



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PARODONCIA EN NIÑOS

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ALICIA ORTEGA TORRES



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1993



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.

INDICE

INTRODUCCION ----- 7

CAPITULO I

CARACTERISTICAS DEL PARONDONTO ADULTO E INFANTIL ---10

CAPITULO II

ENFERMEDADES PERIODONTALES INFANTILES ----- 41

CAPITULO III

LESIONES DE REABSORCION ALVEOLAR -----77

CAPITULO IV

CONTROL DE PLACA -----84

CONCLUSION ----- 96

BIBLIOGRAFIA -----97

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

La finalidad de esta tesis, es presentar un estudio somero de las enfermedades que pueden afectar a la niñez y a la vez recordar brevemente las características de un parodonto sano y las formas de prevenir dichas enfermedades.

La causa más común de gingivitis en niños es la irritación local que conduce a la placa dental y materia alba, otras causas importantes que contribuyen a la gingivitis es la insuficiente higiene bucal. La inflamación es consecuencia de los irritantes locales que se acumulan en torno al diente en erupción.

La enfermedad periodontal es una de las manifestaciones más comunes en el hombre, la población de nuestro país está constituida principalmente por niños. por ello, en este breve estudio nos enfocaremos a describir los problemas de gingivitis y periodontitis que suelen padecer los niños y adolescentes.

El reconocimiento oportuno de las enfermedades por medio de sus primeras manifestaciones es de gran importancia para lograr una terapéutica óptima.

El cirujano dentista tiene la responsabilidad de dar a sus pacientes infantiles una atención esmerada y adecuada a sus necesidades para lo cual su conocimiento debe estar bien cimentado, pues solo así logrará dar un diagnóstico más preciso.

El reconocimiento oportuno de la enfermedad por medio de sus primeras manifestaciones es de gran importancia para lograr una terapéutica óptima.

OBJETIVOS

1.- Advertir qué factores causan con más frecuencia la enfermedad periodontal.

2.- Observar qué tipo de enfermedad periodontal es la más común en niños.

3.- Identificar los tejidos parodonto dañados por la enfermedad periodontal.

4.- Comprender qué causa la enfermedad periodontal con reabsorción alveolar.

5.- Señalar como se puede prevenir la enfermedad periodontal.

6.- Observar que metodo ayudan para la prevención de la placa.

CAPITULO I

PARODONTO INFANTIL

Es difícil la descripción del parodonto normal en niños porque varía con la edad. Durante la infancia y la pubertad el parodonto está en constante estado de cambio debido a la exfoliación y erupción de los dientes. Sin embargo se puede dar una descripción general del parodonto como sigue: de seis a ocho meses empiezan a erucionar los centrales. A los dos años tienen su dentición completa, la mucosa es rosada, color coral y firme y es normal que se presenten diastemas en dientes anteriores, no hay papilas interdentarias, muestra encía masticatoria (silla de montar). Es normal que durante la erupción de los dientes temporales se presente gingivitis. Cuando la erupción es normal no habrá cambios en la encía. Hay ausencia de de punteado debido a que las papilas conectivas y de la lámina propia son más cortas y aplanadas. Los márgenes son redondeados y agrandados originados por la hiperemia y el edema que acompaña a la erupción.

CEMENTO.

Más delgado

Menos denso.

Tendencia a la hiperplasia del cementoide por apical a

la adherencia epitelial

LIGAMENTO PERIODONTAL:

Más ancho.

Haces de fibras menos densa con mayor cantidad de fibras.

Mayor hidratación, mayor aporte sanguíneo linfático

HUESO ALVEOLAR

Cortical alveolar más delgado (radiográficamente) -
Menor cantidad de tubérculos. - Espacios medulares mas amplios. -
Mayor aporte sanguíneo linfático. - Crestas alveolares más planas
asociadas con los dientes primarios.

Las diferencias del parodonto adulto e infantil son las siguientes:

CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS DEL PARODONTO.

Los tejidos del soporte del diente, conocido como el periodonto, están compuestos por la encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar.

MUCOSA BUCAL.

La cavida bucal se encuentra cubierta por una membrana mucosa que se continúa hacia adelante con la piel del labio y hacia atrás con la mucosa del paladar blando y la faringe.

Se compone de tres zonas:

Mucosa masticatoria: revestimiento del paladar duro y encía.

Mucosa especializada: recubre el dorso de la lengua.

Mucosa bucal: tapiza resto de la cavidad bucal.

Marginal.

Insertada

Interdental.

ENCIA MARGINAL

Esta rodea a los dientes en forma de collar, en la mayoría de los casos, está separada de la encía insertada por una depresión lineal estrecha a la cual llamamos surco marginal, ésta forma la pared blanda del surco gingival.

El surco gingival es una hendidura muy profunda alrededor del diente, limitada por un lado por la superficie dentaria y por otro, por el epitelio que tapiza la parte libre de la encía.

ENCIA INSERTADA

Esta es la continuación de la encía marginal, unida al periostio del hueso alveolar en su cresta; es firme elástica y relativamente laxa y móvil.

En su extensión hasta la mucosa alveolar, encontramos una unión mucogingival. Un aspecto clínico importante es la anchura de éste, no debemos confundir con el ancho de la encía queratinizada, pues ésta involucra a la encía marginal.

Esta anchura se vería alterada en las diferentes áreas de la boca o incrementada por la edad, la sobre erupción dentaria y posición de la corona.

En zonas vestibulares se apreciará un incremento en regiones incisivas, y un decremento en zonas posteriores, abarcando premolares.

ENCIA INTERDENTAL.

La forma está determinada por la relaciones de contacto entre los dientes, el ancho de la superficie dentaria y el límite cemento-esmalte.

Las papilas interdentarias de la región de dientes anteriores tiene forma piramidal, la que en dientes posteriores constituyen dos pirámides triangulares unidas por una zona interproximal con una ligera depresión en la silla de montar o col.

Cuando los dientes no estan en contacto, puede faltar col, incluso cuando los dientes están en contacto, puede no haber col en algunos individuos.

Los bordes laterales y el extremo de la papila interdientaria están formadas por una continuación de la encía marginal de los dientes vecinos. La porción intermedia se compone de encía insertada.

CARACTERISTICAS DE UNA ENCIA SANA.

COLOR.

El color normal de la encía insertada y marginal se describe como rosa coral, pero el pigmento fisiológico puede modificar este color de una manera general o local. La intensidad de color de una encía normal se relaciona con el grado de queratinización, el espesor del tejido, el aporte sanguíneo y la presencia de las células que contienen pigmentos como la melanina.

Esto es, cualquier disminución en la queratinización aumenta la coloración rojiza; un aumento absoluto de hemoglobina reducida da un tono azulado a la encía. En lo que respecta a la melanina, podemos decir que es un pigmento oscuro que no procede de la hemoglobina, sino de los melanocitos; y produce la pigmentación normal de la piel, encía y el resto de la mucosa

bucal. Siendo así, que en los individuos de tez blanca con frecuencia ésta aumenta o disminuye y en los de tez negra, está acentada.

TAMAÑO.

El tamaño de la encía está determinado por la presencia de los elementos que la conforman y éste, generalmente se ve alterado en algunas enfermedades parodontales.

FORMA.

La forma de la encía se relaciona con los dientes, el hueso subyacente y la procedencia o ausencia de enfermedad. En una encía normal, el tejido apenas llena el espacio interdentario y el margen gingival termina en filo de cuchillo y esta adaptado a la superficies de los dientes adyacentes.

CONSISTENCIA.

La consistencia de la encía depende de la densidad de los tejidos.

Una encía normal y sana es firme y flexible; y está unida firmemente al hueso subyacente. A excepción del margen gingival, que es movable. La firmeza de ésta forma estará dada por la presencia de tejido conectivo fibroso denso y en la zona del margen gingival, por las fibras gingivales.

TEXTURA.

La superficie de la encía se presenta firmemente lobulada, como una cáscara de naranja y punteada. Este puntillado se observa únicamente en la encía incertada. La forma y extensión del puntillado varía de una persona a otra; así como en regiones de una misma boca. Es menos notoria en las zonas linguales que en la vestibular es y puede faltar en algunos individuos.

Este puntilleo varía con la edad; en la infancia no existe, aumenta en el adulto y en la vejez comienza a desaparecer.

POSICION.

La posición de la encía refiere al nivel en que la encía marginal se une al diente. Cuando el diente erupciona en la cavidad bucal, el margen se encuentra en la punta de la corona y a medida que la erupción avanza; se observa más cerca la raíz.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DE LA ENCIA.

La encía marginal consiste en un núcleo central de tejido conectivo, cubierto de epitelio escamoso estratificado. Estos dos tejidos se considerarán separadamente.

EPITELIO GINGIVAL.

Existen tres áreas de epitelio gingival en la encía:
Epitelio bucal o externo. Epitelio sulcular. Epitelio de unión.

EPITELIO BUCAL O EXTERNO.

Cubre la cresta y la superficie externa del margen gingival y la superficie de la encía insertada. Presenta la disposición estructural común de la mucosa escamosa estratificada queratinizada, la cual, presenta cuatro capas:

1) ESTRATO BASAL O CAPA DE CELULAS BASALES:

Contiene una población heterogénea de células cuboidales o columnares cortas que hacen contacto con la lámina basal.

Las membranas plasmáticas de células basales forman microvellosidades amplias y onduladas que siguen los contornos de la lámina basal a la que se adhieren las células mediante hemidesmosomas.

Las células que contienen pigmentos, o sea los melanocitos se localizan en la capa basal del epitelio gingival.

2) ESTRATO ESPINOSO O CAPA ESPINOCELULAR.

Se localiza inmediatamente después de la capa basal, su nombre se deriva de los puentes característicos que parecen extenderse de una célula a otra.

Las células de capa espinosa, presentan características propias de especialización y maduración. Dichas células tienen una tasa de mitosis disminuídas en relación a las células de la capa basal.

