UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE LAS HEMORRAGIAS DE LAS ENCIAS

TESIS

que para su examen profesional
presenta

RUBEN RODRÍGUEZ BALLESTEROS

CIUDAD UNIVERSITARIA

1 9 6 4

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

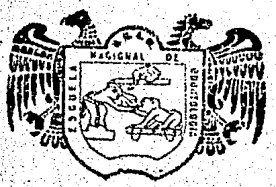
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

R
84076



ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.

Consideraciones Clínicas Sobre las Hemorragias de las Encías

TESIS PROFESIONAL

RUBEN RODRÍGUEZ BALLESTEROS

MEXICO, D. F. 1 9 6 4

A mis padres:

EL SR. D. ENEDINO RODRIGUEZ MONROY.
Y LA SRA. DÑA. ESPERANZA B. DE RODRIGUEZ

A quienes les debo lo que soy.

A mis hermanos:

HILDA
ARACELI y
ENEDINO.

Con todo cariño.

A mi Abuela:

LA SRA. DÑA. LAURA M. VDA. DE RODRIGUEZ.

Con mi cariño.

A mi Maestro:

EL SR. DR. RAFAEL AYALA ECHAVARRI.

Con respeto y admiración.

A mis Maestros.
A mis compañeros
y a mi querida Escuela.

HONORABLE JURADO:

La satisfacción que siento, al haber culminado mis anhelos de terminar una carrera profesional, está ampliamente justificada por encaminar mis estudios superiores a una profesión que se preocupa por la integridad del individuo, máxime que en la actualidad ha tenido grandes adelantos.

Desde el principio de mis estudios, sentí una gran admiración por la profesión, que fue alcanzando grandes proporciones en cuanto transcurrían los diversos años, con lo que me iba penetrando más y más en el estudio.

Mas mi atención se vió concentrada, en aquellos temas que nos relacionaban directamente con el paciente, y que fueron los que comenzaron a enseñarme lo que era la vida profesional.

De ahí la lucha que debiera establecer en contra de las enfermedades orales, era permanente y constante, y para ello, habría de proveerme de los medios necesarios, para llegar al conocimiento a travez del estudio de las mismas enfermedades.

Una de las alteraciones de la salud, que más llamaron mi atención desde mis primeros pasos en la práctica odontológica, fueron las hemorragias de las encías, que si bien es cierto no son profusas, si se presentan con suma frecuencia.

Traté de recabar los conocimientos necesarios, con el objeto de obtener la confirmación de que dichas hemorragias fueran motivo de preocupación para el Cirujano Dentista. En las observaciones que tuve oportunidad de realizar, me dí cuenta de que existía una bibliografía muy reducida, tal vez originada, por la

poca importancia que se le daba a las hemorragias de los tejidos gingivales, de los cuales, como única terapéutica limitada se encontraba la aplicación de tópicos a base de ácido crómico, o bien en casos extremos en que los sangrados de las encías eran profusos, con el uso de vaso-constrictores trataban de remediarlas, con lo cual no proporcionaban alivio alguno permanente, sino únicamente esporádico.

Todo ello fue marcando una huella en mi pensamiento, que más tarde se encaminó a tratar de investigar las hemorragias gingivales, lo cual me hizo darle un interés especial a éstas lesiones de la encía.

Es muy posible que al mencionar el título de ésta tesis, implique un escaso interés, pero en cuanto se vaya avanzando en la lectura de éste trabajo, se recobrará o bien se irá adquiriendo mayor entusiasmo en la lectura. A mi en lo personal, me sucedió, al principio de estos estudios no les dí el interés debido, al fin eran simples hemorragias de las encías, sin pensar por un momento que etiología las originaba, ya que como sabemos pueden ser producidas por múltiples causas, que pueden ser desde una simple gingivitis, hasta una terrible neoplasia, las cuales desconociéndoceles y por lo tanto no haciendo el tratamiento adecuado, vendrían a determinar el progreso de una enfermedad, y con ello, pondría en peligro la salud del individuo.

En fin, no propongo describir algo nuevo, pues éstas lesiones son demasiado conocidas para el Cirujano Dentista, radicando mi interés únicamente en tratar de llevar a cabo una recopilación de datos, que sirvan para establecer mis: "CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE LAS HEMORRAGIAS DE LAS ENCIAS".

La benevolencia con que reciban ésta tesis, será un agradecimiento más, que guardaré toda mi vida.

ENCIA

ANATOMIA

Encía, es la porción de la mucosa oral que se extiende desde la región cervical de las piezas dentarias, hasta el vestíbulo de las arcadas. Se nos presenta no como un simple tejido, ya que sus funciones no solamente se limitan a permanecer en la boca como revestimiento de las piezas dentarias, sino que por el contrario, emergen de ella bases sobre las cuales se aquilata la salud del individuo.

