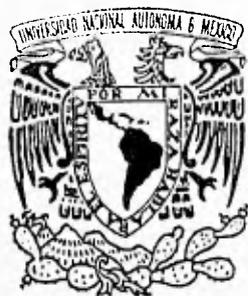


133
2 ef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESTADIOS PARODONTALES
EN NIÑOS DE
TRES A SEIS AÑOS DE EDAD

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

ALEJANDRO DUARDO GONZALEZ

Asesora:

C.D. ROSSINA PINEDA Y GOMEZ AYALA

A handwritten signature in black ink, likely belonging to the advisor, Rossina Pineda y Gomez Ayala.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autonoma De México
y a la Facultad De Odontologia
por la oportunidad que me brindaron y a quien
espero nunca defraudar.

A todos los profesores que a lo largo
de la carrera participaron en mi preparación
y formación profesional.

A mi asesor C.D. Rosina Pinedo Y Gomez Ayala
con agradecimiento muy especial por su guia,apoyo
y colaboración que me brindo.

Al Honorable Jurado
con agradecimiento

A mis queridos padres
Alfredo Duardo Hernandez
Maria Felix Gonzalez Lara
por su esfuerzo, cariño y apoyo
aliento y comprensión que me
han brindado siempre. Con amor
y respeto.

A mis Hermanos que de una u otra
forma me brindaron su apoyo y
comprensión.

Al ser más especial: Dios
por darme la oportunidad de vivir
y la dicha de realizarme
profesionista. Con infinito amor
e inmenza gratitud.

INDICE	pág.
CAPITULO I	
1.1. Condiciones periodontales	1
1.2. Cambios gingivales fisiologicos relacionados relaciónados con la erupcion del diente.	3
1.3. Dentición temporal aspectos clínicos	5
1.4. Dentición temporal aspectos histológicos	6
CAPITULO II	
DIAGNOSTICO PERIODONTAL	
2.1. Examen Clínico	7
2.2. Procedimientos de diagnostico	11
CAPITULO III	
3.1. Etiología de la enfermedad periodontal	12
3.2. Patogenia	12
3.3. Lesión inicial, Lesion Establecida, Lesión Avanzada	13
3.4. Respuesta Gingival	14
3.5. Diferencias con relación a la edad	14
3.6. Recesión Gingival.	15
CAPITULO IV	
TIPOS DE ENFERMEDADES GINGIVALES	
4.1. Gingivitis Marginal	16
4.1.1. Gingivitis Marginal Crónica	18
4.2. La Gingivitis. acumulación de placa y composición de placa bajo el uso a largo plazo de meridol.	18
5.1. Periodontitis juvenil forma generalizada	19
5.1.1. Síndrome de Papillon- Lefevre	19

INTRODUCCION

Por lo general el periodonto de, el preescolar se caracteriza por estar sano con patología limitada a la gingivitis marginal, muy pocos niños presentan alguna enfermedad sistémica que abarque pérdida ósea y exfoliación prematura de dientes primarios. El odontólogo, puede estar seguro que durante su práctica profesional verá pocos de estos casos, sería inexacto afirmar que no hay presencia de gingivitis ni acumulo de cálculos pues muchos niños sí las experimentan.

Lo que si parece evidente es la alteración en el progreso de la gingivitis hacia la periodontitis en los preescolares, la gingivitis no causa deterioro histico apreciable o irreversible. El objetivo de la salud periodontal no es prevenir la destrucción del tejido, sino conservar sanos los tejidos orales de soporte establecer un ambiente con poca placa y microflora normal y proveer al paciente aspecto.

CAPITULO. I

1.1 . CONDICIONES PERIODONTALES

* El periodonto de la dentición primaria difiere del adulto en varias formas, la encía es más roja y blanda y carece del puntilleo gingival del adulto. El tejido es menos fibroso y más vascular; el hueso alveolar también es diferente, con menos trabeculado, mayores espacios medulares y menos calcificación, el riego sanguíneo y el drenaje linfático también son más amplios en el hueso .

El tamaño, la forma y el espaciamiento de los dientes primarios también pueden favorecer la salud periodontal en los niños, las papilas interdentes son más planas y con el espaciamiento más accesibles a la limpieza. El hueso subyacente es más plano en la cresta alveolar; las coronas cortas de los dientes anteriores pueden reducir al mínimo las fuerzas oclusales sobre el alvéolo, las raíces planas muy espaciadas de los dientes posteriores pudieran ayudar a distribuir las fuerzas y explicar la falta de traumatismo oclusal en la dentición primaria. * 1,2.

* La encía de esta dentición es rosa pálido, firme y ya sea lisa o punteada lo segundo se encuentra en un 35% de los niños de 5 a 13 años de edad. La encía interdental es más ancha bucolingual y tiende a ser estrecha en la dimensión mesiodistal, de conformidad con el contorno de las superficies proximales. La profundidad media del surco gingival en la dentición primaria es de 2.1 mm más o menos 0.2 mm.

Al microscopio, el epitelio escamoso estratificado de la encía presenta prolongaciones epiteliales bien diferenciadas y una superficie paraqueratinizada o queratinizada, la segunda se relaciona con el punteado. El tejido conectivo que predomina es fibrilar, pero los haces de colágeno bien definidos que se ven en el adulto no se presentan en la infancia. El

Al microscopio, el epitelio escamoso estratificado de la encía presenta prolongaciones epiteliales bien diferenciadas y una superficie paraqueratinizada o queratinizada, la segunda se relaciona con el punteado. El tejido conectivo que predomina es fibrilar, pero los haces de cólogena bien definidos que se ven en el adulto no se presentan en la infancia. El epitelio que cubre el col. Es de pocas células de espesor y no queratinizado. * 3.1.

* El ligamento periodontal de la dentición primaria es más ancho que el de la dentición permanente. Durante la erupción las fibras principales se encuentran paralelas a los ejes longitudinales de los dientes, la disposición de los haces que se ve en la dentición adulta se presenta cuando los dientes se encuentran sus antagonistas funcionales.

El hueso alveolar en esta dentición muestra en las radiografías una lámina dura prominente durante la etapa del folículo y en la erupción. El trabeculado del hueso alveolar es poco pero es grueso y los espacios medulares tienden a ser más amplios que en el adulto. Las crestas del tabique interdentario son planas. * 3.2.

1.2. CAMBIOS GINGIVALES FISIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA ERUPCIÓN DEL DIENTE.

Durante el periodo de transición en el desarrollo de la dentición se presentan en las encías cambios asociados con la erupción de los dientes permanentes. Es importante reconocer estas modificaciones fisiológicas y diferenciarlas de la enfermedad gingival que con frecuencia acompaña a la erupción dentaria. Los siguientes son cambios fisiológicos de la encía vinculados con la erupción dentaria.

PROTUBERANCIA EN LA PREERUPCIÓN.