3) ESTRATO GRANULOSO O CAPA GRANULAR.

Las células se encuentran aplanadas en dirección paralela a la superficie de los tejidos. Los núcleos son alargados y presentan un aumento en cuanto a su densidad. En esta capa, los desmosomas son más notables.

A lo largo de los márgenes superficiales de las células se encuentran numerosos gránulos de revestimiento de la membrana.

4) ESTRATO CORNEO.

Se presenta al haber una transición repentina de la capa granular al estrato corneo, lo que refleja la queratinización de las células y conversión en delgadas y paralelas, carentes de núcleo.

El proceso de queratinización es un fenómeno intracelular de células individuales, esta capa tiene distintos grados de queratinización.

Debido a estas capas hay una gran variedad de espesor, queratinización, volumen celular, actividad mitótica y concentraciones de gránulos y filamentos de queratina; así como procesos de desintegración dentro del epitelio bucal.

Además de las células productoras de queratina, que comprenden alrededor del 90% de población total celular, el epitelio bucal contiene tres tipos de células:

- 1) Melanocitos
- 2) Células de langerhans.
- 3) Células inespecíficas.

Las células del epitelio gingival están conectadas unas a otras por estructuras a lo largo de la periferia celular, llamadas desmosomas.

Estos desmosomas son estructuras laminales bipartitas de membrana celular opuesta. Aparecen como espesamientos de la superficie de la membrana celular, rodados por una capa de delgados filamentos, que son como microbellosidades que se extienden hacia el espacio intracelular y se interdigitan.

EPITELIO SULCULAR.

El epitelio sulcular cubre el surco gingival. Es un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, presentado por lo tanto, únicamente la capa de células basales y la capa espinocelular.

Se extiende desde el límite coronal del epitelio de unión hasta la cresta del margen gingival; algunas veces después de una terapéutica antibacteriana intensa, su superficie se queratiniza.

Este epitelio es extremadamente importante debido a que puede actuar como membrana semipermeable a través de la cual los productos bacterianos dañinos pasan a la encía y los fluidos tisulares, desde la encía al surco.

EPITELIO DE UNION

Consiste en una banda a modo de collar de células basales, formando dos capas, una basal y otra suprabasal.

La adherencia epitelial del epitelio de unión consiste en una lámina densa o adyacente al esmalte y una lámina lucida a la cual se adhieren los hemidesmosomas.

La adherencia epitelial está reforzada por las fibras gingivales que abrazan la encía marginal contra la superficie dentaria. Por esta razón, la adherencia epitelial y las fibras gingivales son consideradas como la unidad funcional, llamada " unión dentogingival ".

Se han descrito tres zonas en la adherencia epitelial:

APICAL. Que presenta células de característica germinativas.

MEDIA. Que es una de las de mayor adherencia.

CORONAL. Que presenta una gran permeabilidad

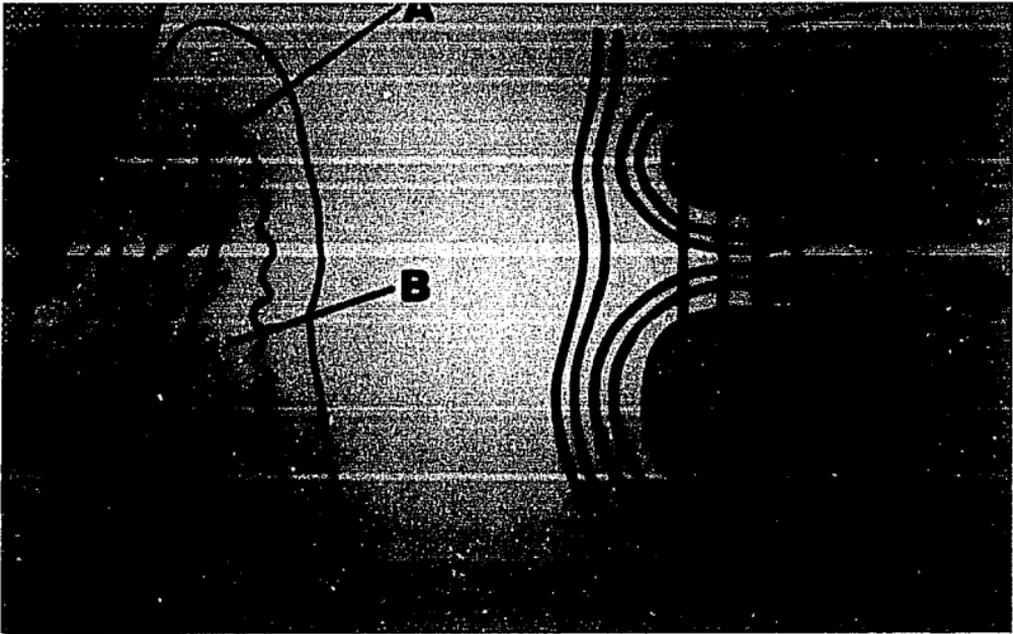
TEJIDO CONECTIVO. El tejido conectivo es el predominante en la encía y el ligamento periodontal; es densamente colágeno con escasas fibras.

Presenta dos capas: 1) Capa Papilar Subyacente al epitelio.
2) Capa Reticular contigua al periostio del hueso alveolar.

La encía marginal contiene tejido conectivo, que es densamente colágeno, éste contiene haces de fibras colágenas llamadas fibras gingivales.

Las fibras gingivales tienen las siguientes funciones:

Mantener la encía firmemente adosada contra el diente, proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación sin ser soportada de la superficie dentaria y unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía adyacente. Las fibras gingivales se disponen en cinco grupos: ginivodental, circular, transeptal, dentoperiostiales y crestogingivales.



Las fibras de colágena de la encía
adaptan los tejidos blandos del diente

GRUPO GINGIVODENTAL.

Estas fibras van dirigidas del cemento radicular a la cresta de la encía marginal. En la superficie vestibular y lingual se proyectan desde el cemento en forma de abanico. En la zona interproximal se extienden directamente hacia la cresta de la encía interdental.

GRUPO CIRCULAR.

Estas fibras corren a través del tejido conectivo de la encía marginal e interdental, rodeando completamente o parcialmente el diente en formade anillo.

GRUPO TRANSEPTAL.

Las fibras transeptales van del cemento de un diente al cemento del puente contiguo. Estas se encuentran en el área entre el epitelio de la base del surco gingival y la cresta del hueso interdental y a veces se clasifican como las fibras principales del ligamento periodontal.

Los principales componentes de este tejido son: fibras colágenas (alrededor del 60 % del tejido corneo), fibroblastos (alrededor del 5%), vasos, nervios, y matriz (aproximadamente 35%).

Entre los haces de fibras se encuentran numerosos fibroblastos. Los fibroblastos sintetizan y secretan las fibras colágenas mucoproteínas y glucosa - aminoglucanos; los fibroblastos regulan la renovación de las fibras colágenas y otros componentes químicos y la cicatrización de heridas.

Los mastocitos son abundantes en el tejido conectivo de la mucosa bucal y la encía.

Cerca de la base del surco se encuentran las células plasmáticas y linfocitos en pequeños focos.

Tanto en el tejido conectivo gingival como en el surco, se pueden observar los neutrófilos en un gran número. Estas células inflamatorias están normalmente presentes en pequeñas cantidades en la encía clínicamente sana.

VASCULARIZACION, LINFATICOS, Y NERVIOS.

Existen tres fuentes de vascularización en la encía: 1) Arteriolas suprapariólicas a lo largo de la superficie

vestibular y lingual del hueso alveolar, desde las que se extienden capilares hacia el epitelio del surco y entre los brotes de la superficie gingival externa. 2) Vaso de ligamento periodontal, que se extiende hacia la encía y se anastomosan con los capilares en la zona del surco. 3) Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdental, se extienden paralelamente a la cresta ósea para anastomarse con los vasos del ligamento periodontal con capilares del área del surco gingival y con vasos que camina sobre la cresta alveolar.

El drenaje linfático de la encía comienza en los vasos linfáticos de la papila del tejido conectivo. Avanza hacia la red colectora del periostio del proceso alveolar y después hacia los nódulos linfáticos regionales (particularmente al grupo submaxilar).

La inervación gingival deriva de fibras que nacen en nervios del igamento periodontal y de los nervios labial, bucal y palatino. En el tejido nervioso encontramos las siguientes estructuras nerviosas; red de fibras terminales, copúsculos táctiles del tipo Meissner; bulbos terminales del tipo Krause.

LIGAMENTO PERIODONTAL:

El ligamento periodontal es un tejido conectivo denso que rodea la raíz y la une al hueso alveolar.

La función del ligamento periodontal es mantener al diente en el alveolo y mantener la relación entre el hueso y el cemento. Otras de sus funciones son: sensoriales, defensivas y nutritivas.

Son elementos más importantes del ligamento periodontal son fibras principales, que son colágenas y están dispuestas en haces.

Las fibras de Sharpey son los extremos de las fibras principales, que se insertan en el cemento y el hueso.

Las fibras del ligamento periodontal se distribuyen en los siguientes grupos.

GRUPO TRANSEPTAL:

Estas fibras se extienden interproximalmente sobre la cresta alveolar y se incluyen en el cemento del diente vecino. Estas constituyen un hallazgo notablemente constante: se reconstruyen incluso una vez producida la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.

GRUPO DE LA CRESTA ALVEOLAR:

Estas fibras se extienden oblicuamente desde el cemento, inmediatamente debajo del epitelio de unión, hasta la cresta alveolar. Equilibra el empuje coronario de las fibras más apicales. Ayudando a mantener al diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente.

GRUPO HORIZONTAL:

Estas fibras se extienden perpendicularmente al eje mayor del diente, desde el cemento hasta el hueso alveolar. Sus funciones son parecidas a las del grupo alveolar.

