAS INTERDENTARIAS ADQUIEREN UN ASPECTO BULBOSO Y TOMAN UN COLOR ROJO PÚRPURA EL TÁRTARO Y LOS RESIDUOS ALIMENTICIOS PUEDEN OCUPAR LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS.

LA PERIODONTITIS SIMPLE PUEDE SER INDOLORA, PERO SE PUEDEN ENCONTRAR SÍNTOMAS COMO:

- a) SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS TÉRMICOS, A LOS ALIMENTOS Y A LA PERCUSIÓN, COMO CONSECUENCIA DE LA DENUDACIÓN DE LAS RAÍCES.
- b) DOLOR IRRADIADO, PROFUNDO Y SORDO DURANTE LA MASTICACIÓN Y DESPUÉS DE ELLA, CAUSADO POR EL ACUÑAMIENTO FORZADO DE LOS ALIMENTOS DENTRO DE LAS BOLSAS PERIODONTALES.
- c) SÍNTOMAS AGUDOS Y DOLOR PUNZANTE Y SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN, PROVENIENTE DE ABSCESOS PERIODONTALES O DE GINGIVITIS ULCERONECROZANTE AGUDA O SUBAGUDA.
- d) SÍNTOMAS PULPARES, COMO SENSIBILIDAD A LOS DUL-

GES, CAMBIOS TÉRMICOS O DOLORES PUNZANTES, COMO CONSECUENCIA DE PULPITIS QUE SE ORIGINAN EN LA DESTRUCCIÓN DE LA SUPERFICIE RADICULAR POR ACCIÓN DE LA CARIES.

LA PERIODONTITIS COMPUESTA TIENE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA SIMPLE, ÚNICAMENTE QUE ÉSTA TIENE MÁS FRECUENCIA DE BOLSAS INFRAÓSEAS Y PÉRDIDA ÓSEA ANGULAR, MÁS QUE HORIZONTAL, LA MOVILIDAD DENTARIA TIENDE A SER MÁS INTENSA.

VII.- PERIODONTOSIS:

CLÍNICAMENTE LA PERIODONTOSIS, ES UNA ENFERMEDAD DEL APARATO DE INSERCIÓN Y ALOJAMIENTO ALVEOLAR, ÉSTA ES UNA ENFERMEDAD RARA, SE OBSERVA PRINCIPALMENTE EN PERSONAS JÓVENES, YA QUE LA EDAD DE MAYOR INCIDENCIA ES LA DE LOS 20 AÑOS.

ES UNA LESIÓN INDOLORA, A VECES PUEDE PRESENTAR SÍNTOMAS SIMILARES A LOS DE LA PERIODONTITIS.

SE CARACTERIZA POR AFLOJAMIENTO Y MIGRACIÓN DENTARIA SIN FACTORES RESPONSABLES APARENTES EN EL MEDIO BU-

GAL. EN LA FASE INICIAL PUEDE O NO EXISTIR MODIFICACIÓN GINGIVAL, PERO SON DE TAL NATURALEZA QUE NO ES POSIBLE ATRIBUIRLE EL AFLOJAMIENTO DE LOS DIENTES.

ÉSTA LESIÓN ES ASINTOMÁTICA EN SU ETAPA INICIAL, -- POR LO CUAL NO ES POSIBLE DETECTARLA A TEMPRANA ETAPA, -- OCASIONALMENTE SE ENCUENTRA LA LESIÓN INCIPIENTE. NO -- SE OBSERVA TÁRTARO Y LA DISPOSICIÓN DE LA ENCÍA ES NORMAL, LOS DIENTES MUESTRAN CAMBIOS DE ACOMODAMIENTO COMO SI ESTUVIERAN DESPLAZANDO DE SU POSICIÓN, ESTO ES MÁS NOTABLE EN LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA ARCADE DENTAL, DONDE LOS DIENTES TIENEN MAYOR LIBERTAD DE MOVIMIENTO.

HAY UNA TENDENCIA MARCADA A LA PROTUSIÓN Y EXTRUSIÓN CON CIERTA ROTACIÓN.

EN LA REGIÓN POSTERIOR, LOS DIENTES PIERDEN CONTACTO ENTRE SÍ, SE PUEDE ENCONTRAR UN ESPACIO ENTRE EL SEGUNDO PREMOLAR Y EL PRIMER MOLAR, O ENTRE EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR. LOS DIENTES QUE MAYOR MOVIMIENTO TIENEN SON LOS INCISIVOS Y MOLARES.

A SIMPLE VISTA EL TEJIDO GINGIVAL PARECE BIEN ADHERIDO A LA SUPERFICIE DENTAL, MUCHAS VECES ES POSIBLE HA-

LLAR BOLSAS PROFUNDAS Y ESTRECHAS DEL LADO DE LA REABSOR-
CIÓN ÓSEA. EL TEJIDO QUE CIRCUNDA LAS BOLSAS PUEDE NÓ-
MOSTRAR SIGNOS DE INFLAMACIÓN, PERO CUANDO SE SONDEA EL-
TEJIDO SE LO SEPARA CON FACILIDAD DE LA SUPERFICIE DEN--
TAL. LA HEMORRAGIA NO ES SIGNO CARACTERÍSTICO DE LA PE-
RIODONTOSIS.

YA AVANZADO EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD PUEDE MOS--
TRAR MODIFICACIONES MARGINALES NOTORIAS COMO: INFLAMA---
CIÓN GINGIVAL PROGRESIVA, TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, PROFUN-
DIZACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y MAYOR PÉRDIDA ---
ÓSEA. ESTA ES LA ETAPA QUE GENERALMENTE SE LE OBSERVA;
SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE PERIODONTOSIS AVANZADA O -
SÍNDROME PERIODONTAL.