Antes de que la corona aparezca en la cavidad bucal, la encía presenta un abultamiento que es firme, puede ser ligeramente blanco y conforme al contorno de la corona subyacente.

FORMACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL.

El margen gingival y el surco se desarrollan conforme la corona penetra en la mucosa bucal. En el transcurso de la erupción del margen gingival por lo general se encuentra edematoso, redondeado y algo rojo

.PROMINENCIA NORMAL DEL MARGEN GINGIVAL

Durante el periodo de la dentición mixta es normal que la encía marginal alrededor de los dientes permanentes esté bastante prominentes, en especial a la región anterior del manillar en esta etapa de la erupción dentaria, la encía todavía esta insertada en la corona y aparece prominente cuando se superpone sobre la masa del esmalte subyacente.

La gingivitis relacionada con la erupción del diente. Es frecuente y originó el término gingivitis de erupción. Sin embargo, la erupción dentaria por si no causa gingivitis. La inflamación resulta de la acumulación de placa alrededor de los dientes en erupción. El inicio de la gingivitis parece estar relacionada con la acumulación de placa que con la remodelación del tejido por la erupción. La retención de la placa alrededor de los dientes primarios facilita la formación de la placa al rededor de los dientes permanentes yuxtapuestos. Los cambios inflamatorios acentúan la prominencia normal del margen gingival y crean impresión de un mercado agrandamiento gingival.*3,1.

1.3. DENTICIÓN TEMPORAL ASPECTOS CLÍNICOS

La encía del niño con una dentición temporal completa es, por lo general, más rojiza y tiene un carácter más flácido que la del adulto. Además, el borde marginal gingival presenta un aspecto más protrusivo y redondeado lo que posiblemente guarde relación con el borde cervical tan pronunciado que tienen las coronas de los dientes temporales.

El punteado típico que se observa en las encías sanas del adulto se desarrolla lentamente a partir de los 2 o 3 años de edad y a partir por lo general, es fácilmente observable como una zona estrecha en los primeros años de la edad escolar.

En las zonas con distancias entre los dientes temporales, los tejidos interdentarios, tienen forma de silla de montar, cuando se han establecido contactos próximos entre los molares, la zona interproximal queda totalmente rellena por una papila interdental, con una concavidad marginal que corresponde a la zona de contacto.

En las radiografías el hueso alveolar que rodea los dientes de leche tienen una lámina dura fina, pero bien definida, y una membrana periodontal comparativamente amplia, además presenta escasas trabéculas y grandes espacios medulares con una vascularización rica, el cemento radicular es también fino y, principalmente de tipo celular.

1.4. DENTICIÓN TEMPORAL ASPECTOS HISTOLOGICOS.

En el momento del nacimiento toda la cavidad oral se encuentra cubierta por epitelio escamoso estratificado. El tejido conjuntivo subyacente tiene una red de fibras colegas comparativamente menos desarrollado en el niño que en el adulto, además posteriormente cuando han erupcionado los dientes temporales, los haces de fibras son más escasos y aparecen menos densos el tejido conjuntivo gingival del niño pequeño esta también mas vascularizado que el del adulto.

La encía empieza a queratinizarse tras la erupción de los dientes, pero la capa queratinizada sigue siendo muy fina durante todo el periodo de la dentición temporal y en consecuencia, pueden verse los vasos del tejido conjuntivo a través de la capa epitelial, lo que da a la encía, así como el resto de la mucosa oral un aspecto más rojizo que el que se observa en el adulto.

El aspecto flácido de la encía del niño, su tonalidad rojiza y su superficie más lisa y menos punteada que la del adulto pueden hacer que el observador inexperto sobrestime el grado de inflamación.

CAPITULO. II

DIAGNOSTICO PERIODONTAL

2.1. EXAMEN CLÍNICO.

La presentación de cualquier tipo de servicio médico o dental sólo puede tener éxito cuando se basa en un diagnóstico global derivado de una exploración completa del paciente, este principio básico es tan importante para la organización de servicios dentales comunitarios como para la planificación terapéutica en casos individuales.

La exploración del pediátrico debe cubrir los siguientes aspectos.

1. Historia del caso
 - a) Datos personales (nombre, edad, etc.)
 - b) Síntoma o síntomas actuales
 - c) Historia familiar
 - d) Historia médica

2. Exploración clínica
 - a) Aspecto general
 - b) La cara
 - c) Mucosa oral
 - d) Tejidos periodontales
 - e) Dientes
 - f) Oclusión

3. Exploración radiográfica

En algunos casos se precisan pruebas de laboratorio, como biopsias estudios bacteriológicos a fin de establecer un diagnóstico definitivo. La experiencia clínica de muchos profesionales demuestra que el primer contacto del niño con el mundo dental es una determinante de gran trascendencia para su futura conducta la consulta del dentista.

Durante la primera visita el niño y sus padres se forman una opinión acerca de las aptitudes del dentista y su equipo con respecto al tratamiento del dentista pediátrico. Así pues es importante que la exploración del niño se realice en una atmósfera amistosa y relajado el llevar a un niño pequeño por primera vez al dentista puede producir ansiedad en muchos padres sobre todo si ellos mismos tienen recuerdos desagradables de sus propias visitas al dentista. Durante su infancia.

HISTORIA MEDICA.

Este apartado de la historia debe ofrecer al dentista una impresión sobre el estado general de salud y desarrollo del niño proporcionando información sobre cualquier enfermedad importante que haya padecido. En caso de que los padres comuniquen alguna enfermedad importante será preciso solicitar una consulta con el médico del niño. *3,2.

HISTORIA DENTAL

Mediante la historia dental se deben revisar las experiencias del niño en servicios dentales. Por otra parte, el tipo de tratamiento dental que ha recibido con anterioridad el pequeño paciente, incluida una destrucción de las medidas de control y del dolor y la percepción paternal de la cuál ha sido la aceptación de las terapéuticas dentales previas por parte del niño, constituye una importante información que permite que el dentista evalúe la conducta previa del niño en la situación dental, que pone de manifiesto procedimientos terapéuticos que han resultado especialmente traumáticos.

Como parte de la historia dental hay que identificar todos los factores de interés para la salud dental del paciente pediátrico, tales como los hábitos de higiene oral cotidiana, hábitos dietéticos, y hábitos de succión.

La historia del caso también persiguen la identificación de la etiología de afecciones como caries rampante, atricción atípica, recesión gingival, etc. Observada durante la breve inspección inicial.

EXPLORACION CLINICA

ASPECTOS GENERALES

La exploración clínica del niño comienza en el momento en el éste entra en la consulta dental. A partir de entonces el dentista debe tomar nota de cualquier deformidad o limitación física importante de su paciente. Las reacciones emocionales que presentan los niños pequeños frente al ambiente se expresan con frecuencia de forma no verbal; por ello es importante observar la conducta del sujeto desde que entra a la clínica.