GRUPO ABLICUO:

Estas son el grupo más grande del ligamento periodontal son: fibroblastos, células endoteliales, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones de las células epiteliales llamadas " restos epiteliales de Malassez " o células epiteliales de reposo.

Los haces de fibras principalmente se componen de fibras individuales, que forman una red anastomótica continua entre el diente y el hueso. las fibras individuales consta de dos partes separadas empalmadas a la mitad del camino entre el cemento y el hueso en una zona llamada plexo intermedio.

VASCULARIZACION.

Proviene de las arterias alveolares superiores e inferiores llega al ligamento parodontal desde tres orígenes:

- 1) Vasos apicales
- 2) Vasos que penetran desde el hueso alveolar
- 3) Vasos anastomosados de la encía.

LINFATICOS:

Los linfáticos complementan el sistema de drenaje venoso, los que drenan la región inmediatamente inferior a la adherencia epitelial, pasan al ligamento parodontal y acompañan a los vasos sanguíneos hacia la región periapical, de ahí pasan a través del hueso alveolar hacia el conducto dentario inferior en la mandíbula el conducto infraorbitario en el maxilar y al grupo submaxilar de nódulos linfáticos.

INERVACION.

El ligamento periodontal se encuentra inervado ricamente por fibras nerviosas sensoriales, capaces de transmitir sensaciones táctiles, presión, y dolor por las vías del trigémino.

CEMENTO RADICULAR

El cemento es un tejido conjuntivo calcificado que recubre a la raíz del diente, hasta el cuello anatómico de la pieza, insertándose a la dentina.

El cemento está más calcificado que el hueso y presenta más o menos una misma composición; o sea, 40% de materia inorgánica y de 30 a 35% de sustancia orgánica.

Su color amarillento y su contenido más flexible y menos dura que la dentina, por lo cual es un tejido poco frágil, sin embargo, es menos calcificado que la dentina y no es sensitivo como ésta.

La superficie del cemento en los dientes permanentes, es ondulada, siendo rugosa en los dientes temporales.

De los tejidos duros del diente, es el único que histológicamente presenta células; toda la superficie del cemento está cubierta por una substancia cementoide que a su vez está tapizada por los cementoblastos, células formadoras del cemento.

La capa interna es compacta, más mineralizada y de crecimiento normal; es más delgada y está unida a la dentina.

La capa externa fija las capas del ligamento parodontal y la mayoría de las fibras gingivales. La porción de las fibras atrapadas dentro del cemento se llama fibra de Sharpey.

La formación del cemento es posterior a la dentina y se hace por capas superpuestas a expensas de la parte interna del folículo o saco dentario.

El cemento crece continuamente y se sigue formando aún después de que el diente ha hecho erupción.

CARACTERISTICAS DEL CEMENTO

a) La neoformación del cemento, determina en cierto modo la sujeción y firmeza de la raíz en el alveolo.

b) La construcción de tejido nuevo o la desmineralización o destrucción de éste, no afecta la vida del diente.

c) El grosor del cemento va desde 10 micras, hasta cerca de 1mm o más en el ápice.

d) En la porción apical muestra una o más soluciones de continuidad, que corresponden al foramen apical.

El cemento se encuentra en la parte coronal de tres formas:

- 1.- Puede dejar parte de la dentina al descubierto.
- 2.- Puede ser que el cemento se encuentre borde a borde con el esmalte.
- 3.- O que esté el cemento ligeramente sobre el esmalte.

El espesor del cemento radicular en el niño, es menor que en el adulto. Así mismo, es mayor la permeabilidad del cemento a temprana edad, que en el adulto, en el cual disminuye considerablemente.

LAS PRINCIPALES FUNCIONES DEL CEMENTO SON:

Mantener al diente en el alveolo
Compensar el fenómeno de la erupción activa.
Proteger a la dentina.
Mantener la relación entre el ligamento y el diente.

HUESO ALVEOLAR

El proceso alveolar es un hueso que forma y sostiene los alveolos dentarios, se compone de dos partes:

Hueso alveolar, es un hueso delgado compacto que se encuentra en la pared interna del alveolo. Hueso de sostén, que consiste en trabéculas reticulares (hueso esponjoso), y las tablas vestibulares, linguales y palatinas de hueso compacto.

El hueso alveolar es divisible, desde el punto de vista anatómico, pero todas sus partes funcionan como una sola unidad, ya que todas ellas intervienen en el sostén del diente.

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

El hueso alveolar se compone por una matriz calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados "Lagunas".

Los osteocitos se extienden dentro de pequeños canales (canalículos) que irradian desde las lagunas. Los canalículos forman un sistema anastomado dentro de la matriz intercecular del hueso, que lleva oxígeno y alimentos a los osteocitos y eliminan los productos metabólicos de desecho.

En la composición entra, principalmente el calcio y el fosfato junto con hidroxilos, carbonato y citrato y pequeñas cantidades de otros iones como son: Na, Mg y F. Las sales minerales se depositan de tamaño ultramicroscópico.

Las fibras del ligamento periodontal penetran en el hueso alveolar, donde se les denomina fibras de Sharpey. Algunas fibras están calcificadas, pero la mayoría contiene un núcleo central no calcificado dentro de una capa externa no calcificada. La pared del alveolo está formada por hueso laminado, parte del

cual, se organiza en sistemas adversarios y " hueso faciculado " se dispone en capas, con líneas intermediarias de aposición, paralelas a la raíz.

Hay una amplia variedad en la forma de las trabéculas del hueso esponjoso, que sufre la influencia de las fuerzas oclusales.

El tabique interdentario se compone del hueso esponjoso limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual. La forma del tabique interdentario sigue las disposiciones de las uniones amelocementarias de los dientes, en la parte posterior de la boca, los tabiques son relativamente planos, si se les observa desde el vestíbulo hacia la cavidad bucal. Por lo general, los tabiques de los dientes posteriores son más anchos y tienen mas hueso esponjoso que en los tabiques de los dientes anteriores.

El contorno óseo se adapta a la prominencia de las raíces y a las depresiones verticales intermedias que se afinan hacia el margen. La altura y el espesor de las tablas óseas vestibulares y linguales, son afectados por la alineación de los dientes y a la angulación de las raíces, respecto al hueso y a las fuerzas oclusales.

En la zona anterior, en la parte vestibular del arco alveolar, se encuentra la depresión en la fosa incisiva, limitada distalmente por las eminencias caninas. Aquí, el hueso es delgado y hay muy poco hueso esponjoso, o no lo hay.

En la zona posterior, en las regiones premolares y molares. El hueso es más grueso y esponjoso; separa la placa cortical del hueso alveolar propiamente dicho. El grosor del proceso alveolar ejerce influencia directa sobre la forma externa. Cuando el proceso alveolar es delgado, entonces hay una prominencia sobre las raíces y depresiones interdetales entre éstas.

El margen del proceso alveolar es redondeado en la cresta alveolar, sin embargo, en ocasiones el margen óseo termina en margen agudo-fino y esto sólo sucede cuando el hueso es extremadamente delgado.

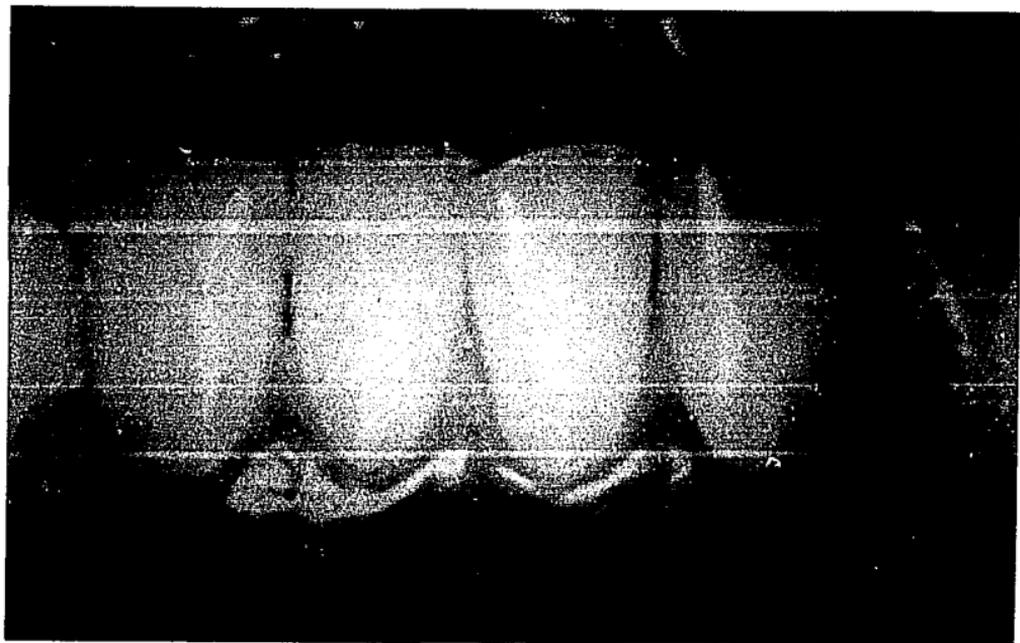
CAPITULO II

GINGIVITIS

La gingivitis es una lesión de tejidos blandos sin destrucción ósea concomitante. Algunos autores afirman que la gingivitis es un fenómeno bifásico que tiende a ser papilar agudo y transitorio en el niño, mientras que es marginal, crónica y progresiva en el adulto.

Los cambios patológicos de la gingivitis se deben a la presencia de microorganismos capaces de sintetizar sustancias potencialmente lesivas que producen daños en los tejidos epitelial y conectivo así como de los componentes intercelulares (colágena, sustancia fundamental, membrana celular). La reacción vascular consiste en la dilatación de capilares y aumento de flujo sanguíneo. A medida que pasa el tiempo puede aparecer algunos signos clínicos de eritema por la proliferación de capilares y a la mayor formación de esas capilares entre los bordes epiteliales.