CAPÍTULO VI

IMPORTANCIA DE LA ERUPCIÓN DENTARIA DENTRO DE LAS EN- FERMEDADES PARODONTALES

SE INCLUYE EN ESTE TEMA LA ERUPCIÓN DENTARIA TAN TO TEMPORAL COMO PERMANENTE PARA ESTABLECER LA IMPOR- TANCIA QUE EXISTE EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES PA RODONTALES, OCASIONANDO ANOMALÍAS Y ERUPCIONES TAR--- DÍAS DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

DURANTE EL PERIODO DE TRANSICIÓN DEL DESARROLLO- DE LA DENTICIÓN, EN LA ENCÍA SE PRODUCEN CAMBIOS CO-- RRESPONDIENTES A LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANEN- TES, POR LO TANTO ES IMPORTANTE RECONOCER ESTOS CAM-- BIOS FISIOLÓGICOS Y DIFERENCIARLOS DE LAS ENFERMEDA-- DES GINGIVALES QUE MUCHAS DE LAS VECES ACOMPAÑAN A LA ERUPCIÓN DENTARIA.

ES DIFÍCIL IMAGINARSE UNA ENFERMEDAD PARODONTAL-

EN LA INFANCIA Y MÁS DIFÍCIL CONSIDERAR FACTORES DAÑI
NOS DEL PERIODONTO ANTES DE LA ERUPCIÓN.

TAMBIÉN LAS ENFERMEDADES Y TRAUMAS FÍSICOS PUE--
DEN CREAR EN ESTOS MOMENTOS DEFECTOS EN LAS ERUPCIO--
NES, LOS CUALES INDIRECTAMENTE PUEDEN PROMOVER ENFER--
MEDADES PARODONTALES COMO CONSECUENCIA.

ACTUALMENTE LA ODONTOLOGÍA HA AVANZADO, EXISTIEN
DO TRATAMIENTOS EFICACES PARA RESTAURAR LAS LESIONES--
OCASIONADAS MUCHAS VECES POR IATROGENIAS, SIENDO FAC--
TORES ETIOLÓGICOS PARA QUE SE DESARROLLE LA ENFERME--
DAD PARODONTAL. SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, DEBEMOS --
TRATAR DE CONSERVAR LOS DIENTES PRIMARIOS HASTA QUE --
TENGAN QUE SER REEMPLAZADOS POR LOS PERMANENTES. POR
LO TANTO, A CONTINUACIÓN MENCIONAREMOS ALGUNAS ENFER--
MEDADES LOCALES Y GENERALES QUE SE ASOCIAN CON LAS EN
FERMEDADES PARODONTALES, ACTUANDO SOBRE LA ERUPCIÓN -
DENTARIA POR INFLUENCIAS DAÑINAS ANTES, DURANTE Y DES
PUÉS DE LA ERUPCIÓN.

I.- INFLUENCIAS PRE-ERUPTIVAS.

1.- HIPORIROIDISMO:

ESTA ENFERMEDAD CAUSA UNA ERUPCIÓN LENTA Y RETRA

SO EN LA EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS, CAUSANDO INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA GINGIVAL.

2.- HIPERTIROIDISMO:

EN LOS NIÑOS OCASIONA UN AUMENTO CON ERUPCIÓN -- TEMPRANA DE DIENTES PERMANENTES, ADEMÁS DE LA PRONTA-PÉRDIDA DE DIENTES PRIMARIOS.

3.- HIPOPITUITARISMO:

OCASIONA UNA ERUPCIÓN TARDÍA Y APIÑONAMIENTO DE-LOS DIENTES, PROVOCANDO ROTACIONES Y MALPOSICIONES DE LOS DIENTES.

4.- SÍFILIS CONGÉNITA:

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD-PRESENTAN PROBLEMAS PARODONTALES EN AÑOS POSTERIORES.

PRESENTANDO HIPOPLASIA DEL ESMALTE, OCASIONANDO-RETENCIÓN DE PLACA.

5.- XANTOMATOSIS GENERALIZADA:

ENFERMEDAD POCO COMÚN EN LA NIÑEZ. LA MAYOR --

PARTE DE LOS CASOS OCURREN ANTES DE LOS 6 AÑOS DE EDAD Y LA MAYORÍA SON FATALES. LOS DIENTES PRIMARIOS TIENEN A CRECER NORMALMENTE, EXISTIENDO GINGIVITIS, SANGRADO Y DOLOR AL TACTO EN LA ENCÍA, COMO UNA DESVIACIÓN DE LOS DIENTES, DEBIDO A LA PÉRDIDA DEL HUESO DE SOPORTE.

6.- AVITAMINOSIS:

LOS TEJIDOS BUCALES SON FRECUENTEMENTE LOS PRIMOS EN PRESENTAR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.

UNA DEFICIENCIA DE VITAMINA A, C o D, AFECTA PRINCIPALMENTE EL DESARROLLO DE HUESOS Y DIENTES Y UNA DEFICIENCIA DE VITAMINA B, MANIFIESTA EN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL.

7.- TRAUMA:

EL TRAUMA FÍSICO O QUÍMICO DE UN GOLPE O UN ABSCESO PUEDE ALTERAR LA MORFOLOGÍA Y EL PATRÓN DE ERUPCIÓN DE UN DIENTE.

II.- INFLUENCIAS DE LA ERUPCIÓN.

1.- GINGIVITIS DE LA ERUPCIÓN:

ESTA ENFERMEDAD PUEDE ESTAR ASOCIADA CON LA ERUPCIÓN DENTARIA, FORMÁNDOSE ALREDEDOR DEL DIENTE EN ERUPCIÓN.

2.- ALTERACIONES PASIVAS DE LA ERUPCIÓN:

EL TEJIDO GINGIVAL SE ENCUENTRA LOCALIZADO SOBRE LA SUPERFICIE CORONAL DEL ESMALTE, A LA ALTURA DEL CON TORNO DE LA CORONA.

3.- FIBROMATOSIS JUVENIL:

SE INICIA CON LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES O PERMANENTES Y AUMENTA CON LA EDAD. LA ERUPCIÓN DEL DIENTE SE RETARDA, SE CARACTERIZA POR TEJIDO GINGIVAL HIPERPLÁSTICO CUBRIENDO UNA GRAN PORCIÓN DE LOS DIENTES.