Mientras se obtiene la historia del caso el dentista tiene la oportunidad de hacer diversas observaciones útiles que pueden ayudarle a estimar el grado de madurez y los rasgos de personalidad de el niño. Las observaciones sobre el desarrollo del lenguaje son importantes para determinar hasta qué punto el dentista puede aprovechar la comunicación verbal con su paciente. Evidentemente el niño inquieto tolera períodos de tratamientos más breves que otro con un mejor control motor la reacción del niño a la comunicación no verbal puede evaluarse ya con el primer apretón de manos.

2.2. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO

*Por lo general la exploración intraoral, constituye el primer contacto del niño con los instrumentos dentales; por ello el dentista, debe optar de entrada por procedimientos sencillos para acostumbrar al niño a la manipulación de la cavidad oral con espejos, sondas y otros instrumentos. Hay que emplear una técnica de "decir-enseñar-hacer" en toda su extensión. Durante la exploración intraoral y después de ella, el dentista debe ir comunicando sus hallazgos a los padres que agradecerán las explicaciones y comentarios sobre la situación dental de sus hijos.

La cavidad oral debe explorarse de forma sistemática para evitar la omisión de cualquier aspecto importante.

El equipo necesario para una exploración intraoral habitual se limita a unos cuantos instrumentos. La exploración oral puede realizarse casi siempre estando el niño sentado en el sillón dental, aunque en algunos casos es aconsejable hacerla con el niño colocado sobre el regazo de la madre o del padre.

EXPLORACION DE LA MUCOSA ORAL

La mucosa oral puede examinarse después de haberse limpiado, comenzando por el interior de los labios y continuando hasta la mucosa del interior de la mejillas, incluidos también los surcos alveolares superior e inferior. El paladar se inspecciona con la ayuda de un espejo, y la mucosa de la lengua y el piso de la boca se examina retrayendo cuidadosamente la lengua.

Durante la exploración de la mucosa oral, que puede incluir una fase de palpación, hay que comprobar la existencia de ulceraciones, cambios de coloración en la superficie, zonas hinchadas o fistulas. Al examinar los procesos alveolares debe prestarse especial atención a cualquier zona hinchada o retracción del margen gingival que puede reflejar un proceso patológico interradicular. * 1,3,4.

CAPITULO . III

3.1. ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

* En los niños, como en los adultos, la causa más frecuente de la gingivitis es la placa, las condiciones locales, como la materia alba e higiene bucal deficiente favorecen su acumulación. Sin embargo, en preescolares se encontró que la respuesta gingival a la placa bacteriana era menor que la de los adultos. La placa dentaria parece formarse más rápido en los niños que en los adultos, en los lactantes no son comunes los cálculos; se presentan en el 9 % de los niños entre cuatro y seis años de edad, el 18 % en los de siete y nueve años de edad y en un 33% y un 44% entre los 10 y 15 años de edad en los niños con fibrosis quística, la formación de cálculos es más usual y grave ocurre en un 77% a la edad de siete a nueve años y en el 90 % de lo 10 a los 15 años; es probable que se relacione con las concentraciones elevadas de fosfatasa, calcio y proteínas en la saliva. * 1,5.

3.2. PATOGENIA

* Uno de los problemas más importantes que surgen al explicar la patogenia de la enfermedad periodontal es lo difícil que resulta distinguir claramente lo normal de lo patológico. Cuando el tejido gingival se libera de la placa, siguen encontrándose leucocitos emigrando a través del epitelio dermoepidémico en dirección al surco gingival, y pueden verse también algunos linfocitos y células plásticas en el tejido conjuntivo.

La inflamación gingival se desarrolla gradualmente, para ilustrar el curso del proceso puede servirnos la siguiente clasificación. * 2,4.

3.3. LESION INICIAL. LESION ESTABLECIDA. LESION AVANZADA

* Tras 2 - 4 días de acumulación de placa microbiana, la respuesta inflamatoria del tejido se caracteriza por una dilatación de los vasos del tejido gingival con migración de numerosos leucocitos polimorfonucleares hacia el epitelio dermo epidérmico y el surco gingival.

La dilatación de los microvasos en la lesión inicial es inducida por sustancias químicas los llamados mediadores, que se liberan en el punto de la lesión. Estas sustancias provocan quimiotaxis y aumento de la permeabilidad vascular, por ejemplo, la histamina liberada de los mastocitos es el mediador de las reacciones alérgicas otras sustancias vasoactivas muy potentes son las cininas y los péptidos, que se generan por activación del complemento también se encuentran prostaglandinas en concentraciones elevadas

Lesión precoz al cabo de 4 - 7 días de acumulación de placa, en condiciones experimentales, se desarrolla una lesión gingival precoz las características de la lesión inicial se acentúan y empieza a observarse exudación de proteínas sericas cuantificables en el liquido gingival. El epitelio dermoépidermico contiene un número elevado de neutrófilos mononucleares, macrófagos y linfocitos que han emigrado, y se observa acumulación local de linfocitos inmediatamente por debajo de dicho epitelio, junto con roturas locales de las fibras colágenas. En este estadio puede haber también proliferación incipiente de las células basales del epitelio dermoépidermico. * 1,2,4.

LESION ESTABLECIDA

* Es una lesión establecida predominan las células plásticas dispersas en el tejido conjuntivo, puede demostrarse una gran cantidad de inmunoglobulinas en el comportamiento extravascular del epitelio dermoépidermico y en el tejido conjuntivo afectado, en este estadio hay una proliferación evidente del epitelio en la zona de tejido conjuntivo disuelto.

LESION AVANZADA

En el estadio avanzado se acentúan las características de la lesión establecida y se observa, también, descomposición de las fibras principales, junto con un desplazamiento apical del epitelio dentó gingival y reabsorción ósea por los osteoclastos comienza en la zona adyacente a la cresta del hueso alveolar y, por lo general, en el tabique interdentario. * 2,3.

3.4. RESPUESTA GINGIVAL

* El epitelio gingival es permeable a las macromoléculas, y en consecuencia, existe siempre cierta reacción inflamatoria en el tejido conjuntivo adyacente. Esta reacción a los productos de la cavidad oral puede considerarse una defensa linfática avanzada. * 5,3.

* El equilibrio entre el grado de irritación y la capacidad fagocítica y la competencia inmunológica del individuo es decisivo para determinar la gravedad de la enfermedad resultante, si la acumulación de placa es mínima y los mecanismos de defensa operan normalmente, no se observan síntomas clínicos, una acumulación de placa más pronunciada o la existencia de deficiencias en las reacciones de defensa condicionarán la producción de lesiones establecidas y síntomas clínicos. * 1,3.

3.5. DIFERENCIAS CON RELACION A LA EDAD

* En los adultos, las lesiones establecidas evolucionan fácilmente a su estadio avanzado con pérdida continuada de colágeno y migración apical del epitelio, siguiendo la superficie radicular y conduciendo a la formación de bolsas, mientras que en una mayoría absoluta de niños el proceso se mantiene en una fase superficial hasta la pubertad parece existir una resistencia local frente a la afectación de el ligamento periodontal y el hueso alveolar. * 2,4.