Para su estudio hemos de dividirla en cuatro regiones:

1.—Encía Marginal.
2.—Encía Papilar.
3.—Encía Insertada.
4.—Mucosa Alveolar.

Esta clasificación se ha dado para detallar únicamente, la disposición con que se encuentra en la cavidad oral.

Encía Marginal.—Es la parte de la mucosa gingival, que en su porción vestibular de las piezas dentarias, describe una pequeña curva hacia la raíz, para volver a unirse en los que se conoce con el nombre de Papila.

Encía Papilar.—Se encuentra colocada en el espacio que existe entre la unión de las piezas dentarias y toma la forma piramidal, debido a las superficies interproximales de los dientes, dejándose ver algunas veces una irregularidad de dicha papila, en cuan-

to existen anfractuosidades o simplemente anomalías en las superficies de contacto de las piezas dentarias.

Encía Insertada o Adherida.—El tejido que corresponde a la encía insertada, se encuentra denso y punteado, localizándose en la parte correspondiente a las superficies vestibular y palatina o lingual; es decir, desde el surco gingival que la separa de la encía marginal y el límite muco-gingival que la separa de la mucosa alveolar, el cual clínicamente se puede apreciar en cualquiera encia a excepción de la que se encuentra en la región palatina, debido a la estructura fibrótica y a su firme adherencia.

Se encuentra queratinizada, siendo por lo tanto la más gruesa de las mucosas gingivales y de éstas, la del paladar es la que más se apega a nuestra descripción, la cual por su continuidad con el tejido gingival y su semejanza con el mismo, se confunde con la unión muco-gingival.

Mucosa Alveolar.—No es más que la continuación de las mucosas que recubren los carrillos en la parte vestibular y en la lingual por la continuación del piso de la boca, en la región palatina no existe.

CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LA ENCIA

Es imprescindible el conocimiento de las características clínicas normales de una encía, para determinar con ello el estado de salud del tejido gingival.

La encía marginal, papilar y adherida son de una coloración rosa pálido o coral, de acuerdo con los grados de vascularización, queratinización, pigmentación y grosor del epitelio, dicha coloración varía de una manera considerable en los diferentes individuos, debido a la diferente tonalidad de la piel.

Podemos encontrar una tonalidad un tanto oscura, pero no es mas que una pigmentación fisiológica, producida por células en cuyo interior se encuentra el pigmento llamado Melanina.

La mucosa alveolar a diferencia de la encía adherida, además de su límite gingival, tiene una tonalidad más roja brillante, debido a que los vasos sanguíneos son más numerosos.

El margen gingival debe terminar adelgazado en la superficie del diente y su inserción epitelial deberá de encontrarse entre .5 y 1 m.m., a partir de dicho margen.

El contorno deberá presentarse festoneado con grandes prominencias hasta formar la encía papilar, que unidas por una superficie convexa en la cara vestibular, lingual o palatina formaran el contorno, las papilas interdentales están sujetas a grandes variaciones de acuerdo con la proximidad de las piezas dentarias o bien cuando se encuentran ausentes.

La consistencia de la encía adherida, deberá permanecer firme, sin que alguna de sus partes se encuentre flácida, esto es, que su adherencia sea perfecta, a excepción del margen gingival que se encuentra suelto y móvil hasta cierto límite.

La superficie gingival que solo en la encía insertada se presenta, se le ha dado el nombre de forma de "cáscara de naranja", debido al punteado superficial irregular, por las proyecciones papilares del tejido conectivo.

Este es un signo característico de la encía normal, y la desaparición del mencionado punteado, implicará una alteración de la salud gingival.

Limitación.—Las cuatro zonas que forman el tejido gingival, se encuentran debidamente limitadas en la cavidad oral por caracteres naturales, así en la porción vestibular: por el fondo de saco o sea el repliegue de las mucosas yugal, en la porción posterior y labial en anteriores, en la región lingual es la continuación de la mucosa que forma el piso de la boca y en la región palatina no existe limitación alguna.

HISTOLOGIA

La estructura histológica de la membrana mucosa oral se encuentra semejante a la de la piel, aunque con pequeñas diferencias, las que a su vez van a determinar la función del tejido.

El tejido gingival se encuentra formado por las siguientes estructuras histológicas que se disponen de fuera hacia adentro, en el siguiente orden: un epitelio escamoso estratificado, una capa de células espinosas, una capa de Malpighi y una capa germinativa.