4.- GINGIVITIS:

ES LA LESIÓN MÁS COMÚN EN NIÑOS. LA LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE ES A NIVEL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES. LA FORMA AGUDA DE GINGIVITIS ES MÁS CO

MÚN EN NIÑOS.

a) GINGIVITIS DE LA ERUPCIÓN:

LA ENFERMEDAD PUEDE ESTAR ASOCIADA CON LA ERUPCIÓN DENTARIA FORMANDOSE ALREDEDOR DEL DIENTE.

b) GINGIVITIS DEBIDA A LA EXFOLIACIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS:

LA CORONA MÓVIL DE UN DIENTE PRIMARIO SE VUELVE-IRRITANTE POR TRAUMATISMO AL TEJIDO CIRCUNDANTE EN -- CUANTO EL DIENTE CAE, LA GINGIVITIS DESAPARECE.

c) GINGIVITIS A LA ORTODONCIA:

UNA BANDA MAL COLOCADA PUEDE ATRAPAR MATERIA ALBA Y PLACA, POR LO TANTO, CAUSAN EL DAÑO DE GINGIVITIS.

d) GINGIVITIS POR RESPIRACIÓN BUCAL:

LA RESPIRACIÓN CONSTANTE SECA LOS TEJIDOS GINGIVALES DE LOS DIENTES ANTERIORES Y PROVOCA UNA IRRITACIÓN PARA OCASIONAR INFLAMACIÓN GINGIVAL.

e) GINGIVITIS ASOCIADA CON HIGIENE DEFICIENTE:

ES BASTANTE COMÚN CAUSADA POR IGNORANCIA DE LOS PADRES Y EL PACIENTE, POR INEFICACIA DE UNA HIGIENE DENTAL-ADECUADA; PRESENTA GINGIVITIS POR ACUMULACIÓN DE LA PLACA DENTOBACTERIANA.

f) GINGIVITIS ASOCIADA CON OPERATORIA DENTAL:

LA SOBREOBTURACIÓN DE AMALGAMA, CORONAS DE ACERO, --- ETC., PUEDE SER CAUSA DE PROBLEMAS PARODONTALES.

g) GINGIVITIS EN PIEZAS MAL COLOCADAS:

CUANDO UNA PIEZA ESTÁ EN MAL POSICIÓN, LA ENCÍA QUE-RODEA TRATA DE PROTEGER A LAS ESTRUCTURAS SUBYACENTES --- ADAPTÁNDOSE, OCACIONANDO ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS.

5.- FACTORES HEREDITARIOS.

a) SÍNDROME DE DOWN:

ENFERMEDAD GENÉTICA, SE HA OBSERVADO QUE LA ENFERMEDAD PARODONTAL ES MUY FRECUENTE EN ESTOS PACIENTES. EL DAÑO SE DEBE A LA FALLA DE HIGIENE ORAL Y A UNA ATENCIÓN-DENTAL POBRE.

III.- INFLUENCIAS POST-ERUPTIVAS.

1.- FACTORES SISTEMÁTICOS:

a) DIABETES MELLITUS:

PARECE SER UNA ENFERMEDAD CUYO EFECTO EN EL PARODONTO ES GENERALMENTE ACEPTADA. AL PARECER POR UNA FALTA - DE RESISTENCIA A AGENTES IRRITANTES LOCALES CON EL RESULTADO DE ENFERMEDADES PARODONTALES.

2.- EPILEPSIA:

LA ENFERMEDAD NO AFECTA LAS ESTRUCTURAS ORALES, PERO SI SU TRATAMIENTO CON EL DILANTIL SÓDICO QUE SE PRESCRIBE AFECTANDO MUCOSAS ORALES. LA ENCÍA SE VUELVE HIPERPLÁSICA Y LOBULADA.

b) ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS.

1.- ANEMIA ERITBLÁSTICA:

LOS SÍNTOMAS ORALES DE ESTA ENFERMEDAD SON GRAN DESARROLLO DE LOS MAMELONES INCISALES, ESMALTE PROMINENTE Y - LENGUA GEOGRÁFICA.

2.- LEUCEMIA:

LA MUCOSA GINGIVAL SE AGRANDA, SANGRA Y HAY ÁREAS NECROSADAS ALREDEDOR DE LOS CUELLOS DE LOS DIENTES.

c) FACTORES LOCALES.

1.- GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA:

LOS SÍNTOMAS INICIALES DE ESTA ENFERMEDAD VIRAL EN -
NIÑOS SON:

- BOCA ADOLORIDA.
- SALIVACIÓN AUMENTADA Y TEMPERATURA.
- MUESTRA VESÍCULAS EN EL EXAMEN ORAL.

2.- GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

PRESENTA TEMPERATURA ELEVADA, HALITOSIS, DOLOR EN TE
JIDOS GINGIVALES, NECROSIS DE LAS PAPILAS INTERDENTALES -
RECUBIERTOS POR UNA PSEUDOMEMBRANA GRIS.

CAPÍTULO VII

TÉCNICAS PROFILÁCTICAS QUE SE LLEVAN A CABO PARA PREVENIR - LA ENFERMEDAD PARODONTAL

ADEMÁS DEL EMPLEO DE DIETAS Y FLUORUROS PARA CONTROLAR LA DESTRUCCIÓN DENTAL, EL ODONTÓLOGO TIENE A SU ALCANCE OTROS PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS Y OPERATORIOS.

ES PRECISO EDUCAR AL PACIENTE Y QUE COMPRENDA QUE ES LA ENFERMEDAD PARIODONTAL, CUALES SON SUS EFECTOS, MENCIONARLE QUE TODAS LAS PERSONAS SOMOS PROPENSAS A PADECERLA Y DECIRLE QUE PUEDE HACER PARA PROTEGERSE.

DEBE SER MOTIVADO PARA QUE DESEE MANTENER LIMPIA SU BOCA, PARA SU BENEFICIO PROPIO.

HIGIENE BUCAL.

LA LIMPIEZA DENTAL PUEDE REALIZARLA EL ODONTÓLOGO COMO PROCEDIMIENTO DE CONSULTORIO, O PUEDE REALIZARLA EL PACIENTE COMO TRATAMIENTO SISTEMÁTICO EN SU HOGAR.