* No conocemos bien a qué se deben esas diferencias relacionadas con la edad en cuanto a la gravedad de la enfermedad periodontal haciendo una evaluación superficial parece que el desarrollo de placa y microflora de las crestas son similares a los niños y en los adultos, pero en estos últimos normalmente no hay espiroquetas, ni bacteroides melaninogénicos también pueden ser importantes la menor tendencia de los niños a formar cálculo, lo que puede tener relación con diferencias en las propiedades fisiológicas de la saliva.

Además del factor tiempo, también puede influir el continuo crecimiento de los tejidos jóvenes. El tejido conjuntivo tiene una mayor vascularización y la renovación del colágeno es rápida, con menor formación de puentes intermoleculares en el niño que en el adulto a demás se ha visto que la cantidad de células plásmáticas en el tejido gingival inflamado del niño es baja lo que puede ser indicativo de que intervienen mecanismos inmunológicos distintos. *2,4.

3.6. RECESION GINGIVAL

* En niños puede observarse a veces fenómenos de recesión gingival la zona que más se afecta es la región anteroinferior, y la recesión suele verse en asociación con los incisivos, permanentes apiñados en posición labial, los dientes que se salen de la arcada labial hacia afuera poseen una placa ósea labial muy fina o defectuosa, que es susceptible de sufrir los traumatismos originados por ejemplo en el cepillado dental. *3,1.

* Otro factor que predispone la recesión gingival, con o sin mal posición de los dientes es la inserción alta de un frenillo que puede distenderse y retraer la encía desde el diente tirando del músculo, además de interferir en los procedimientos adecuados de higiene oral, en los dientes vecinos suele observarse una considerable acumulación de placa.

CAPITULO IV

TIPOS DE ENFERMEDADES GINGIVALES

4.1. GINGIVITIS MARGINAL

* Los estudios iniciales de la inflamación gingival sólo pueden valorarse histológicamente, o mediante mediciones de la cantidad de leucocitos en los surcos y el grado de exudación gingival. Sin embargo, estos métodos pertenecen más al marco de la investigación que a la práctica clínica diaria, los síntomas observables a simple vista, tales como el enrojecimiento, la hinchazón y la tendencia hemorrágica, también pueden tener distintas explicaciones en el contexto de la investigación y en el de la planificación terapéutica en la práctica general por ejemplo, el índice gingival de lóe y Silness describe cuatro situaciones.

1. Ausencia de inflamación
2. Inflamación leve, ligeros cambios de coloración y pocas modificaciones en la textura.
3. Inflamación moderada, deslustramiento enrojecimiento, edema e hipertrofia moderados hemorragias a la presión
4. Inflamación grave; enrojecimiento e hipertrofia marcados, tendencia a la hemorragia espontánea. ulceración. * 4, 7.

* No tiene un gran valor clínico saber que el 100 % de un grupo de niños de cuatro años tenía gingivitis por que todos ellos presentaban al menos una zona con un índice de uno o más, interesante es el descubrimiento de que un tercio de dichos niños tenía una o varias zonas con un índice de 2. El índice se creo con fines de investigación, por lo que en la práctica clínica la puntuación de 1 debe considerarse reacción gingival, reservando el diagnóstico de gingivitis a las puntuaciones de 2 y 3. * 3,4.

En el marco clínico la tendencia actual es simplificar los criterios diagnósticos para las lesiones gingivales marginales. La tendencia hemorrágica gingival se ha considerado un índice de la situación de las encías. Ainamo y Bay han reintroducido ese sistema, índice de hemorragia gingival, basándose en un criterio muy simple, que la encía marginal sangre o no tras la exploración suave con la sonda. El índice se calcula como porcentaje de unidades con hemorragia gingival con relación al número de unidades examinadas, como el método es rápido, puede recomendarse para explorar las zonas de los dientes.

Para determinar la tendencia hemorrágica se dirige una sonda recta roma (instrumento para medir las bolsas) hacia el margen gingival, en paralelo al eje del diente, con la sonda se golpea firmemente contra la encía, pero con suficiente suavidad, para no producir dolor, normalmente existe un intervalo de 10 a 20 seg., hasta que se hace visible la hemorragia, por lo que conviene examinar simultáneamente un grupo de dientes. Dada la morfología específica de la encía del niño hay que evitar la inserción de la sonda en el surco gingival, por lo general no hay razón para realizar mediciones sistemáticas de la profundidad de las bolsas hasta los 13 a los 15 años de edad, momento en el cual puede estar indicado hacerlo en los incisivos y primeros molares, el diagnóstico de periodontitis se basa en los estudios radiográficos. *5,6.

El estudio sistemático de la situación gingival del niño es un requisito imprescindible para su tratamiento adecuado y la creación de programas profilácticos, el índice empleado debe ser sencillo y contener los menos elementos subjetivos posibles. La determinación de la tendencia hemorrágica de las encías tras la exploración suave con la sonda cumple esos requisitos.

4. 1.1. GINGIVITIS MARGINAL CRONICA

* Este es el cambio gingival más frecuente en la infancia. La encía presenta todos los cambios en el color, tamaño, consistencia y la textura superficial característica de la inflamación crónica, una decoloración roja encendida de la superficie por lo general se sobrepone a los cambios crónicos subyacentes. El cambio de color gingival y la hinchazón parecen ser expresiones más frecuentes de gingivitis en los niños que la hemorragia y aumento en la profundidad de la bolsa. * 1,3.

4.2. LA GINGIVITIS, ACUMULACION DE PLACA Y COMPOSICION DE PLACA BAJO EL USO A LARGO PLAZO DE MERIDOL.

* La efectividad de la fluoridamina y la flouridastanous en la profilaxis de la caries y la gingivitis es bien conocida en la literatura. La meta de este estudio fue la de conocer si estos agentes pueden ser recomendados para un uso a largo plazo, bajo las condiciones de un doble estudio, la influencia de una fluorida-amina-stanous, en la gingivitis, la acumulación de placa y la composición de la placa supragingival fue probada en un periodo de más de 7 meses, 102 personas con gingivitis crónica participaron en el estudio los índices gingivales (GI, SBI) y los índices de placa (P1I, API) Fueron grabados en vaselina, después de tres y medio y siete meses. La composición de la placa supragingival fue evaluada al microscopio. Durante los 7 meses el GI bajo en el grupo probado de 1.36 a 0.95 y el SBI de 52.0% a 29.3 % el P1I callo de 1.17 a 0.68, y el API de 61.3 % a 50.6 %. Ningún cambio significativo fue encontrado en el grupo central, en el grupo de prueba en la placa aumento de 58.4 % a 68.9 %, mientras la proporción de barras y otras bacterias bajaron significativamente durante el periodo de estudio. No se reportaron efectos colaterales en las pruebas. Los resultados sugieren que el uso a largo plazo de la fluoridamina-stanous es beneficiosa para la salud gingival. * 2,8.