La inflamación gingival tiende a empezar en la papila interdientaria debido a que la acumulación de la placa es mayor como consecuencia del resguardo que tiene la región interproximal; la inflamación se disemina de ahí para rodear el cuello del diente.



La gingivitis es una lesión de tejidos blandos

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA GINGIVITIS:

- Cambio de color
- Cambio de forma
- Cambio de volumen
- Pueden existir pseudobolsas, o sea que no hay reabsorción es decir la encía se presenta adematosa, tanto la marginal, como la insertada o una de las dos. En la gingivitis no existe exudado.

TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS

Eliminación del sarro y control personal de placa. Se deberá instruir al paciente, acerca del correcto cepillado de sus dientes.

EVOLUCION Y DURACION DE LA GINGIVITIS

GINGIVITIS AGUDA.-

Dolorosa, instalación repentina. Corta duración.

GINGIVITIS SUBAGUDA.-

Fase menos grave que la anterior.

GINGIVITIS RECURRENTE.-

Reaparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento o desaparece o reaparece espontáneamente.

GINGIVITIS CRONICA.-

Se instala con lentitud, es de larga duración e indolora. Es el tipo más común. Lesión fructuante en la cual las zonas inflamadas persisten o se tornan normales y las zonas normales se inflaman.

DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS:

LOCALIZADA:

Se limita a la encía de un solo diente o un grupo de dientes.

GENERALIZADA.- Abarca toda la boca.

MARGINAL.- Afecta el margen gingival pudiendo incluir una parte de la encía insertada continúa.

PAPILAR.- Abarca las papilar interdientarias, pudiéndose extender hacia la zona adyacente del margen gingival. Siendo más común que afecte a las papilas y es aquí donde aparecen los primeros signos de gingivitis.

DIFUSA.- Abarca encía marginal, encía insertada y papilas interdientarias. (2)

LESION INFLAMATORIA EN NIÑOS La lesión inflamatoria en niños se limita a las partes marginales de la encía, es decir, en la pared gingival no insertada pero adherida (coronaria a la unión amelocementaria).

Desde el punto de vista clínico la encía normal infantil suele ser más fláscida en la zona marginal, probablemente siendo más débil unión al diente; con una tendencia a presentar márgenes llenas y redondeados.

LESIONES AGUDAS CRONICAS EN LA ENCIA Y MUCOSA BUCAL GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA AGUDA.

Infección de la cavidad bucal causada por el herpes simple. Frecuentemente infecciones bacterianas secundarias complican el cuadro clínico. Esta enfermedad aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de 6 años pero también en adolescentes y adultos, su frecuencia es igual en hombre y mujeres.

CARACTERISTICAS CLINICAS SIGNOS BUCALES.- La afección aparece como una lesión difusa, eritomatosa y brillante de la encía y la mucosa adyacente. Hay edema variable y hemorragia gingival. El primer período se caracteriza por la presencia de vesícula circunscritas esferica grises en la encía, mucosa labial o vestibular, paladar blando, faringe mucosa sublingual y lengua. Después de 24 horas las vesículas se rompen dando lugar a pequeñas úlceras dolorosas con un borde rojo elevado a modo de halo y una porción central undida, amarillenta o blanco grisáceo.

La gingivostomatitis herpética aguda puede tener una forma localizada que después de procedimientos operatorios en la cavidad bucal. Se encuentra el eritema difuso, brillante con múltiples vesículas puntiformes que cubren una área delimitada. y forman úlceras dolorosas. La lesión dura de 7 a 10 días y cura sin secuelas.

SINTOMAS BUCALES. Irritación generalizada de la cavidad bucal que impide comer y beber. Las vesículas rotas son sencibles al tacto, variaciones térmicas y condimentos, jugos de frutas y alimentos asperos.

En los lactantes, la enfermedad se encuentra marcada por irritabilidad y rechazo de los alimentos.



Gingivostomatitis herpética aguda
(Las vesículas se rompen dejando úlceras)



Las vesículas también pueden afectar las encías, pero son menores que en otras zonas

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA (GUNA)

A esta enfermedad se le ha dado diversos nombres a través de la historia, pero los más conocidos son infección de Vincent y "boca de trinchea", pero últimamente se le ha dado el nombre de gingivitis úlcerolesorante aguda.

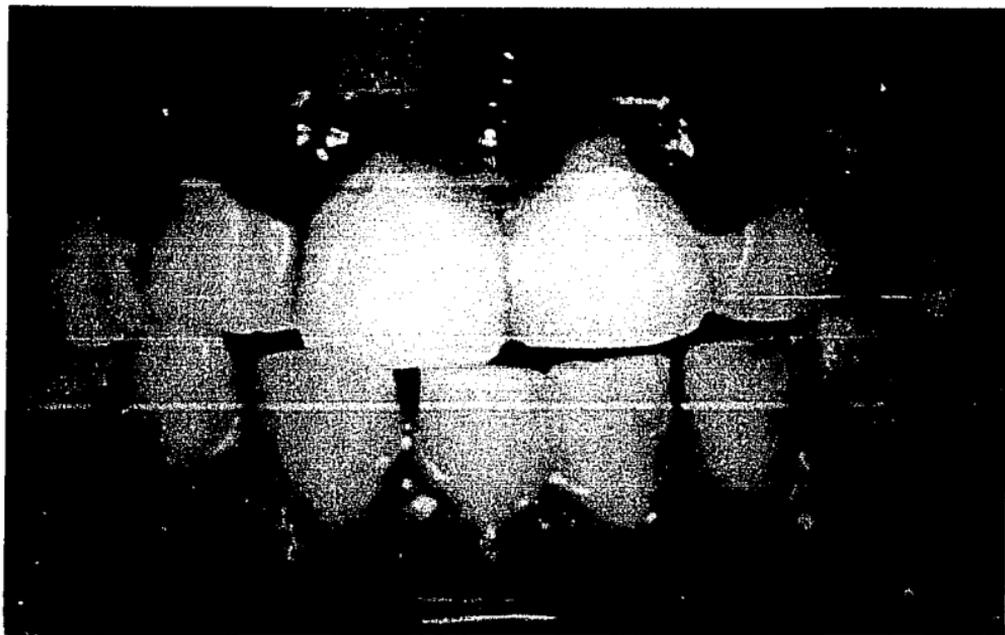
En la mayoría de los países desarrollados esta enfermedad se limita a adolescentes. En naciones menos desarrolladas afecta también a niños y si están desnutridos el proceso de necrosis intrabucal puede extenderse hacia la cara denominándose noma. El noma aparece en pacientes de los grupos económicos bajos con antecedentes de enfermedades debilitantes a la instalación de los síntomas bucales.

CARACTERISTICAS CLINICAS. Esta enfermedad se caracteriza por la destrucción rápida de la papila interdientaria, con dolor y hemorragia concomitantes. Hay mal aliento, según sea la intensidad de la enfermedad aunque no es frecuente en todos los casos. En las formas avanzadas puede haber agrandamientos y sensibilidad de las glándulas submaxilares, la salivación es excesiva y el paciente se queja de sentir sabor metálico en la boca. El cuadro clínico es muy variable. Pueden estar afectadas una o varias papilas. El grado de destrucción es avanzado o

leve, las lesiones permanecen circunscritas a la papila interdientaria o se extiende hacia la superficie vestibulares y linguales de la encía insertada. Esta enfermedad no es autolimitante y continúa si no se trata, no es contagiosa. Hay frecuencia en la recidiva.

ETIOLOGIA.-La enfermedad tiene etiología múltiple pero se cree que la espiroqueta borrelia vicenti y el bacilus fusiformes son factores etiológicos.

TRATAMIENTO.- El tratamiento adecuado será local, es decir, se eliminan los factores irritantes locales y la limpieza de las partes necrozadas de la herida. La administración de antibióticos por vía general es de acuerdo al criterio clínico del terapéutico, aunque el uso de éstos produce la desaparición rápida de los síntomas y la disminución de la cantidad del tejido perdido por necrosis.



La GUNA se presenta en adultos jóvenes en
áreas donde la placa tiende a quedar retenida

HERPARGINA

Entidad clínica bien definida causada por el virus coxsackie Grupo A. Se produce en forma epidérmica en infantes y niños pequeños durante los meses de verano. En niños grandes y adultos jóvenes se registran muy pocos casos.

CARACTERISTICAS CLINICA : Se caracteriza por la aparición de fiebre que alcanza su máximo entre las primeras 24 y 48 horas y puede llegar hasta 40.5⁰C. Se presenta anorexia, disfagia, dolor de garganta, cefalea y dolor y sensibilidad del cuello, abdomen y extremidades. Estos síntomas persisten desde el tercer y quinto día. Los signos se limitan a la boca. Durante los primeros días aparecen grupos de 2 a 6 pápulas o vesículas blancas grisáceas cuyo tamaño varia entre 1 y 4 mm rodeada cada una por una aureola roja, en los pilares anteriores de los fauces úvula y paladar blando. Durante los tres o cuatro días siguientes, la superficie de las lesiones se ulceran, dejando úlceras superficiales definidas.

TRATAMIENTO. No se requiere tratamiento aparte de las medidas sintomáticas porque los antibióticos no surten efecto sobre el virus etiológico y la infección secundaria no constituye un problema.

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE Se puede definir esta enfermedad como de úlceras necrotizantes recurrentes limitadas a la mucosa bucal.

ETIOLOGIA.—Desconocida. La instalación de la lesión se asocia con trauma o tensión psíquica y en algunas ocasiones con algunos alimentos.

La enfermedad tiende a ser más común en las mujeres y la mayor insidencia se registra en el período postovulación previo en la menstruación. Las lesiones por lo general aparecen por primera vez en la niñez o adolescencia y después tiende a repetirse a intervalos frecuentes durante la vida. Son poco comunes las remisiones completas.