EN EL PRIMER CASO, LA TÉCNICA EMPLEA INSTRUMENTOS MANUALES Y CEPILLOS MECÁNICOS O COPAS CON ABRASIVOS LEVES, A INTERVALOS DE TIEMPO DE TRES A SEIS MESES.

EN EL SEGUNDO PROCEDIMIENTO SE INCLUYE EL USO DE UN CEPILLO DE DIENTES Y PASTA DENTRÍFICA JUNCO CON SEDA DENTAL Y ENJUAGUES BUCALES. ESTOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN EMPLEARSE EN PARTE O COMPLETAMENTE HASTA CUATRO O CINCO VECES AL DÍA.

LOS EFECTOS DE CADA UNO DE ESTOS PROCEDIMIENTOS EN LA CARIES DENTAL LOS DISCUTIREMOS CON FRECUENCIA.

PROFILAXIA EN EL CONSULTORIO:

GENERALMENTE, SE CONCEDE QUE LA PROFILAXIA DEL CONSULTORIO DENTAL TIENE IMPORTANCIA MÍNIMA O NULA PARA CONTROLAR LA DESTRUCCIÓN DENTAL RADICA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PERIODONTALES.

ÉSTA AFIRMACIÓN ESTÁ APOYADA POR HALLAZGOS OBSERVADOS EN MÁS DE MIL PACIENTES QUE RECIBIERON PROFILAXIA Y EXAMEN CADA TRES O CUATRO MESES DURANTE PERÍODOS DE 1 a 15 AÑOS. ESTE ESTUDIO COMPRENDÍA 121 NIÑOS DE EDAD ESCOLAR.

NO SE OBSERVÓ REDUCCIÓN EN SU PATRÓN DE CARIES -
DENTAL ATRIBUIBLE A PROFILAXIA DENTAL PERIÓDICA.

CEPILLADO DE DIENTES:

EXISTE EVIDENCIA CONSIDERABLE DE QUE EL CEPILLADO DENTAL CON DENTRÍFICO NEUTRO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LAS COMIDAS ES UN MEDIO EFICAZ PARA LIMITAR LA CARIES DENTAL.

LOS HALLAZGOS DEMOSTRADOS; APOYAN LA CREENCIA DE QUE CEPILLAR LOS DIENTES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LAS COMIDAS REDUCE LA DESTRUCCIÓN DENTAL APROXIMADAMENTE 50%, UNO DE LOS IMPEDIMENTOS MAYORES PARA EMPLEAR EFICAZMENTE EL CEPILLADO DENTAL PARA CONTROLAR LA CARIES DENTAL Y POR CONSIGUIENTE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES ES EL ALTO GRADO DE COOPERACIÓN REQUERIDO DEL PACIENTE.

EN UN ESTUDIO REALIZADO, MUY POCAS PERSONAS CEPILLABAN SUPERFICIES QUE NO FUERAN BUCAL Y LABIAL, Y EN UN LAPSO DE TIEMPO MENOR AL ACONSEJADO POR EL ODONTÓLOGO, LAS CIFRAS PARA NIÑOS SON AÚN MÁS DESALENTADORAS. SE HA DEMOSTRADO QUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS -

MENORES DE 5 AÑOS SE CEPILLABAN MENOS DE 20 SEGUNDOS, Y LAS ÚNICAS ZONAS CEPILLABLES FAVORECIDAS SON LAS SUPERFICIES LABIALES Y OCLUSALES DE LOS MOLARES INFERIORES. ES INTERESANTE OBSERVAR QUE LA FUERZA APLICADA POR LOS NIÑOS ES SIMILAR A LA APLICADA POR ADULTOS.

PODEMOS FÁCILMENTE COMPRENDER QUE LA EFICACIA -- DEL CEPILLADO DENTAL PARA LIMPIAR DENTADURAS SE VERÁ -- AMPLIAMENTE INFLUÍDA POR EL DISEÑO DEL CEPILLO Y LA -- TÉCNICA DEL CEPILLADO.

LOS TIPOS DE CEPILLOS DENTALES SON DE DIVERSOS -- TAMAÑOS, DISEÑOS, DUREZA, LONGITUD Y DISTRIBUCIÓN DE -- LAS CERDAS. LA FINALIDAD DEL CEPILLO ES LA DE LIM -- PIAR EFICAZMENTE Y PROPORCIONAR ACCESIBILIDAD A TODAS -- LAS ÁREAS DE LA BOCA, ES POR ESO QUE EL TAMAÑO DEL -- MANGO DEBE DE SER DE TAL FORMA QUE SE PUEDA AGARRAR -- FIRMEMENTE PARA QUE SE DOBLE FÁCILMENTE CON EL USO.

LA CABEZA DEBERÁ SER LO BASTANTE PEQUEÑA PARA -- QUE SE PUEDA INTRODUCIR FÁCILMENTE A LA BOCA; Y LO -- BASTANTE GRANDE PARA QUE CUBRA VARIAS SUPERFICIES DE -- VARIOS DIENTES A LA VEZ.

LA ELECCIÓN DEL CEPILLO ES CUESTIÓN DE PREFERENCIA PERSONAL, LA MANIPULACIÓN FÁCIL POR PARTE DEL PACIENTE ES UN FACTOR IMPORTANTE EN LA ELECCIÓN DEL CEPILLO.

LA CABEZA IDEAL DEL CEPILLO DEBE TENER 2.5 a 3 cms. DE LARGO POR 0.75 a 1.0 cms. DE ANCHO DE 3 a 5 HILERAS DE CERDAS Y DE 5 a 10 PENACHOS POR HILERA.

LOS PENACHOS BIEN ACOPLADOS PERMITEN UNA FÁCIL LIMPIEZA DEL MISMO Y SU RÁPIDO SECADO DESPUÉS DE USARLO.

LAS CERDAS PUEDEN SER NATURALES O SINTÉTICAS, -- LAS VENTAJAS QUE TIENEN LAS CERDAS SINTÉTICAS SOBRE LAS NATURALES ES QUE LAS SINTÉTICAS CONSERVAN SU FIRMEZA DURANTE MÁS TIEMPO QUE LAS NATURALES Y SU TIEMPO DE DURACIÓN.