CAPITULO V

5.1. PERIODONTITIS JUVENIL FORMA GENERALIZADA

* Este tipo de periodontitis se localiza en toda la dentición o en gran parte de ella y se asocia con alteraciones sistémicas la periodontitis generalizada aparece en las siguientes enfermedades.

5.1.1. SINDROME DE PAPILLON - LEFEVRE

Se trata de un síndrome caracterizados por lesiones hiperqueratónicas de la piel, severa destrucción del periodonto y en algunos casos, calcificación de la lámina dura, las alteraciones periodontales y de la piel, se presentan normalmente juntas antes de los 4 años de edad, las lesiones de la piel consisten en hiperqueratosis e ictiosis de regiones localizadas en palmas de manos, plantas de pies rodillas y codos.

Las lesiones periodontales consisten en inflamación precoz, con afectación de el hueso que llevan a pérdida óseo y exfoliación de los dientes. La dentición primaria se pierde al rededor de los 5 o 6 años de edad, la dentición permanente erupción normalmente, pero a los pocos años los dientes se exfolian debido a la enfermedad periodontal destructiva, al rededor de los 15 años de edad, los afectados están normalmente desdentados excepto en los terceros molares estos también se pierden poco años después de la erupción.

Las alteraciones microscópicas observadas en un caso fueron inflamación crónica marcada en la pared lateral de la bolsa con importante actividad osteoclastica y una aparente falta de actividad osteoblastica, en los dientes estudiados, el cemento era muy fino o casi no existía excepto en las regiones apicales, donde se vio comparativamente, un área amplia de cemento celular. *3,4.

Los estudios bacterianos de placa en los casos en síndrome de papillon - Lefevre revelaron una flora parecida a la de periodontitis del adulto, no a la periodontitis juvenil, las zonas eran ricas en espiroquetas, en la región apical de las bolsas y en el síndrome se registro adherencia de las espiroquetas al cemento y la formación de microcolonias de micoplasma.

Este mismo síndrome tenia una relación con la herencia autosómicas recesiva los padres no estaban afectadas, pero ambos podían transmitir los genes autosómicos, para que el síndrome apareciera, esto podía transmitirse entre hermanos los varones y las mujeres serian afectados por igual. La frecuencia estimada es de 1 a 4 por millon. * 3,4.

Los pacientes con lesiones en piel parecidas a las del síndrome de papillon-Lefevre pero sin destrucción periodontal se diagnostican como Enfermedad de Meleda. * 3,4.

5.2. SINDROME DE DOWN

* Es una enfermedad congénita causada por una anomalía en los cromosomas y se caracteriza por una deficiencia mental y crecimiento retardado (también se conoce como mongolismo y trisomía 21). La prevalencia de enfermedad periodontal es alta y se presenta en casi el 100% de los pacientes menores de 30 años. aunque se presentan placa, cálculos e irritaciones locales como los diastemas, dientes apiñados, inserción alta de frenillos y maloclusión y además higiene bucal deficiente, la gravedad de la destrucción periodontal excede a la que se explica por los factores locales únicamente.*

La erupción dentaria suele retraerse y, con frecuencia, existen variaciones en el número de dientes. Debido a la menor resistencia a las infecciones de estos pacientes cuando no se mantiene una higiene oral adecuada, se produce inflamación gingival y pérdida del hueso marginal en edades muy tempranas.

La enfermedad periodontal en el Síndrome de Down se caracteriza por formación de bolsas periodontales profundas asociadas con altos niveles de placa y gingivitis moderada.

Estos hallazgos están normalmente generalizados, aunque se presentan de forma más severa en la región anterior inferior; gran recesión se aprecia así mismo en esta región, aparentemente asociada con una inserción del frenillo alta. Las lesiones agudas necrotizantes son hallazgos frecuentes.*

No existe una explicación satisfactoria para la prevalencia aumentada de la gravedad de la destrucción periodontal en niños con Síndrome de Down se han relacionado los siguientes factores: Deterioro físico general de estos pacientes a una edad temprana; resistencia reducida a las infecciones debido a la mala circulación especialmente en áreas de vascularización terminal, como tejidos gingivales, y procesos neurodistróficos. En las bocas de estos niños se ha registrado un aumento de bacteroides melaninogénicos.

5.2.1. NEUTROPENIAS

Las enfermedades de los leucocitos disminuyen la resistencia a la infección. Las leucemias linfoblásticas agudas de máxima incidencia, durante la infancia, rara vez van acompañadas de síntomas orales graves hasta sus estudios terminales; no obstante es necesario realizar un control meticuloso de la placa en estos niños para evitar la aparición de gingivitis y periodontitis. Además, hay que dirigir específicamente el tratamiento dental a eliminar el riesgo de hemorragias. Hasta las alteraciones más espectaculares que se pueden observar en los estudios terminales de las leucemias linfoblásticas y en las leucemias monocíticas y mieloides pueden aliviarse controlando químicamente la placa (clorhexidina). Por otra parte, al tratamiento quimioterápico de la leucemia puede influir también en la resistencia a la enfermedad periodontal de estos niños.

*El tipo maligno de neutropenia, denominado Agranulocitosis, rara vez afecta al niño, pero, al igual que la neutropenia crónica, va acompañado de frecuentes ulceraciones orales y manifestaciones periodontales. En los casos crónicos, las encías aparecen hiperplásicas y presentan alteraciones granulomatosas. La pérdida de hueso alveolar puede ser importante ya desde edades muy tempranas. * 3,6.

NEUTROPENIA CICLICA

* Pueden correlacionarse con el comienzo del periodo menstrual. Puede ser periódica con ciclos neutropénicos recidivantes. En el comienzo de la enfermedad se observa fiebre malestar general, debilidad general y dolor de garganta. Es característica la ulceración en la cavidad oral, orofaringe y garganta, la mucosa presenta parches necróticos aislados de coloración negra y gris que se separan considerablemente de las áreas adyacentes no afectadas. * 5,7.

* La ausencia de una reacción inflamatorias notable, debido a la falta de granulosis, es una característica sobresaliente. La encía marginal puede o no verse afectada. Las características clínicas acompañantes son hemorragia gingival, necrosis y aumento de la salivación y olor fétido.

Bauer descubrió los siguientes cambios microscópicos en el periodonto, hemorragia al ligamento periodontal, con destrucción de las fibras principales; osteoporosis del hueso cortical, con reabsorción osteoclástica; pequeños fragmentos de hueso necrótico en el ligamento periodontal hemorrágico; hemorragia en la medula adyacente a los dientes; áreas en las que el ligamento periodontal esta ensanchado y consiste en un tejido fibroso denso y con fibras paralelas a la superficie dentaria y formulación de nuevas travículas. En neutropenia ciclica, los cambios gingivales recidivan con una exacerbación recurrente de la enfermedad periodontal.