CARACTERISTICAS CLINICAS . Las lesiones comienzan como pequeñas erosiones localizados del epitelio bucal, que no van prendidas de vesículas. Después de 2 ó 3 días las úlceras aumentan de tamaño de un diámetro de 1 a 10 mm. El centro de la lesión es grisaseo y los márgenes pueden estar inflamados o no. El dolor y la molestia son las características clínicas salientes. La curación se produce entre los 10 y 14 días sin cicatrices. La lesión se limita a la mucosa bucal y no en la piel. No hay manifestaciones locales.

TRATAMIENTO .No hay curación permanente, y cuando los casos son leves no se precisa realizar tratamiento. En pacientes con malestar intenso se recomienda aplicar kenalog u orobase de 4 a 5 veces diarias, ácido ascórbico 100 mg. 2 veces por día y gluconato ferroso 300 mg. cada día o 2 veces por día. Acromicina oral (liverle) suspensión de 250 mg. usándolo como enjuagatorio durante un minuto, 4 veces por día después de la comida.

GIGIVITIS DESCAMATIVA. Es una enfermedad caracterizada por estar limitada únicamente a la encía. Las lesiones son de color rojo vivo, lisas y brillantes.

No afecta ninguna otra forma mucosa. La encía vestibular anterior superior es la superficie atacada con mayor frecuencia aunque también pueden estarlo otras superficies. Al desprenderse el epitelio deja una superficie viva y sensible, hay formación de amopoyas acuosas.

SINTOMATOLOGIA. Sensación de ardor sobre todo con los alimentos condimentados y bebidas de naturaleza ácida.

ETIOLOGIA. Desconocida, la enfermedad ataca en su mayoría a mujeres.

TRATAMIENTO. Si no es tratado, su duración es indefinida con periodos de exsacervación y remisión. Se ha observado buenos resultados después de la aplicación de esteroides sistémicos.

QUISTE DE LA ERUPCION. Esta relacionada con los dientes en erupción, por lo común en los dientes primarios. Es el producto de la acumulación de líquido tisular y sangre en el espacio folicular dilatado alrededor de la corona del diente en erupción.

ETIOLOGIA. Desconocida.

INSIDENCIA. En niños de todas las edades

CARACTERISTICAS CLINICAS Aparece como una hinchazón azulada sobre un diente en erupción. El color varia según la cantidad de sangre que se encuentra en la cavidad de erupción y el espesor de la mucosa suprayacente.

TRATAMIENTO. Innecesario generalmente, sólo que haya retraso en la erupción se hace una incisión del tejido.

PERICORNITIS.

Es una reacción inflamatoria aguda de la encía que rodea a un diente erupcionado en forma parcial o completo. Frecuentemente el tercer molar inferior.

ETIOLOGIA. Generalmente es causada por la acumulación de residuos de alimentos y bacterias de bajo del capuchón gingival del diente en erupción.

CARACTERISTICAS CLINICAS. El capuchón gingival que por lo general cubre el diente se torna rojo, hinchado y doloroso. A la presión se presenta exudado purulento.

El capuchón hinchado se interpone entre los maxilares al cerrarse éstos provoca mas traumatismo.

La mejilla puede estar inflamada y haber linfanopatas regionales, en casos avanzados fiebre y malestar general.

TRATAMIENTO. Se recomienda una limpieza suave con una cureta para quitar los residuos y permitir la descarga del exudado purulento proporciona cierto alivio de los sintomas agudos.

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Estos factores se clasifican en locales y sistémicos, aunque sus efectos están interrelacionados.

FACTORES LOCALES.

Son los que se hallan en el medio ambiente inmediato del periodoncio. Causan inflamación, principal mecanismo patológico de la enfermedad periodontal. Alteran el equilibrio al aumentar la agresión.

La defenza se debe a la capacidad reparadora de los tejido y a la resistencia humoral.

MALPOSICION DENTARIA.

La resección gingival se define como la condición en la cual el margen gingival está localizada apicalmente a la unión cemento esmalte y la raíz esta expuesta al ambiente oral. Lo incisivos mandibulares son los más predisponentes a la reabsorción y esto es debido a la posición del diente labial a los arcos vitales.

Algunos autores sugieren que la recesión que ocurre a niños de 7 años se relaciona más a la malposición y a la inflamación por la placa asociada que al cepillado excesivo y que este llega a ser importante en la patogénesis de la resección gingival a una edad mayor. (6)

La resección gingival en algunos niños puede mejorar con el tiempo sin medidas específicas como una terapia ortodóntica. Los cambios desarrollados en la dentición durante el crecimiento pueden influenciar el potencial para el mejoramiento de este problema.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE MAL AJUSTADAS.

No importa que tan exacta, ajustada, adaptada o pulida sea la corona siempre se observa una inflamación a causa de las diferencias en forma y contorno entre el diente y la corona. A causa de las diferencias en forma, contorno, contacto y posición.

Una cualidad necesaria para la salud de la gingiva marginal es la adaptación exacta de la corona. Una sobreposición en los márgenes lleva a una retención de la placa y causa irritación en el tejido.

Las principales áreas de retención de la placa es, subgingival principalmente en los espacios entre un margen de corona muy mal adaptada en el diente.

Aunque la corona esté muy mal adaptada no se ha observado resorción del hueso. Los cambios de gingivitis a periodontitis toma lugar como a la edad de 15 años...(3)

RESPIRACIÓN BUCAL.

La respiración bucal puede causar susceptibilidad. La inflamación gingival puede ser persistente debido a la acumulación de placa por ausencia de la fricción natural del labio contra la gíngiva o cuando se tiene una postura del labio abierto, además de hábitos moderados de higiene oral en niños.

CARIES. En particular la que está cerca del margen gingival, promueve la acumulación de placa. Se debe recordar que la caries es una enfermedad bacteriana causada por la placa y carbohidratos.

IMPACTACION DE ALIMENTOS.- Consiste en la acumulación forzada de alimentos en el periodonto. Algunas de las causas que lo originan son la forma de los dientes, odontología defectuosa etc.

CEPILLADO TRAUMATICO.- Se puede producir erociones en el cuello del diente y alteraciones en el contorno y textura de las encías.

APARATOS DE ORTODONCIA.- Como se usan tanto de día como de noche pueden contribuir a la acumulación de placa si el paciente no tiene cuidado con su higiene bucal.

PROTESIS PARCIALES MAL DISEÑADAS.- Las protesis son cuerpos extraños que pueden causar irritación cuando ajustan mal o están pulidas inadecuadamente funcionan como focos para la agresión de la placa.

Los protesis que tiene su soporte sobre el tejido de union con frecuencia en la mucosa y comprimen los margenes gingivales lo que causa inflamación y destrucción tisular. Estos efectos se combinan cuando las protesis no se limpian bien y se usa durante la noche.

DEPOSITOS DENTALES' PELICULA ADQUIRIDA

Es una membrana acelular, amorfa manera de película que se adhiere a las superficies dentarias. se puede eliminar por medio del cepillado. Tiene dos funciones:

PROTECTORA.- Recubre caries insipientes y mineraliza con las superficies dentarias.

NOCIVA.- permite la adherencia de las bacterias.

PLACA DENTOBACTERIANA.

Es una entidad estructural específica de microorganismos de diferentes cepas y especies que se depositan sobre las superficies dentarias, mucosas, aparatos protésico y restauraciones se encuentra fuertemente organizada y dentro de una matriz intercelular.

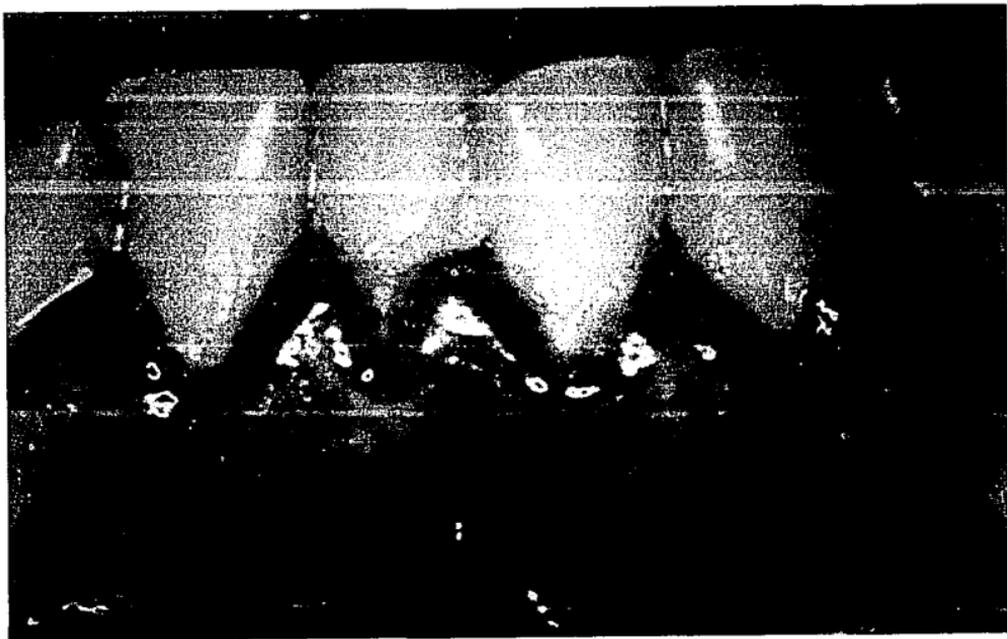
Las acumulaciones son mayores en los lugares que están fuera de la fricción funcional y del movimiento de la lengua. Se puede eliminar con cepillo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es una masa suave, color blanco amarillento, se adhiere principalmente en el tercio cervical de los dientes y por debajo de las zonas proximales y se puede localizar por medio de tinsiones.

CLASIFICACION.

Supragingival.- Por arriba del margen gingival.

Subgingival.- Por abajo del margen gingival.