LA DISPOSICIÓN DE LAS CERDAS, ÉSTAS DEBEN ESTAR SEPARADAS PARA PERMITIR UNA MEJOR ACCIÓN DE LAS FIBRAS, PUESTO QUE SE PUEDE ARQUEAR Y LLEGAR A ZONAS QUE NO ALCANZARÍAN CON UN CEPILLO TOTALMENTE CUBIERTO

POR LAS CÉRDAS.

ESTAS CERDAS DEBERÁN DE SER BLANDAS Y LOS EXTREMOS REDONDEADOS CON EL FIN DE NO LASTIMAR LA ENCÍA. DEBERÁN SER TODAS DE LA MISMA LONGITUD Y PLANOS EN TODOS LOS SENTIDOS, PUES ASÍ SE ADAPTAN MEJOR A TODAS LAS ZONAS.

PARA LA ELECCIÓN DE LAS CERDAS ACTÚAN VARIOS FACTORES, COMO EL ESTADO MORFOLÓGICO DE LA ENCÍA ADHERIDA, LA RELACIÓN MUTUA DE LOS DIENTES Y LA ENCÍA.

CONSECUENTEMENTE, DEBERÁ INSTRUIRSE A LOS PACIENTES PARA SUSTITUIR SUS CEPILLOS A INTERVALOS FRECUENTES, YA QUE EXISTE RENUENCIA DE LOS PACIENTES A DESECHAR CEPILLOS DESGASTADOS Y DEFORMADOS.

SI EL ODONTÓLOGO ESTÁ VIENDO A NIÑOS EN PROGRAMAS DE VISITA CADA TRES O CUATRO MESES, ES BUENA MEDIDA PEDIRLES QUE TRAIGAN SUS CEPILLOS DENTALES PARA INSPECCIONAR Y APROBARLOS.

OTRO TIPO DE CEPILLO QUE EXISTE EN EL MERCADO --

SON LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS. AL IGUAL QUE LOS MANUALES, SON DE DIVERSOS TIPOS, ALGUNOS CON MOVIMIENTOS DE ARCO O UNA ACCIÓN RECÍPROCA DE ATRÁS HACIA ADELANTE, MOVIMIENTOS ELÍPTICOS O UNA COMBINACIÓN DE LOS -- PRIMEROS.

ESTE TIPO DE CEPILLOS SE RECOMIENDA A NIÑOS Y ADULTOS QUE ESTÁN FÍSICA O MENTALMENTE IMPEDIDOS, QUE ENCUENTRAN DIFICULTADES PARA LIMPIARSE LOS DIENTES Y TAMBIÉN PARA LA HIGIENE ALREDEDOR DE LOS APARATOS DE ORTODONCIA.

ALGUNOS AUTORES ENALAN QUE LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS SON SUPERIORES A LOS MANUALES Y EN TÉRMINOS DE REMOCIÓN DE LA PLACA Y ACUMULACIÓN DE TÁRTARO Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD PERIODONTAL, OTROS AFIRMAN QUE PUEDEN CAUSAR DAÑOS A LOS TEJIDOS, TANTO BLANDOS COMO DUREZAS.

EL TIPO DE CEPILLO QUE SE USE NOS DARÁ LOS MISMOS RESULTADOS SI SE INSTRUYE ADECUADAMENTE AL PACIENTE.

BASS, RECOMIENDA EL CEPILLO DE CERDAS SINTÉTICAS DE 0.75 mm. DE DIÁMETRO Y 10 mm DE LARGAS, CON EXTREMOS REDONDEADOS, DISPUESTO EN TRES HILERAS DE SEIS PE NACHOS REGULARMENTE ESPACIADOS, PARA NIÑOS ESTÁ EL CE PILLO MÁS CORTO DE 0.12 mm (MÁS BLANDO) Y MÁS CORTO - DE 7mm.

EMPLEO DE SEDA DENTAL:

SE SUGIERE QUE EN CIERTOS CASOS EL CEPILLADO DEN TAL SE COMPLEMENTE CON SEDA DENTAL EMPLEADA EFICAZMEN TE.

SE HA AFIRMADO QUE LA MEJOR SEDA DENTAL ES LA -- QUE CONSTA DE GRAN NÚMERO DE FIBRAS DE NYLON MICROSCÓ PICAS Y NO ENCERADAS CON UN MÍNIMO DE ROTACIÓN.

PARA QUE TENGA VALOR ESTE MATERIAL, DEBERÁ EM--- PLEARSE SISTEMÁTICAMENTE, PASANDO LA SEDA A TRAVÉS -- DEL PUNTO DE CONTACTO Y ESTIRÁNDOLA HACIA LA SUPERFI- CIE MESIAL Y DISTAL DEL ÁREA INTERPROXIMAL.

INMEDIATAMENTE DESPUÉS, DEBERÁN ELIMINARSE --
LOS DESECHOS DESARTICULADOS CON VIGOROSOS ENJUA---
QUES BUCALES EN AGUA. AUNQUE SE SABE QUE ESTE ES
UN PROCEDIMIENTO BASTANTE COMPLICADO, EN LOS NIÑOS
DE MÁS EDAD DEBERÁ INCLUIRSE POR LO MENOS EL PA---
TRÓN DE HIGIENE AÚN CUANDO SE LIMITE SOLO A LAS --
ÁREAS INTERPROXIMAL Y MESIAL DE PRIMEROS MOLARES -
PERMANENTES.

PARA LOGRAR MEJORES RESULTADOS, SE CORTA UN -
HILO DENTAL APROXIMADAMENTE DE 18 PULGADAS (45cm.)
DE ESTE PEDAZO Y SE SOSTIENEN ESTRE LOS ÍNDICE Y -
PULGARES, SECCIONES DE UNA PULGADA (2.5cm.) Y 1.5-
PULGADAS (37mm.), EL EXCESO SE ENROLLA ALREDEDOR -
DEL DEDO ÍNDICE DE UNA MANO.