Experimentalmente, la neutropenia se ha producido en perros con suero antineutrófilo eterologo. Los granulocitos neutrófilos desaparecían de los tejidos pero no se observan lesiones ulcerosas e invasión bacteriana, probablemente, debido a la corta duración del experimento.

Debido a que la infección es una característica común de la granulosis, es conveniente realizar un diagnóstico diferencial con lesiones con la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda, Difteria, Norma e Inflamación Necrotizante Aguda de las Amígdalas. El diagnóstico definitivo depende de los hallazgos hematológicos de una leucopenia pronunciada y de una casi completa ausencia de neutrofilos. * 6,7.

5.2.2. HIPOFOSFATASIA

* Es una alteración esquelética familiar rara, que en algunos casos lleva a pérdida de dientes primarios, especialmente incisivos, existe una asociación con actividades normales de la fosfatasa alcalina, que ha sido sugerida pero no aprobada.

Es una enfermedad hereditaria que se trasmite como rasgo autosómico recesivo. clínicamente, la enfermedad se expresa con pérdida prematura de los dientes de leche, casi siempre los incisivos, la dentición permanente joven se observa a veces una pérdida notable de hueso marginal sin inflamación gingival en estos niños existe una disminución de la fosfatasa alcalina sérica y su examen histológico revela que el cemento radicular es fino e hipoplásico. *

5.2.3. LEUCEMIA AGUDA Y SUBAGUDA

Las manifestaciones orales aparecen con mayor frecuencia en la leucemia monocítica aguda y subaguda, menos frecuente en las leucemias linfáticas y mielógena aguda y subaguda, y raramente en la leucemia crónica. Los cambios periodontales debidos a la leucemia pueden ser:

1. Cambios primarios, directamente atribuidos al trastorno hematológico
2. Cambios secundarios, impuestos sobre los tejidos orales por los casi omnipresentes factores locales que inducen una amplia gama de cambios inflamatorios.

Los cambios clínicos que pueden registrarse en la leucemia aguda y subaguda incluyen una decoloración cianótica rojo-azulada de la mucosa gingival completa, la superficie se hace brillante, una inflamación difusa y edematosa que destruye los relieves de la superficie normal, el margen gingival se vuelve redondo y tenso, las papilas interdentarias se hacen romas y existe distinto grado de inflamación gingival con ulceración, necrosis y formación de seudomembranas.

Microscópicamente, la encía presenta una infiltración densa y difusa en la que predominan los leucocitos inmaduros, tanto en la encía adherida, como en la encía marginal. Formas mitóticas ocasionales indican que pueden apreciarse una hematopoesis ectópica. Los componentes normales del tejido conectivo de la encía están desplazados por las células leucémicas. La naturaleza de las células depende del tipo de leucemia. La acumulación celular es más densa en el lecho de el tejido conectivo reticular. En casi todos los casos, el lecho papilar, contiene, comparativamente, menos leucocitos. Los vasos sanguíneos están distendidos y contienen predominantemente células leucemicas. El número de glóbulos rojos está reducido

El epitelio presenta una variedad de cambios, puede estar adelgazado o hiperplásico son también hallazgos habituales la degeneración asociada con edema inter o intracélular y la infiltración leucocítica con disminución de la queratinización de superficies.

El cuadro microscópico de la encía marginal difiere de la del resto de la encía en que presenta generalmente un notable componente inflamatorio, además de las células leucémicas, son hallazgos habituales focos dispersos de células plásticas y linfocitos con edema y degeneración. La cara interna de la encía marginal se halla ulcerada normalmente y también puede apreciarse necrosis marginal y formación de pseudomembranas..

Otros cambios de la membrana mucosa oral. Además de la encía, distintas áreas de la membrana mucosa oral pueden verse afectadas en la leucemia aguda o subaguda. El lugar de la afectación es generalmente un área sujeta a traumas como la mucosa bucal en relación a la línea de oclusión o el paladar, la lesión aparece como una ulceración severa o un absceso, resistente al tratamiento y que se extiende rápidamente debido a la dificultad de controlar la extensión de la infección y la gravedad de las complicaciones tóxicas asociadas normalmente se produce la muerte en estos casos. *5,7.

*El ligamento periodontal y el hueso alveolar pueden así mismo verse afectados en la leucemia aguda y subaguda el ligamento periodontal puede estar infiltrado con leucocitos inmaduros y maduros. La médula del hueso alveolar registra una variedad de cambios tales, como áreas localizadas, de necrosis, trombosis de vasos sanguíneos, infiltración con leucocitos maduros, e inmaduros glóbulos rojos ocasionales y remplazo de la médula ósea grasa por tejido fibroso. * 4,5.

ETIOLOGIA

No se ha establecido la etiología ni la patogenia. Existiría una predisposición genética, resultado de la acción de varios genes o cambios inducidos por elementos externos (radiaciones agentes químicos) y la incorporación de un genoma viral en los genes de la célula susceptible.

CLASIFICACION

No existe acuerdo entre los hematólogos, aunque sí se ha aceptado que la presencia de Bastones de Bauer (agujas azurófilas romboides o bastonadas que pueden observarse en el citoplasma) en las células leucémicas nunca se observa en las leucémicas linfoideas. De acuerdo con las características citológicas de los resultados obtenidos con las tinciones citoquímicas se pueden diferenciar, Leucemia Linfoblástica Meloblástica, Monocítica y Eritroleucemia por lo general el diagnóstico de leucemia se efectúa con una buena observación del frotis periférico en las formas leucemicas, en las formas subleucemicas, los elementos inmaduros son escasos, y están ausentes en las formas aleucemicas requiriéndose el estudio de la médula ósea. Es característica la existencia de hiatus leucémico en la sangre periférica, con presencia de células muy inmaduras y ausencia de formas intermedias, fáciles de ver en las leucemias crónicas* 3,6.

SINTOMAS

* Lo fundamental es la proliferación de células leucemicas, responsables de la anemia, de las infecciones por neutropenia, y de las hemorragias por plaquetopenia. Los síntomas generales aparecen por lo general, bruscamente, predominando la fatiga y la fiebre, según el tipo celular pueden observarse adenopatías esplenomegalia y hepatomegalia. Los dolores óseos son casi constantes. * 4,6.

COMPLICACIONES

Anemia, hemorragias, infecciones, nefropatía úrica, meningitis leucemicas, artritis y lesione esqueléticas.

CAPITULO VI

6.1. MANIFESTACIONES BUCALES DE ENFERMEDADES ESPECIFICAS

*Un niño enfermo es más propenso a gingivitis, ya que se olvidan los factores que contribuyen a la higiene normal de la boca. Los movimientos de la lengua y los labios son menos activos, se seleccionan alimentos menos detergentes, la saliva es escasa y puede producirse respiración por la boca. Esta gingivitis es común a todas las enfermedades, pero existen algunas enfermedades que tienen manifestaciones bucales características.