La placa dentobacteriana se acumula con mayor frecuencia en lugares fuera de fricción y del movimiento de la lengua

MATERIA ALBA. Es un depósito amarillento o blanquesino suave y difuso que se encuentra en pacientes con higiene deficiente. Consiste en una masa de microorganismos, células epiteliales descamadas restos de alimentos, leucocitos y depósitos salivales. Su estructura es amorfa. Se puede eliminar con facilidad si se lava con rocío de agua.

CALCULO DENTAL.

El cálculo o sarro es una masa calcificada que se forma y adhiere sobre las superficies dentarias y otros objetos sólidos que están en la boca, como restauraciones y prótesis no expuestas a la fricción. El cálculo es el resultado de la calcificación de la placa.

El cálculo, por lo general no se presenta en la dentición temporaria, tampoco es común encontrarlo en los dientes permanentes de niños en edad escolar.

Con frecuencia se encuentra en jóvenes de 19 años de edad, está presente virtualmente en la boca de todo adulto.

FACTORES SISTEMICOS.

Derivan del estado general del paciente. Regulan la reacción de los tejidos a factores locales de modo que el efecto de los irritantes locales pueden ser agravados notablemente por estados sistemicos desfavorables. alteran el equilibrio al disminuir las defensas.

Aquí también se encuentran los factores hormonales, nutricionales, genéticos, etc.

SINDROME DE DOWN (MONGOLISMO):

Manifestaciones bucales.

Los enfermos con "Síndrome de Down" tienen gran prevalencia de enfermedad periodontal que se caracteriza por inflamación de las encías en la zona de los incisivos inferiores y pérdida temprana de los dientes. Se encuentra con más frecuencia en los varones además presenta una pérdida osea mayor alveolar, es decir, de mayor magnitud que las mujeres. Las destrucciones se localizan en ambas denticiones aunque es más común en la permanente. Hay una elevada incidencia de gingivitis ulcero necrosante aguda.

Tratamiento: Cuando el coeficiente del paciente es alto y tiene además deseos de cooperar solo se le pueden hacer procedimientos terapéuticos limitados. Pero cuando existen bolsas periodontales profundas y pérdida ósea el pronostico es malo.

SINDROME DE PAPILLON - LEFEVRE.

Se hereda como carácter recesivo autosómico. se presenta con inflamación gingival y exfoliación de los dientes temporarios y permanentes. Las lesiones cutaneas tienden a ser bien demarcadas y limitadas a las palmas de las manos y plantas de los pies. El grado de hiperqueratosis tiende a ser leve y no avanza con la edad.

Alteraciones dentales: Se cree que la alteración gingival, la inflamacion de las bolsas y la pérdida ósea alveolar comienza entre segundo y tercer año se vida, avanza después. A los 4 o 5 años todos los dientes temporarios están perdidos. se observa una inflamación intensa que es un dato diagnóstico importante de esta enfermedad. la inflamación desaparece cuando caen o son extraídos los dientes.

La erupción dentaria permanente no se ve afectada hasta que aparecen todos los dientes y aparece de nuevo la enfermedad. Los tejidos gingivales y periodontales son los únicos afectados por estas cosas, los demás tejidos se observan sin cambios. La cicatrización es normal. La mandíbula desdentada queda con muy poca altura vertical.



Una característica del Síndrome de Papillón
Lefevre es el engrosamiento de las palmas
de las manos y de las planta de los pies



Uno de los síntomas bucales es la pérdida intensa del hueso alveolar incluso en la dentición temporal.

OSTEOCITOSIS X

Esta enfermedad ataca a niños, adolescentes y a adultos jóvenes. Afecta más a varones.

Se presenta por una triada de síntomas, lesiones craneanas, exfoliación y diabetes insípida.

Signos y síntomas locales: Los primeros síntomas que se presentan es dolor, sensibilidad y aflojamiento de los dientes. En la cavidad bucal se presentan lesiones úlcero necrotizantes de la encía con exposición del diente en la zona afectada. La radiografía revela destrucción del hueso alveolar, dando la impresión de que el diente esta "flotando" en los tejidos blandos. La mandíbula es la más afectada. la zona de molares y premolares son los sitios de las lesiones iniciales.

Tratamiento. Las lesiones óseas aisladas responden por lo general al curetaje y la radiación pero la forma diseminada aun se considera como una enfermedad grave.

Resulta de gran valor los esteroides junto con antibióticos para combatir las infecciones secundarias .

HIPOFOSFATASIA

Los pacientes presentan actividad baja de fosfatasa alcalina en suero, anomalías esqueléticas y aumento de la excreción urinaria de fosforiletanolamina.

Odontológicamente se presenta:

Exfoliación prematura de uno o más dientes temporarios anteriores, en forma espontánea o como consecuencia de un trauma leve. Las manifestaciones radiográficas muestran dientes "huecos" y pérdida de hueso alveolar únicamente limitada a los dientes temporarios anteriores aunque puede encontrarse también en dientes posteriores y ausencia de inflamación gingival intensa.

Antes de establecerse el diagnóstico debe haber baja fosfatasa alcalina en suero y/o fosfoetanolaminuria y manifestaciones histológicas de hipocementogénesis.

NEUTROPENIAS

La neutropenia es la disminución de los neutrófilos circulantes. Existen varios tipos de neutropenias pero nos interesan cuatro porque presentan manifestaciones bucales.

NEUTROPENIA CRONICA Y NEUTROPENIA VENIGNA FAMILIAR.

Ambas tienen manifestaciones similares y excepto que la última se hereda como dominante no vinculado al sexo.

Manifetacines periodontales.

El aspecto de la encía es roja brillante o color cereza, blanda, hinchada y edematosa con zona de descamación parcial o rojo brillante. En la zona cervical puede haber una lesión granulomatosa definida bien demarcada del resto de la encía insertada desapareciendo despúes con exfoliación de los dientes temporarios y reaparecen al erupcionar los permanentes. Hay bolsas periodontales y la pérdida ósea alveolar llega a ser avanzada, suelen presentarse úlceras bucales.

No todas estas manifestaciones suelen presentarse en cada caso.

Tratamiento:

Está contraindicado la realización de tratamietnos sistemicos porque no se presentan infecciones de gran magnitud.

Como las zonas afectadas son más sensibles se les debe administrar al paciente sustancias anestésicas como la anestesia tópica (xilocaína), difenilhidramina, (venadryl) o clorhidrato de diclonina (clorhidrato de dyclone). Anestesiada la boca se pasa una torunda de algodón por el margen gingival.

NEUTOPENIA CICLICA.

Enfermedad rara caracterizada por neutropenia a intervalos aproximados de veintidós días y por malestar general, fiebre, artralgias, úlceras bucales y en muchos casos una marcada pérdida de hueso alveolar, inflamación gingival y bolsas periodontales profundas.

La instalación de la enfermedad es a cualquier edad, no hay predilección de sexo su etiología es desconocida.

MANIFESTACIONES PERIODONTALES.

Cuando el comienzo de la enfermedad ocurre durante la infancia los niños sufren una marcada gingivitis en la dentición primaria. Después se presenta pérdida ósea alveolar al rededor de los dientes permanentes.

Con las manifestaciones clínicas la enfermedad aparece en las primeras épocas de la adultés se encuentran ulceraciones bucales y el hueso alveolar tiende a ser eliminado por la enfermedad.

TRATAMIENTO:

El tratamiento médico y odontológico son por lo común desalentadoras. El tratamiento con corticotropina y corticoesteroides proporcionan alivio sintomático a algunos pacientes pero no actúan sobre los ciclos neutropénicos.

El tratamiento de sostén durante la fase agranulocítica es la mejor manera de terapéutica. El tratamiento consta de ajustes oclusales ferulización de dientes móviles, curetaje y control de placa. Se debe evitar la cirugía periodontal pero sin extraer los dientes.

CAPITULO III

ENFERMEDAD CON REABSORCION ALVEOLAR

PERIODONTITIS

La enfermedad periodontal comienza en la niñez y no se le reconoce hasta la tercera década una vez que ha producido alteraciones irreparables. La enfermedad es una lesión progresiva y destructiva del aparato de soporte dental que puede tener su origen en la niñez o en la pubertad, continuando su proceso en la vida adulta.

La entidad patológica periodontal observada con mayor frecuencia en el paciente joven es la gingivitis.

La periodontitis es el tipo más común de la enfermedad periodontal producida por la extensión hacia los tejidos de soporte de la inflamación iniciada en la encía.

SE CARACTERIZA POR:

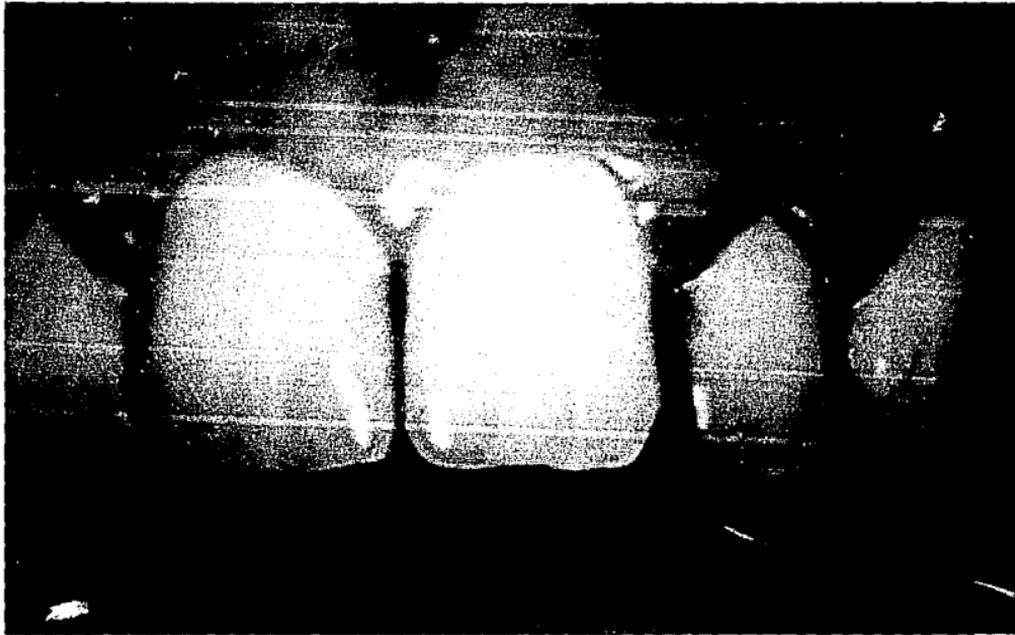
Exudado purulento .