DESPUÉS DE LIMPIAR CADA SUPERFICIE INTERPROXI
MAL DE MOLAR, LA SEDA YA USADA PUEDE ENROLLARSE AL
REDEDOR DEL DEDO ÍNDICE OPUESTO Y SE DESENCROLLA SE
DA LIMPIA PARA EMPLEAR EN EL NUEVO SITIO QUE SE VA
A LIMPIAR.

OBLEAS REVELADORAS:

MUCHOS ODONTÓLOGOS EMPLEAN TABLETAS REVELADORAS COMO AYUDA PARA INSTRUCCIÓN EN CASA. LAS --- OBLEAS CONTIENEN UN TINTE VEGETAL ROJO. DESPUÉS- DE QUE EL PACIENTE MASTICA LA TABLETA Y PASA SALIVA ENTRE Y ALREDEDOR DE LAS PIEZAS DURANTE 30 SE-- GUNDOS, LA PLACA BACTERIANA SE VERÁ PIGMENTADA DE- ROJO VIVO.

SE MUESTRAN AL PACIENTE LAS ÁREAS ROJAS Y SE- LE INFORMA QUE ESTÁ CEPILLANDO, PERO NO LIMPIANDO- SUS DIENTES. SE LE INSTRUYE ENTONCES SOBRE COMO- COLOCAR EL CEPILLO DURANTE EL CEPILLADO PARA PODER LIMPIAR TODAS LAS SUPERFICIES DISPONIBLES. ESTO- SE SIGUE CON EMPLEO DE SEDA DENTAL.

SE LE PROPORCIONA AL PACIENTE UN SUMINISTRO - DE TABLETAS PARA EMPLEAR EN CASA, PARA ASÍ COMPRO- BAR PERIODICAMENTE LA EFICACIA DE SU TÉCNICA DE HI GIENE BUCAL.

ENJUAGUES BUCALES:

LOS ENJUAGATORIOS PRESTAN BENEFICIOS REALES A LA LIMPIEZA FÍSICA Y DE DESALOJO EJERCIDO POR UN ENJUAGUE, LA ACCIÓN DE LAVADO MECÁNICO Y DE BOMBEO DE UN LÍQUIDO ENTRE LOS DIENTES EJERCE UNA INFLUENCIA ESTIMULANTE Y LIMPIADORA QUE NO TIENE PRÁCTICAMENTE POSIBILIDAD DE TRAUMATIZAR A LOS TEJIDOS.

ES UN VALIOSO AUXILIAR DE LA HIGIENE BUCAL, - DESPUÉS DEL USO DEL CEPILLO O LA SEDA DENTAL PARA LAVAR LOS RESIDUOS DESPRENDIDOS, POR LO TANTO, SE ACONSEJA QUE DESPUÉS DE INGERIR GLUCOSAS CON CARBOHIDRATOS, SE INSTRUYA A LOS NIÑOS PARA ENJUAGARSE LA BOCA VIGOROSAMENTE DOS O TRES VECES, CON --- CUANTA AGUA PUEDAN ACOMODAR FÁCILMENTE EN LA BOCA, YA SEA CON AGUA COMÚN O EMPLEAR LOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL MERCADO.

ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE HACER ESTO SI EN ESE MOMENTO RESULTA IMPRÁCTICO CEPILLARSE LOS DIENTES.

EMPLEAR UN INSTRUMENTO DE PULSACIÓN PARA IRRIGACIÓN BUCAL PARA TENER UN LUGAR EN EL PROGRAMA DE HIGIENE BUCAL, ESPECIALMENTE PARA PACIENTES QUE -- LLEVAN INSTRUMENTOS ORTODÓNTICOS Y PARA LOS QUE -- TIENEN IMPEDIMENTOS FÍSICOS O MENTALES QUE PODRÍAN INTERFERIR EN EL MANEJO EFICAZ DE OTROS INSTRUMENTOS PARA HIGIENE BUCAL.

DENTRÍFICOS:

LOS DENTRÍFICOS SON EL COMPLEMENTO PARA LA LIMPIEZA Y PULIDO DE LOS DIENTES, ESTOS SE PUEDEN USAR EN FORMA DE POLVO, PASTA O LÍQUIDOS.

LA FUNCIÓN DE LIMPIEZA DE LOS DENTRÍFICOS ES UNA CONSECUENCIA DIRECTA DE SU ACCIÓN ABRASIVA Y SE RELACIONA ÍNTIMAMENTE CON LA DUREZA Y EL TAMAÑO DE LAS PARTÍCULAS DEL AGENTE LIMPIADOR CONTENIDO EN EL DENTRIFICO.

LA FUNCIÓN DE UN DENTRÍFICO ES:

- 1o.- LIMPIEZA Y PULIDO DE LAS SUPERFICIES --
DENTALES.
- 2o.- DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA CA--
RIES.
- 3o.- PROMOCIÓN DE LA SALUD GINGIVAL.
- 4o.- CONTROL DE OLORES BUCALES Y SUMINISTRO--
DE UNA SENSACIÓN DE LIMPIEZA BUCAL.

UN BUEN DENTRÍFICO DEBE FACILITAR LA REMO---
CIÓN POR PARTE DEL CEPILLO DE LOS DEPÓSITOS NO --
CALCIFICADOS, QUE SE ACUMULAN SOBRE LAS SUPERFI--
CIES DENTARIAS.

ES NECESARIO QUE LOS DENTRÍFICOS SEAN SUFI--
CIENTEMENTE ABRASIVOS PARA LIMPIAR Y PULIR SATIS-
FACTORIAMENTE, PERO DEBEN DE PROPORCIONAR UN MAR-
GEN DE SEGURIDAD PARA PROTEGER EL CEPILLADO ENÉR-
GICO CONTRA EL DESGASTE DE LAS SUPERFICIES DENTA-
RIAS,

LOS COMPONENTES DE LOS DENTRÍFICOS VARÍAN --
ACENTUADAMENTE DE LOS DIFERENTES COMPUESTOS QUE -
EXISTEN EN EL MERCADO, SIN EMBARGO, SE PUEDEN ---
AGRUPAR EN SIETE CATEGORÍAS:

- 1.- ABRASIVOS.
- 2.- AGUA.
- 3.- HUMECTANTES.
- 4.- LIGADORES.
- 5.- AGENTES TERAPÉUTICOS.
- 6.- DETERGENTES.
- 7.- INGREDIENTES VARIOS (COLORAN--
TES, ESENCIAS, ETC.).