El epitelio escamoso estratificado se encuentra formado por células escamosas queratinizadas y una capa granulosa, su función es la de brindar protección a los tejidos subyacentes, a las fuerzas de presión y fricción, principalmente en los movimientos masticatorios. Cubre el borde de la encía, aun en el surco gingival donde termina como inserción epitelial.

El epitelio continuamente se descama en su superficie, debido a las diversas fuerzas que obran sobre la encía, pero este epitelio

es reemplazado por células producidas por la capa basal. Este epitelio, en el surco gingival no se encuentra queratinizado, motivo por el cual es una región suceptible de traumatizarla, con la consecuente entrada de gérmenes.

Se ha observado que cuando no existe la queratinización, tampoco se encuentra la capa granulosa, presentándose una queratinización parcial o ausente en su totalidad.

La capa de Malpighi, se encuentra formada por células espinosas o basales, unidas por puentes intercelulares que van a unirse al epitelio por medio de pequeñas prolongaciones citoplasmáticas. Se encuentran almacenadas en dichas células basales, gránulos de melanina, los cuales le dan una tonalidad oscura a la encía, tonalidad que se encuentra dentro de lo normal.

La lámina propia o corion, se encuentra formada por tejido conjuntivo denso no muy vascularizado, en donde se encuentran macrófagos, que van a desempeñar su función en cuanto se necesita una defensa rápida y organizada para la protección del organismo. El tejido en si contiene escasas fibras elásticas, que en su mayoría corresponden a las paredes de los vasos sanguíneos.

El tejido conjuntivo se encuentra caracterizado por prolongaciones o eminencias papilares, que en la encía adherida se muestran prominentes, dándole con ello el aspecto punteado en su superficie externa; en la encía alveolar, resulta de una manera contraria, ya que las papilas aún cuando existen, se encuentran poco prominentes.

En caso de un edema o de cualquier proceso inflamatorio de la mucosa gingival, dicho punteado desaparece de inmediato, por lo que manifiesta una pérdida de la salud.

Dentro del tejido conjuntivo se encuentran las fibras gingivales, que se disponen en grupos y cuya función es dar inserción a las piezas dentarias con el alveolo y con la encía misma, en el caso particular que describimos, se les conocen como fibras gingivales libres.

Las fibras gingivales libres, tienen una disposición tal, que van a adherirse a la encía y a la superficie dentaria, soportando

firmemente con ello las fuerzas de la masticación. Estas fibras gingivales libres, se encuentran constituidas por fibras colágenas, dispuestas en el espesor del tejido conjuntivo.

Se dividen en tres grupos principales:

1o.—Gingivo-dental que se dirijen desde el cemento que se encuentra inmediatamente debajo de la adherencia epitelial, hasta el epitelio gingival.

2o.—Circulares que son fibras gingivales que rodean al diente.

3o.—Transeptales son las que se dirigen de la porción cercana al cemento de un diente, a la del contiguo por encima de la cresta alveolar.

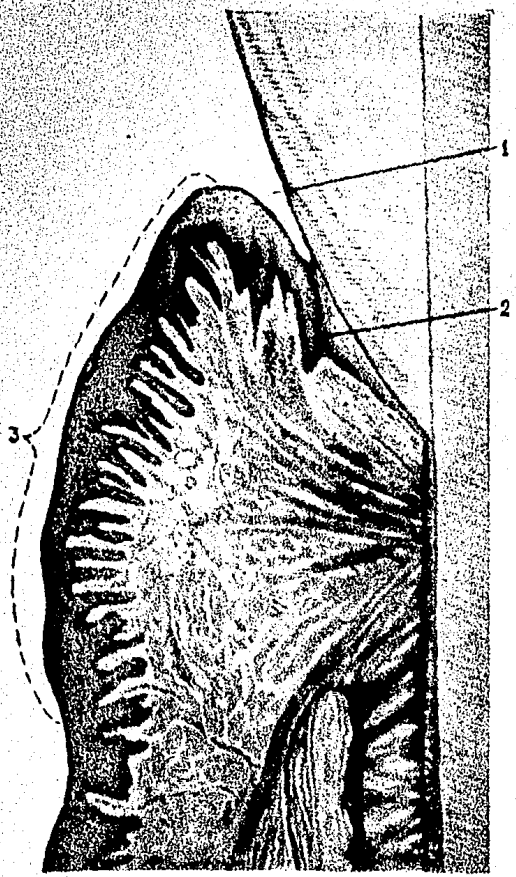
La unión de la encía con el diente, es característica o sea que observándola en un corte transversal o sagital, forma una especie de invaginación a la altura del intersticio gingival, por medio del cual se supone desempeña su función, ya que un movimiento o presión intenso en una encía directamente insertada, la desprendería. Esta unión se encuentra determinada por un lado, por la cutícula del esmalte o membrana de Nashmith y por el propio epitelio de la encía.