Sangrado espontáneo, o al sondeo que se encuentra asociado a la presencia de inflamación.

Papilas achatadas.

Bolsas peridontales.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



El sondeo nos ayuda a descubrir bolsas periodontales

PERIODONTITIS PREPUBERAL

La etiología y la patogénesis de la enfermedad periodontal ha sido investigada extensivamente durante la pasada década. Esta enfermedad es conocida como " Periodontitis " es en toda probabilidad en familia de asociaciones pero razonablemente enfermedades separadas.

Pege y Schoroeder, creen que hay suficientes diferencias en las características histopatológicas de la periodontitis, ellos creen que hay por lo menos 4 formas de periodontitis. Siendo la periodontitis en el adulto la más prevalente.

La peiodontitis juvenil involucra los primeros dientes permanentes molares e incisivos, o a la inversa otros dientes pueden estar también asociados. Poco se conoce sobre esta enfermedad.

La periodontitis puede tener una forma generalizada o localizada.

La localizada, comienza después de la erupción de un diente primario se presenta poca inflamación gingival, formación de cicatriz y absorción ósea alrededor de un numero de dientes primarios. Hay diferencia de neutrofilos o monocitos.

La generalizada sigue un curso clínico más severo caracterizado por una marcada inflamación gingival, la resorción y una formación de hendiduras de la palatina de la gíngiva y una rápida del hueso. El patógeno más prominente es el hemophilus (Actinobacillus) actinomyceter conitans.

La periodontitis prepural es asociada frecuentemente con otros microorganismos tales como S. sputigena, B intermedios, E. corrodens.

Los pacientes frecuentemente tienen otitis media y piel recurrente e infección respiratoria superior.

Pege y Baab concluyen que en la periodontitis temprana puede desarrollarse anomalías en el cemento y que hay una predisposición de los dientes afectados. Puede no haber inflamación.

PERIODONTITIS JUVENIL

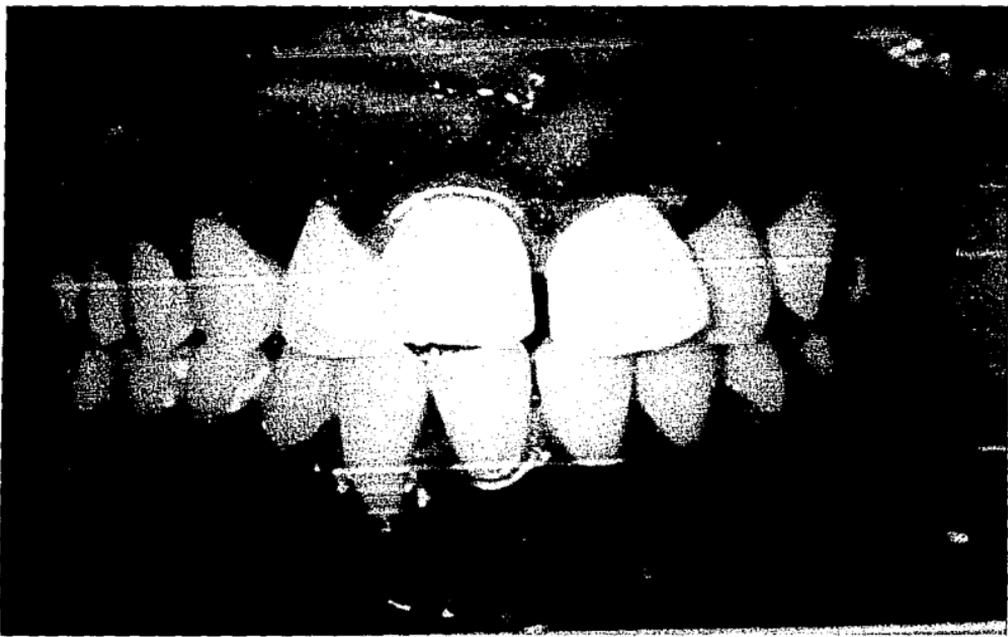
Según el Dr. Ronald, la periodontitis juvenil no afecta a la primera dentición en ausencia de enfermedades sistémicas.

La periodontitis se define como una enfermedad que ocurre en el periodonto en la adolescencia y esta caracterizada por la pérdida de hueso alveolar afectando a más de un diente de la dentición permanente. Las bacterias específicas implicadas son Capnocytophaga y Actinobacillus, Actinomycetacomitans en la etiología de la periodontitis juvenil.

La patogenisidad intrínseca de éstos organismos adversamente afecta la función de los leucocitos polimorfolares alterando un sin número de defenzas. La asociación de la función depresiva de los leucositos con periodontitis juvenil está bién clara y tal vez sea posible que la depresión inmunológica de los leucocitos está basada en el decremento de linfocitos T. Una asociación aparece entre la destrucción rápida de formas de periodontitis juvenil y ciertas enfermedades hereditarias.

Puede ser hereritaria por los grupos sanguíneos ABO y también a la mezcla de fenotipos.

La periodontitis juvenil se limita a la dentición permanente y en otro caso a pacientes sanos.



La periodontitis juvenil es poco frecuente, se presenta al fin de la adolescencia o en adultos jóvenes

CAPITULO IV

CONTROL DE LA PLACA

El control de la placa dental constituye la base de la profilaxis y del tratamiento periodontal. El objetivo es establecer un programa de higiene bucal que logre y conserve una boca sana.

MOTIVACION

La primera fase del programa de control de la placa estriba en forzar la motivación. Los pacientes responden a fines diversos y hay que seleccionar un incentivo adecuado para cada individuo. Se debe insistir motivando al paciente que la prevención de la enfermedad periodontológica conserva el buen aspecto de la boca, la función masticatoria adecuada disminuye la necesidad de tratamiento periodóntico y restaurador en el futuro.

EDUCACION

Se le debe explicar al paciente en términos sencillos lo que la placa y la lesión que provoca a los dientes y las estructuras de sostén. Los signos de la enfermedad periodontal se demuestran en su propia boca, de manera que pueda verlos, y cabe alentarlo gracias a la mayoría del estado del parodonto.

INSTRUCCION

La información acerca del cepillado dental y de los medios de limpieza interproximal que se deben usar, debe ser clara. Hay que proporcionar muestras de los materiales pertinentes para mostrar los erróneos. También pueden usarse tabletas reveladoras y un espejo bucal de manera que puedan verse los depósitos de la placa, incluso en las zonas menos accesibles.

Debe demostrarse primeramente con modelo para proceder después con un nuevo sistema para cepillar los dientes de manera que cada cuadrante se limpie en tres segmentos en las porciones vestibular y otros tres en la porción lingual. Después se cepillan las superficies de oclusión.

La técnica más utilizada para la higiene bucal en niños es la técnica de barrido. (2)

FRECUENCIA DEL CEPILLADO

Como se requiere de 24 a 36 horas para la acumulación de cantidades significativas de placa dental, algunos autores recomiendan 2 cepillados al día siendo uno de ellos muy minucioso; otros reaccionan pero con alto grado de eficiencia.

El factor clave no es la frecuencia de los procedimientos para el control de la placa sino más bien la minuciosidad de su empleo. (5)

DISEÑO DEL CEPILLO

Son recomendados los cepillos de cerdas blandas porque ofrecen éstas ventajas: Pueden adaptarse mejor al área marginal gingival permitiendo una limpieza del surco y de la zona interproximal más efectiva, las puntas de las cerdas suaves penetran al surco gingival y en los defectos de la superficies de

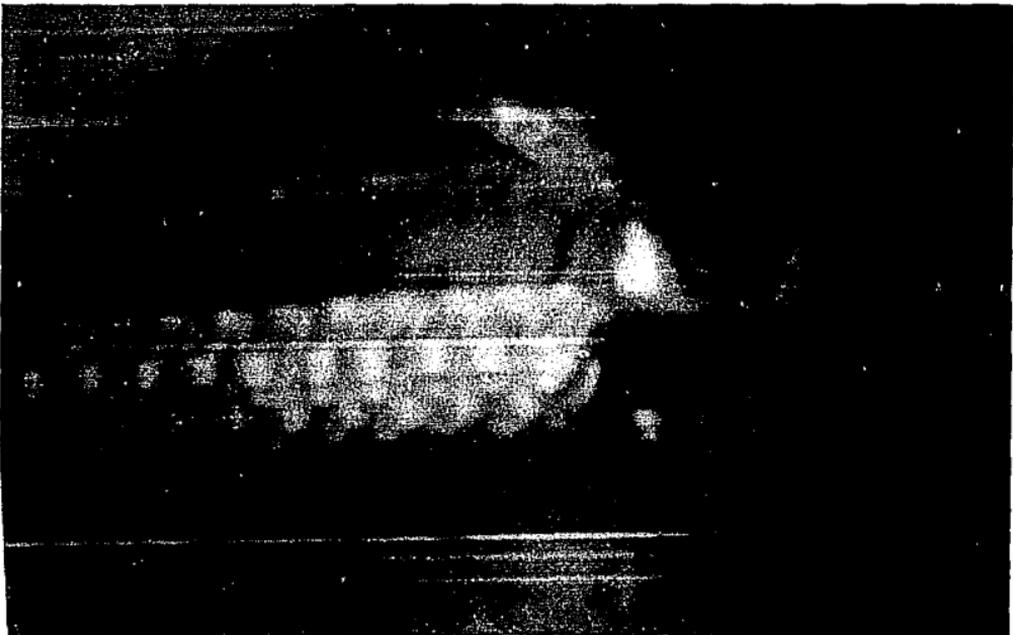
los dientes con mayor facilidad que las cerdas duras, su uso riguroso la conduce a la recesión gingival y a la abrasión radicular. Existen varios diseños de cepillos, incluyendo aquellos con las cerdas dispuestas en dos o tres hileras en mechones sencillos y en los que tiene una multitud de mechones.