LOS ABRASIVOS MÁS COMUNES SON: PIROFOSFATO -
DE CALCIO, CARBONADO DE CALCIO, FOSFATO DE CALCIO
BIHIDRATADO, METAFOSFATO DE SODIO. LOS DENTRÍFI
COS CONVENCIONALES CONTIENEN ENTRE 35 y un 50% DE
ABRASIVOS, LOS POLVOS CONTIENEN ENTRE UN 85 Y UN-
95%, LOS DENTRÍFICOS LÍQUIDOS NO CONTIENEN.

EL AGUA SE USA PARA DARLE LA CONSISTENCIA NE
CESARIA, SIRVE COMO SOLVENTE PARA LOS OTROS COMPO
NENTES; EL AGUA ES POR LO GENERAL DESIONIZADA EN-
UNA CANTIDAD DE 20 a 30% EN PASTA Y DEL 50 a 65%-
EN DENTRÍFICOS LÍQUIDOS, LA PRESENTACIÓN EN POLVO
NO CONTIENE.

LOS HUMECTANTES SE UTILIZAN PARA EVITAR QUE-
LOS DENTRÍFICOS SE SEQUEN, SI SE LES EXPONE AL AI
RE (CUANDO NOS OLVIDAMOS DE CERRAR EL TUBO), COMO
ASIMISMO, PARA DARLE APARIENCIA CREMOSA DE BUENA-
PASTA. LAS PASTAS CONTIENEN ENTRE UN 20 y 30%,-
ENTRE LOS MAS COMUNES SON EL SORBITAL, GLICERINA-
Y EL PROPILENGLICOL.

LOS LIGADORES SIRVEN PARA PREVENIR LA SEPARA
CIÓN DE LOS COMPONENTES SÓLIDOS Y LÍQUIDOS, DURAN
TE EL ALMACENAMIENTO.

ESTOS COLOIDES HIDRÓFILOS QUE ABSORBEN AGUA-
Y FORMAN MASA VISCOSA DE CONSISTENCIA SEMI-LÍQUI-

DA, LOS DENTRÍFICOS EN PASTA CONTIENEN ENTRE UN -
2% Y LOS LÍQUIDOS UN 1%.

LOS DETERGENTES MÁS USADOS EN LA FABRICACIÓN
DE LOS DENTRÍFICOS SON: N-LAUROIL SARCOSINATO DE-
SODIO, LAUROIL SULFATO DE SODIO MONOGLICÉRIDO, --
SULFONATO DE SODIO (DERIVADO DEL COCO). ESTOS--
SON LOS ENCARGADOS DE HACER ESPUMA EN EL DENTRÍFI
CO, ADEMÁS SIRVE EN CIERTA MEDIDA PARA FACILITAR-
LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES. LA CONCENTRACIÓN DE
LOS DETERGENTES EN PASTA ES DE 3 a 6% EN POLVO ES
DE 0.5% Y EN LOS LÍQUIDOS ES DE 1%.

LOS AGENTES TERAPÉUTICOS QUE SE HAN TRATADO-
DE INTRODUCIR EN LOS DENTRÍFICOS, HAN SIDO MUCHOS
SOLO LOS FLUORUROS HAN TENIDO ÉXITO, LA AMERICAN-
DENTAL ASSOCIATION, HA RECOMENDADO A DOS DENTRÍFI
COS LA CAPACIDAD DE PREVENIR LA CARIES PARCIALMEN
TE, ESTOS SON: CREST A BASE DE FLUORURO ESTAÑOSO-
Y COLGATE MFP A BASE DE MONOFLUORFOSFATO DE SODIO
EN UNA CANTIDAD DE ION FLUORURO DE 0.1%.

LOS INGREDIENTES VARIOS SIRVEN PARA DISTINGUIR UN DENTRÍFICO DE OTRO DÁNDOLE SABOR, COLOR, ETC., LAS COMPOSICIONES SON GUARDADAS CELOSAMENTE POR LOS FABRICANTES.

PARA PODER DISTINGUIR Y RECOMENDAR UN DENTRÍFICO EN ESPECIAL, ES ACONSEJABLE HACER UNA EVALUACIÓN DEL PACIENTE, DE SU CONDICIÓN CLÍNICA Y DE SUS NECESIDADES PERSONALES DE HIGIENE BUCAL, LAS CONDICIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA BOCA, EDAD DEL PACIENTE.

TÉCNICA DE CEPILLADO:

ACTIVAMENTE EXISTEN NUMEROSAS TÉCNICAS DE CEPILLARSE LOS DIENTES. UNA REVISIÓN RECIENTE ENUMERA SEIS TÉCNICAS PRINCIPALES, LA MAYORÍA DE ---ELLAS SON TAN COMPLICADAS QUE NO PODRÁN SER DOMINADAS POR NIÑOS DE CORTA EDAD.

POR ELLO SE ACONSEJA ENSEÑAR A LOS NIÑOS PEQUEÑOSQUEÑOS, TÉCNICAS SENCILLAS UNO DE ESTOS MÉ-

TODOS ES LA TÉCNICA FONES.

EN ESTE MÉTODO, CON LAS PIEZAS EN OCLUSIÓN,-
LAS SUPERFICIES BUCAL Y LABIAL SE CEPILLAN CON UN
MOVIMIENTO CIRCULAR AMPLIO.

LAS SUPERFICIES LINGUAL Y OCLUSAL SE CEPILLAN
CON ACCIÓN DE CEPILLADO HORIZONTAL HACIA ADETRO-
Y HACIA AFUERA.