El intersticio está recubierto por el epitelio no queratinizado, que es el único que va a servir de barrera en las invasiones de los microorganismos, que se presentan con suma frecuencia.

Por otra parte la encía insertada, se encuentra firmemente adherida en su porción alveolar al periostio, por medio de tejido conjuntivo denso que a su vez lo forman gruesos haces de fibras colágenas.

VASCULARIZACION

La irrigación sanguínea está proporcionada principalmente, por los vasos que atraviezan la membrana parodontal hacia la encía, aun cuando la mayor vascularización se encuentra en el lado del periostio de la cara lingual y bucal de las apofisis alveolares,



Corte sagital de la encía.

1: Surco gingival normal. 2: Epitelio de inserción en donde se presenta principalmente la secuela hemorrágica. 3: Encía marginal y adherida.

también recibe vasos sanguíneos del hueso o sean las ramas alveolares.

El drenaje linfático del tejido gingival, se inicia en los vasos linfáticos de las papilas conectivas, y pasan a la red que colecciona lo de toda la encía que recubre el proceso alveolar, o bien se continua con los de la membrana parodontal.

INERVACION

Las terminaciones nerviosas en su mayoría, provienen de los nervios que se ramifican en la membrana parodontal, así también recibe pequeños ramos de los nervios labial, bucal y palatino.

FISIOLOGIA

La principal función de la encía, como todo tejido blando, es la de recubrir las superficies oseas, en este caso también lo hace con parte de las piezas dentarias, por lo que toma una forma determinada, contorneando las superficies dentarias, siguiendo dicha curvatura a similitud de la unión del cemento y el esmalte.

De lo anterior se deduce la necesidad de que se mantenga la encía adosada al hueso alveolar y a las piezas dentarias, pero sin ofrecer resistencia al paso de los alimentos, cuya dirección es de incisal u oclusal a cervical, con ellos se producen la autoclisis que favorece con la estimulación, la buena vascularización de la encía.

Mas no es su única función, ya que la mayoría de las veces es el fiel reflejo de la salud del individuo, o sea que muchas de las manifestaciones objetivas de otras tantas enfermedades, se ponen de manifiesto en un principio en la boca; y de ellas, las encías son los primeros tejidos que presentan dicha anormalidad. Se considera como una adaptación funcional protectora para la misma encía, la presencia de la capa gingival queratinizada.

PATOLOGIA

Dentro del estudio de las enfermedades que van a alterar la salud de la encía, es de apreciarse el significado que cada uno de

ellas tenga, para así poder establecer un Diagnóstico, que a su vez nos permita dar el tratamiento adecuado a dicha alteración.

Estos trastornos gingivales, se ven manifestados a travez de los síntomas que nos proporciona la misma encía, estos, producidos por los cambios que sufren la caracteríticas clínicas ya descritas, por medio de las cuales podemos establecer: que siempre que se encuentre una alteración en ellas, impondrá una pérdida de la salud de la encía.

Se ha generalizado que cualquier enfermedad de la encía se le llame Gingivitis, pero atendiendo a su significado, que es el de inflamación de la encía, no siempre se presentará ésta, ya que habrá ocasiones en que encontraremos distrofias, atrofias, degeneraciones, etc., por lo cual únicamente determinaremos como enfermedad Gingival, a aquel padecimiento que involucre a la encía sin importar su etiología.

Así mismo no podemos negar su importancia, ya que es el primer cambio patológico, por el cual se puede establecer una enfermedad gingival.

La inflamación gingival se presentará con la intensidad determinada por la naturaleza, severidad y duración de la irritación local, y al mismo tiempo dependerá del estado de salud del organismo, el que predispondrá a dicha inflamación.

Una enfermedad gingival estará caracterizada por síntomas, los cuales habremos de valorar para poder diagnosticar el tipo de enfermedad que se presenta. Aún cuando la inflamación es característica de la enfermedad gingival, habrá que distinguirlas, ya que no todas presentan las mismas características.

Para tratar de identificar a determinada enfermedad gingival, tenemos varios puntos por investigar, uno de los cuales es la distribución en la cavidad oral.

De esta manera, obtendremos enfermedades en las diferentes zonas gingivales, ya sean marginales, papilares y de encía insertada. Pero atendiendo a su situación, podrán ser localizadas o generalizadas, según se encuentren en una sola zona, o en toda la extensión del tejido gingival.