PASTA DENTAL

Las pastas dentales contienen abrasivos suaves, como el carbonato de sodio y el fosfato dicálcico. Sin embargo no eliminan del todo la placa con el cepillado. Por la acción detergente y abrasiva de la pasta ayuda a eliminar las manchas y a este respecto los polvos dentales son más efectivos pero pueden provocar abrasión dental. Es probable que la propiedad más importante de una pasta sea su sabor y olor refrescante, que estimule el uso más frecuente del cepillo.

La pasta con fluoruro promueve la absorción del ión y flúor en la superficie dental, y así inhibe la colocación bacterias del diente.

Son pocas las pastas dentales que contienen sustancias químicas que ayudan a reducir la sensibilidad de la reacción gingival. Entre éstas el formaldehído y el bicarbonato de sodio.



El cepillado dental es necesario para prevenir la placa

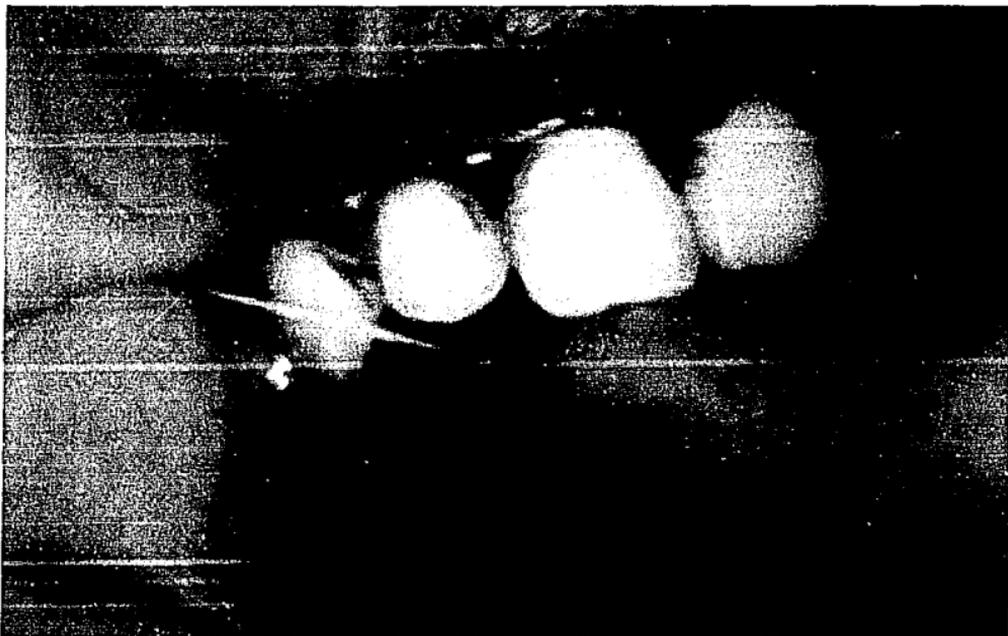
ELEMENTOS AUXILIARES DEL CEPILLADO

Es necesario implementar al cepillado algún tipo de limpieza interdientaria ya que la limpieza más efectiva con el cepillo dental no elimina toda la placa interdientaria. Dentro del mercado podemos encontrar numerosos aparatos para la limpieza interdientaria.

SEDA O HILO DENTAL

Este es quizá el auxiliar para la limpieza interdientaria más recomendado y el más útil. En denticiones normales el hilo dental es aproximadamente el 80% más efectivo para la eliminación de la placa interdientaria.

Podemos encontrar dos tipos de éste, el encerado como el no encerado. El segundo ofrece algunas ventajas, es de un diámetro pequeño y pasa con mayor facilidad a través de contactos interproximales apretados, actúa cada hilo que lo compone en forma separada como un borde cortante para desalojar detritus. El ruido que hace al pasarlo sobre la superficie dentaria se puede emplear como una forma de controlar el procedimiento.



Es recomendable el hilo dental
para la limpieza interproximal

PALILLOS O MONDADIENTES.

El mondadientes, montado en un dispositivo de plástico con un ángulo, denominado Perio-Aid es el aparato empleado con mayor frecuencia para alcanzar zonas de furcación, con cavidades radiales y zonas invaginadas.

Es muy eficaz en áreas de difícil acceso para el cepillo o hilo.

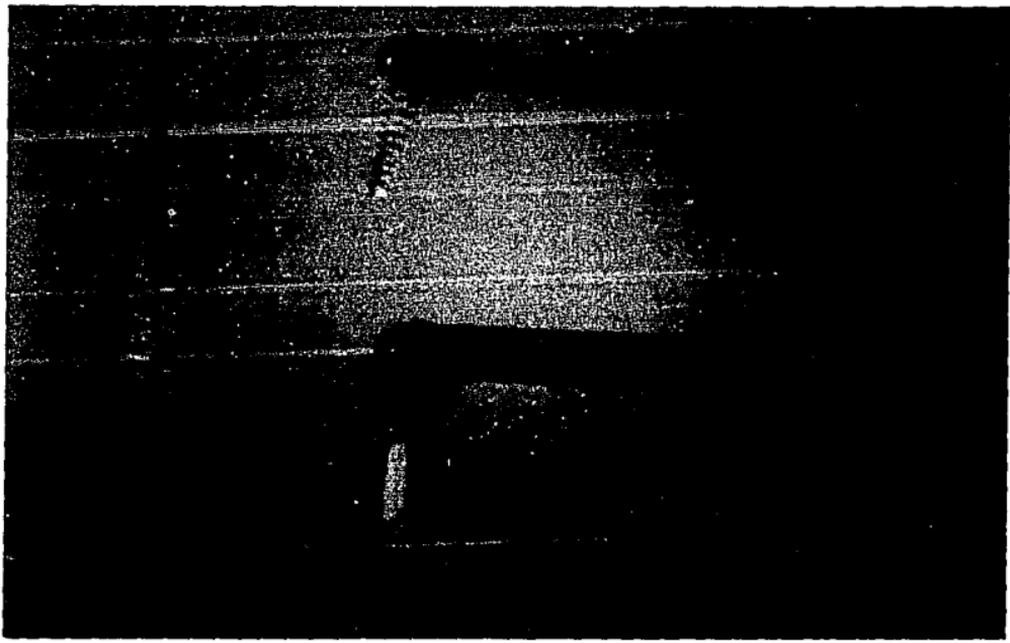
APARATOS IRRIGADORES

Han sido recomendados durante muchos años. Existe una gran variedad, algunos son automáticos, otros están diseñados para adherirse al grifo de agua del cuarto de baño. Muchos doctores piensan que provocan efectos benéficos en las bocas de los paciente con grandes puentes, férulas o bandas de ortodoncia, especialmente cuando se emplean como auxiliares del cepillado y el hilo dental.

Estos no son eficaces para la eliminación de la placa. No es recomendado en personas con bolsas periodontales.

CEPILLO INTERPROXIMAL

Son pequeños cepillos parecidos a los utilizados para la limpieza de botellas. Con el objeto de eliminar la placa nichos abiertos y de las furcaciones. El cepillo interproximal es el más efectivo que el hilo y los palillos en el control de la placa interproximal del paciente periodontal.



Los cepillos interproximales son recomen-
dados cuando existen espacios amplios y
contornos tisulares difíciles de limpiar

AGENTES REVELADORES

Estos auxiliares combinados con la utilización de tabletas reveladoras permitirán al paciente evaluar su progreso personal.



Las pastillas reveladoras nos ayudan a descubrir placa por medio de su tinción.

CONCLUSION

La enfermedad periodontal inflamatoria y la caries dental son en gran medida producto de la placa dentaria. Es un factor fundamental en la evolución e intensidad de las enfermedades . Los irritantes mecánicos locales y de salud de la resistencia de los tejidos también son determinantes en la enfermedad periodontal. La acumulación de placa bacteriana es importante en el avance de estas enfermedades y también en su inicio.

La prevalencia de caries y de la gingivitis aguda alcanza su máximo nivel durante el periodo de la adolescencia para que den resultados positivos.

BIBLIGRAFIA

1.- Baer Paul N.

Enfermedad Periodontal en niños y adolescentes

Editorail Mundi, Buenos Aires, Argentina.

tr. Dra. Marina González de Grandi.

pp 15 - 28

2.- Carranza A. Fermin.

Periodontología clínica de Glickman.

Edit. Interamericana, México D.F. 1983.

tr. Marina Beatriz González de Grandi.

pp. 78 - 88 y 731 - 738.

3.- Einswag Johannes.

Effect of entirely preformed stainless steel crowns on periodontal health in primary, mixed dentitions.

Journal of dentistry for children.

1984 pp 356 - 358.

4.- Manasson J. D.

Manual moderno de Parodontia.

México D. F. 1986

pp 27 - 30 y 93 - 99.

5.- Schluger Saul. Roy e Pzge Ralph A. Yuodelis.

Enfermedad Periodontal.

Edit. Continental

tr. José Luis García Martínez

México D.F. 1984

pp. 22 - 39

6.- Soboscki A. Andlin

3 year observations on gingival recession in mandibular incisor in children.

Journal of dentistry for children

1991; 18: 155 - 159