TAMBIÉN LOS PADRES PUEDEN COOPERAR EN EL CE-
PILLADO DEL NIÑO. STARKER HA DESCRITO UNA TÉCNI
CA POR LA QUE EL NIÑO SE MANTIENE FRENTE AL PADRE
O LA MADRE Y DESCANSA SU CABEZA HACIA ATRÁS CON--
TRA ÉL O ELLA. EL PADRE O LA MADRE EMPLEA UN AN
TEBRAZO PARA ACUNAR LA CABEZA Y DAR SOSTÉN AL NI-
ÑO Y LOS DEDOS DE ESA MANO PARA RETRAER LOS LA---
BIOS, DEJANDO LA OTRA MANO LIBRE PARA EFECTUAR EL
CEPILLADO.

PODER MIRAR SOBRE EL NIÑO PROPORCIONA BUENA-
PERSPECTIVA DE LOS DIENTES, Y ÉSTOS PUEDEN LIM---
PIARSE FÁCILMENTE SIGUIENDO ACCIÓN DE RESTREGADO-
EN TODAS LAS SUPERFICIES.

C O N C L U S I O N E S

EN LOS ULTIMOS AÑOS, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL HA OCUPADO UNO DE LOS PRIMEROS LUGARES EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN, POR ESO ES NECESARIO APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS, YA QUE NO SE LE DA LA DEBIDA IMPORTANCIA O SON DESINTERESADOS Y PREFIEREN SACRIFICAR-INNECESARIAMENTE SUS DIENTES, A PREVENIR LA ENFERMEDAD.

LA PERIODONCIA PREVENTIVA, A NIVEL COMUNITARIO PARA QUE SEA EFICAZ, ES PRECISO QUE SE EXTIENDA MÁS ALLÁ DEL CONSULTORIO DENTAL, HACIA LA COMUNIDAD, -- EDUCARLA Y MOTIVARLA USANDO MEDIOS DE COMUNICACIÓN-MASIVA COMO LA PRENSA, LA RADIO Y LA TELEVISIÓN.

EL ODONTÓLOGO COMO RESPONSABILIDAD DE ÉL, DEBERÁ EXPLICAR EL DAÑO QUE OCASIONA ESTA ENFERMEDAD PARODONTAL EN ADULTOS, PERO DEBERÁ INFORMAR QUE COMIENZA EN LA NIÑEZ.

DESTACANDO QUE A DIFERENCIA DE CARIES, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL POR LO GENERAL, ES INDOLORA Y AL DETECTARSE A TIEMPO DEBERÁ TRATARSE TAN PRONTO - COMO SE DESCUBRA, YA QUE SE DISPONE DE UN TRATAMIENT

TO PERIODONTAL EFICAZ Y QUE CUANTO ANTES SE REALICE, MAYORES SON LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO.

PARA EVITAR LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, DEBERÁ HABER UNA COOPERACIÓN ENTRE EL ODONTÓLOGO Y SU PERSONAL AUXILIAR Y EL PACIENTE, PARA PREVENIR EL COMIENZO, EL AVANCE Y LA REPETICIÓN DE LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

YA QUE EN LA MAYOR PARTE DE LA GINGIVITIS PRESENTADAS EN NIÑOS TIENEN SU CAUSA EN LA HIGIENE BU--CAL INSUFICIENTE, LA PLACA DENTARIA Y MATERIA ALBA.

POR TAL MOTIVO, LAS ESTADÍSTICAS NOS DEMUESTRAN QUE LA COMUNIDAD NO ESTÁ COMPLETAMENTE CAPACITADA PARA RECIBIR UNA ORIENTACIÓN BÁSICA SOBRE LA SALUD BU--CAL, OBSERVÁNDOSE EN LA ACTITUD DE LA POBLACIÓN ANTE CUALQUIER PROGRAMA NUEVO, UNA APATÍA Y HASTA CIERTO-PUNTO DE RECHAZO.

PARA LOGRAR LO ANTERIOR, RESULTA INDISPENSABLE-INTEGRAR A LA CULTURA DEL INDIVIDUO Y LA COMUNIDAD,-LOS CONCEPTOS CIENTÍFICOS QUE SE TIENEN ACTUALMENTE-ACERCA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- ASH, RAMFORD
PERIODONTOLOGÍA Y PERIODONCIA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
2a. EDICIÓN
ARGENTINA, 1982
629 PÁGINAS

- 2.- FINN, SIDNEY B.
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
4a. EDICIÓN
MÉXICO, 1976
470 PÁGINAS

- 3.- FORREST, JOHN O.
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
1a. EDICIÓN
MÉXICO, 1979
130 PÁGINAS.

- 4.- GLICKMAN, IRVING
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1981
4a. EDICIÓN
999 PÁGINAS

- 5.- HAM, ARTHUR W.
TRATADO DE HISTOLOGÍA.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
7a. EDICIÓN
1974
935 PÁGINAS.
- 6.- HYMAN, GEORGE A., KUTSCHER, AUSTIN H.,
ZEGARELLY, EDWARD V.
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL.
SALVAT EDITORES, S.A.
1a. EDICIÓN
651 PÁGINAS
- 7.- KATZ, Mc.DONALD, STOOKEY
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA.S.A.
1a. EDICIÓN
BUENOS AIRES, 1975
397 PÁGINAS
- 8.- LEGARRETA REYNOSO LUIS
CLÍNICA DE PERIODONCIA.
EDITORIAL FOURNIER, S.A.
1a. EDICIÓN
161 PÁGINAS
- 9.- LINCH, MALCOM A.
MEDICINA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
MÉXICO, 1976
4a. EDICIÓN
470 PÁGINAS

- 10.- RAMFJORD, SIGURD P.

OCLUSIÓN

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, 1972

2a. EDICIÓN

400 PÁGINAS

- 11.- THOMA, KURT H. GOLDMAN, HENRY M.

PATOLOGÍA BUCAL.

UNIÓN TIPOGRÁFICA EDITORIAL HISPANO AMERICANA
(UTHEA).

MÉXICO, 1959

2a. EDICIÓN, TOMO I

454 PÁGINAS

- 12.- SCHLUGER, SAÚL

ENFERMEDAD PERIODONTAL

EDITORIAL CONTINENTAL

MÉXICO, 1981

1a. EDICIÓN

789 PÁGINAS