Las enfermedades infantiles con síntomas bucales característicos son sarampión, escarlatina, herpes y ocasionalmente viruela. En fiebres exantematosas, la mucosa bucal o la piel puede mostrar erupciones características, en cuyo caso es fácil formular el diagnóstico sin embargo, los herpes pueden ocurrir sin formación vesicular y aparece como gingivitis aguda dolorosa, en cuyo caso, el diagnóstico solo podrá ser provisional hasta la aparición de vesículas, el tratamiento aconsejado es limpiar los desechos que rodean a los dientes con enjuagues bucales de peróxido de hidrógeno o bicarbonato de sodio, seguido de higiene bucal cuidadosa. No se aconsejan agentes bactericidas y antibióticos, pero en los casos más graves se puede recurrir a anestesia tópica antes de la comida para permitir la ingestión de alimentos.

También se pueden encontrar erupciones en la piel debido a las drogas y alergias y otras enfermedades más raras también presentan síntomas bucales específicos.* 4,8.

6.1.1. CALCULO

* El cálculo es causa de gran parte de las gingivitis y periodontitis más profundas observadas en los adultos, hecho que se puede demostrar fácilmente por el cese de inflamación al eliminar el depósito de cálculos no es la causa primaria de enfermedad periodontal, sino que es un proceso secundario. La formación de cálculo en los niños es más común de lo que generalmente se cree. Se puede observar cubriendo coronas enteras de piezas donde la caries dental ha vuelto la masticación de alimentos demasiado dolorosa para ser efectuada en un lado de la boca. Sobre las coronas de las piezas no utilizadas se acumulan los desechos y se calcifican. En aproximadamente 5 por 100 de niños entre 6 y 12 años se forman cálculos en la superficie lingual de los incisivos inferiores y en la superficie bucal de los molares superiores. Este mismo patrón se presenta en los adultos, pero el depósito rara vez es tan abundante, se presenta gingivitis en estas áreas, pero el lugar más común de gingivitis infantil difiere del de los adultos, se presenta en el segmento labial superior, área de menor propensión a formación de cálculos. La gingivitis infantil generalmente no es causada por cálculos, y una gingivitis puede estar presente varios años en un niño antes de observar cualquier señal de cálculo supra o subgingival. Adicionalmente el área más inflamada en la boca del niño a menudo no es el lugar de formación de cálculo. El papel del cálculo como causa primaria de gingivitis deberá ponerse en esta tela de juicio pero su efecto en la continuidad de la inflamación es de todos conocido. En los niños en áreas de recesión localizada, se observa comúnmente cálculo. En estas áreas la encía ha retrocedido lejos de las áreas de limpieza por masticación se han acumulado desechos en la hendidura o bolsa formada y se han calcificado. Esto produce una fuente secundaria de irritación, ya que la masa de cálculo infectado no solo es un refugio fijo de bacterias dañinas que emanan toxinas si no que su superficie rugosa, parecida a la piedra pómez, causa irritación física.* 5,7.

6.2. FUERZAS TRAUMATIZANTES EN LAS PIEZAS

* En los niños, no es raro observar traumatismos oclusales agudos producidos por restauraciones demasiado altas o piezas inclinadas; pero la afección tiende a corregirse rápidamente, de manera que los síntomas de traumatismos oclusales crónicos observados en adultos son raros en los niños. El hueso que sostiene a la pieza está en proceso continuo de regeneración por el crecimiento del alvéolo, que crece aproximadamente 1 cm de altura entre los 4 y 12 años de edad. Las fuerzas aplicadas a las piezas durante este periodo de formación producen movimientos de las piezas por supresión o ligera desviación del crecimiento. También el grado de movimiento instantáneo de la pieza en su alvéolo con las fuerzas de masticación durante las etapas de erupción y formación es mucho mayor que en las piezas completamente formadas y en plena oclusión de los adultos. Esto se verifica en las direcciones axial y lateral, esto puede ser una razón adicional por la que, en los niños raramente se observan traumatismos debidos a oclusión. En algunos casos, durante la formación, el movimiento normal es tan grande que se hace visible. Si los padres pueden observar esto, puede tranquilizárseles sobre la normalidad del fenómeno. El crecimiento retrasado puede incluso producir la depresión de una pieza bajo el plano oclusal de otras piezas en crecimiento en los adultos, al movimiento de una pieza deberá procederle destrucción ósea, pero en los niños el movimiento de una pieza puede deberse simplemente a desviación del crecimiento. Este hecho se utiliza ampliamente en la práctica de ortodoncia.* 4.5.

Los casos normales de gingivitis observados en los consultorios no suelen ser causados por deficiencias vitamínicas, pero en, algunos casos, dosis masivas de vitaminas C, A o B producirán mejorías temporales, esta terapéutica tiene lugar en el tratamiento de enfermedades periodontales, pero no puede subsistir el tratamiento principal ni eliminar la causa principal de gingivitis, ya que es de origen local, deberán corregirse las dietas desequilibradas, deberán diagnosticarse y tratarse anemias y otros trastornos generales, pero adicionalmente, el tratamiento local deberá ser aún más cuidadoso en pacientes debilitados que en pacientes saludables y normales.*3,5.

* La terapéutica de vitamina B es una gran ayuda para el tratamiento de desequilibrios hormonales. Deberá administrarse el complejo completo de vitamina B ya que si se administra una dosis excesiva de un solo miembro del complejo. Se puede producir una deficiencia de otro miembro. Ziskin demostró que tumores del tipo de embarazo, inducidos artificialmente en animales, podían ser abortados administrando vitamina B al mismo tiempo que hormonas y aveces se pueden obtener enormes mejorías clínicas. El tipo que mejor responde a este tratamiento es la gingivitis hiperémica proliferativa con tendencia a sangrar, no deberá prolongarse esta terapéutica vitamínica, deberá administrarse en un periodo no mayor de cuatro semanas y deberá mantenerse al paciente bajo observación cuidadosa y constante para comprobar si se produce cualquier tipo de reacción debido a dosis excesivas.*5,6.

6.2.1. DROGAS

* Con los niveles actuales de educación es menos común administrar prolongadamente drogas a los niños, y han desaparecido casi totalmente los envenenamientos agudos, por sustancias como los polvos especiales para aliviar la erupción dental en niños muy pequeños. Sin embargo se administra dilantina para epilépticos en un periodo prolongado, y puede producir hiperplasia gingival en 50 por 100 de las personas que la ingieren. En algunos casos, las encías se agrandan, hasta el grado de cubrir completamente las coronas con una masa voluminosa y fibrosa, se superpone a esto generalmente una gingivitis debido a excesiva formación de placa estos casos son raros en la práctica privada pero todas las clínicas tienen ejemplos de esta enfermedad. Cuando los tejidos son duros, voluminosos y fibrosos puede ser necesario realizar una gingivectomía, pero cuando los tejidos son duros, voluminosos y fibrosos puede ser necesario realizar una gingivectomía, pero cuando los tejidos son algo hiperémicos puede llevarse acabo la eliminación de los tejidos con envolturas o cauterización química tal como hidróxido de potasio. Si se observa una higiene bucal estricta, la rrecurrencia es inevitable. Cuando sea posible, deberá buscarse la cooperación de un médico y usarse una droga alternativa.* 4,5.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES

7.1. TX. PARODONTALES EN LOS NIÑOS.

* La gran mayoría de los casos de inflamaciones gingivales son causados por la acumulación de desechos gravemente infectados de la superficie de la pieza en el borde formado por el margen gingival. Deben reducirse o eliminarse todos los factores que contribuyen a la acumulación de material en la superficie dental. Las causas más comunes son mal alineamiento dental, maloclusión posición de boca abierta, caries dental e higiene bucal defectuosa, cuando un frenillo es afectado en el receso gingival, deberá ser eliminado. Cuando el contorno gingival, debido a un mal alineamiento de las piezas, hipertrofia de los tejidos gingivales o formación profunda de bolsas, es tal que se acumulan los desechos en el margen gingival, puede ser necesario una intervención quirúrgica, y deberá realizarse una ingivectomia o alguna de las operaciones asociadas.* 7,8.

* En casos graves cuando la reacción al tratamiento no es adecuada, o en casos de duda, deberá considerarse la posibilidad de factores sistemáticos y deberá descartarse la terapéutica local por estar siguiéndose el tratamiento sistemático, si no que deberá efectuarse aún con más cuidado-no de manera vigorosa, si no con eficacia, suavidad y constancia.*6,7.

* En ocasiones, los niños muestran dificultad para utilizar el cepillo dental. Cuando sus padres no están, no realizan este procedimiento, o lo llevan a cabo tan defectuosamente que aún permanecen desechos. Se requiere paciencia y comprensión para enseñar al niño cómo cepillarse los dientes, y puede modificarse el tamaño, la forma o la dureza del cepillo para ajustarse a las necesidades especiales de cada niño. Los dos métodos más recomendables para pacientes infantiles con gingivitis, especialmente si es dolorosa son, el método del doctor Bass, que es un suave movimiento de percusión con un cepillo muy blando contra las piezas y las encías parecido al movimiento usado al estarcir con cepillo.

El cepillo dental automático oscilante (movimiento hacia adelante y hacia atrás) usado con cepillo blando.* 6, 7.

* En los niños, existen espacios interproximales estrechos inaccesibles a las cerdas de los cepillos dentales. En estas áreas puede utilizarse la seda dental, pero el procedimiento es amenudo doloroso, difícil de realizar para el niño e ineficaz. Sin embargo muchos niños son capaces de pasar una banda elástica de caucho por entre las piezas. Este procedimiento elimina bien los desechos de las áreas interproximales, ya que la banda de caucho tensada se adapta a la forma de los espacios interproximales y no lesiona los tejidos gingivales. Los hilos de lana son el método más eficaz para limpiar áreas interproximales. La única desventaja de su uso es la permanencia de algunas fibras de lana entre las piezas, que habrán de ser eliminadas con hilo dental de seda. La punta dura de caucho insertada en el mango del cepillo dental o en un mango separado también puede ser utilizada por los niños y en algunos casos son de gran ayuda para limpiar entre las piezas y limpiar la pieza al nivel del margen gingival.* 7,8.

CONCLUSIONES:

Se presentan cambios de las dimensiones Gingivales y Faciales en Niños (Un estudio longitudinal de 2 años). Las superficies Gingivales Faciales de los dientes, Maxilar y Mandibular Anterior fueron monitreados para evaluar los cambios en la anchura de la Gingiva adherida y keratinizada, 96 niños de 4 a 12 años fueron examinados por un intervalo de 2 años. Las mediciones incluyeron placa dental, inflamación gingival, pruebas de profundidad y anchura de Gingiva Keratinizada y adherida. En adición, los modelos de estudio fueron utilizados para determinar la posición linguo facial de los dientes. Los resultados de este reporte, evaluando solamente los dientes bien alineados mostro que durante el periodo de 2 años de observación ocurrieron incrementos en las anchuras de gingiva facial keratinizada y adherida. Los incrementos ocurrieron en las diversas regiones dentales examinadas y para dientes temporales y permanentes. Durante la transición de temporal a dentadura permanente los patrones de cambio fueron variables al incremento de la anchura gingival fue mayor para los sitios con menor anchura en la línea base de Gingiva Adherida y menor para los sitios con mayor anchura de línea base. Se concluyo que en los dientes bien alineados, una conservativa, aproximación monitora sugiere que una intervención quirurgica parece prudente en niños de esta edad con una zona minima o ausencia de Gingiva Adherida.

BIBLIOGRAFIA.

1. PERIODONTOLOGIA CLINICA
DE GLICKMAN
AUTOR. Dr. FERMIN A. CARRANZA
Edit. INTERAMERICANA
P-546, A P-586.
QUINTA EDICION

2. ODONTOLOGIA PEDIATRICA
AUTOR. SIDNEY B. FINN
EDIT. INTERAMERICANA.
P-255, AP-269.
CUARTA EDICION

3. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO
Y EL ADOLESCENTE
AUTOR. RALPHE MCDONALD. D.D.S., MS
EDITORIAL. MUNDI S.A.I.C. Y F.
P-338, AP-350.
CUARTA EDICION

4. PERIODONTOLOGIA CLINICA
AUTOR.. JAN LINDHE
EDITORIAL. PANAMERICANA
P-179, AP-186.
SEGUNDA EDICION.

5. PERIODONCIA

AUTOR. GENCO GOLDMAN COHEN

EDITORIAL. INTERAMERICANA. MACGRAW- HILL

P-1

PATOLOGIA

AUTOR. EMANUEL RUBIN

EDITORIAL. PANAMERICANA

P-196,AP- 197.

SEGUNDA EDICION.

BIBLIOGRAFIA DE ARTICULOS

7. Andlin- Sobocki A and Bodin L: Dimensional alterations of the gingiva related to changes of facial- lingual tooth position in permanent anterior teeth of children. A 2-year longitudinal study. J Clin periodontol 1993; 20. 219-224. Munksgaard. 1993

8. Saxén L and Asikainen S: Metronidazole in the treatment of localized juvenile periodontitis. J Clin Periodontol 1993, 20. 1993, 20 166-171 1993.

9 Zimmermann A. Flores-deJacoby L ,P pan and Pan P Gingivitis,plaque acumulation and plaque composition undr long-term use of meridol. J Clin periodontol. 1993, 20 346- 351. 1993..