Es importante conocer también, el tiempo que tenga la enfermedad gingival, ya que por medio de su cronicidad, nos daremos cuenta de la gravedad e intensidad patológica.

Atendiendo a este punto tendremos enfermedades gingivales agudas, subagudas y crónicas. La primera caracterizada por su corta duración, aparece con rapidez, siendo de corta duración su proceso alterativo en la mucosa. Las subagudas que son menos intensas, es una transición entre las agudas y las crónicas, en éstas últimas la iniciación de la enfermedad por lo general se desconoce, aparte de que su curso es casi siempre asintomático.

Otro aspecto que es esencialmente el más importante, es la causa que va a desarrollar o producir la enfermedad gingival, y su estudio será motivo separado, que formará parte de ésta tesis.

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL

Para poder diagnosticar la enfermedad gingival, analizaremos los cambios que sufren las características clínicas de una encía normal o sea plena de salud, por lo que la eficiente evaluación de cada uno de ellos a travez del conocimiento que se tenga de los mismos, determinará el tratamiento a seguir en cada caso.

El análisis que se haga de cada una de las manifestaciones, nos revelará la clase de enfermedad gingival, para ello hemos de llevar un orden sistemático, con el objeto de no pasar por alto detalle alguno, que nos pueda proporcionar datos valiosos.

COLOR.—Los cambios que sufre la encía en el tono, se encuentran determinados por varios aspectos, entre los cuales se tiene la cronicidad del padecimiento, ya que cuando se inicia una inflamación gingival, enfermedad de la encía en donde más frecuentemente se presentan los cambios de color, habrá tonalidades desde el rosa subido en los estadíos iniciales, pasando por el rojo intenso y llegando al rojo violeta, según el padecimiento si es crónico o agudo.

La primera porción gingival que cambia de color, es la encía marginal.

Este cambio de coloración se encuentra determinado por la

dilatación de los capilares en ciertas alteraciones, determinando así un aumento en la coloración, que va del rosa coral al rojo intenso.

El tinte azulado se presenta por la esxtasis sanguínea en las venas. La extravasación de glóbulos rojos de los capilares y la descomposición de la hemoglobina, van a oscurecer el tejido gingival.

También el cambio de color estará de acuerdo con la zona que se encuentra inflamada o sea que pueden ser marginales, difusas o localizadas en zonas de acuerdo con la clase de enfermedad gingival.

En procesos agudos podemos encontrar un cambio del color de rosa de la encía, al gris pardo y que se encuentra proporcionado por la destrucción del epitelio y la formación de una pseudomembrana compuesta por fibrina, leucocitos y restos epiteliales.

La frecuencia en el uso de metales, ya sea con fines terapéuticos o bien por razones de trabajo, van a predisponer a la encía a cambios en la tonalidad. De la misma forma se presentarán cambios en el color de la encía por enfermedades generales.

TAMAÑO.—El aumento del tamaño de la encía, es característico de una enfermedad gingival, pudiéndose encontrar éste localizado o generalizado, según su área de invasión, de acuerdo con el sitio en donde se encuentre localizado será marginal, papilar o difuso. Pero atendiendo a su presentación, nos encontraremos diversas formas, que agrupadas en tres tipos serán: Tipo Inflamatorio, Tipo Hiperplásico y Tipo Hipertrófico; hay autores que hablan de una cuarta forma o sea una combinación del tipo inflamatorio y el hiperplásico.

CONTORNO.—En ésta característica siempre estará determinado un cambio por el agrandamiento gingival que se forme, mas no siempre habrá de presentarse por ésta causa, es el clásico de las fisuras de Stillman.

CONSISTENCIA.—Los cambios que se presentan en la consistencia son múltiples, de los cuales mencionaremos los siguientes: flacidez, blandura, fragilidad, ulceración, formación de escaras y formación de vesículas o soluciones de continuidad.

POSICION.—Uno de los cambios que puede haber, es la retracción de la encía no fisiológica, o bien, el mismo agrandamiento gingival causará cambios en su posición.

HEMORRAGIA GINGIVAL.—Esta característica clínica es una de las más importantes para poder establecer un diagnóstico adecuado. Su presencia implica necesariamente una enfermedad gingival, la cual la mayoría de las veces es crónica. De acuerdo con el tipo de enfermedad así se presentarán los accesos hemorrágicos.

En los estados inflamatorios de la encía es muy frecuente que se presenten hemorragias, así mismo se presentarán éstas hemorragias en los trastornos generales.

Su presentación se hace en cualquier solución de continuidad, que se produzca en la encía al menor estímulo o trauma.

HISTOPATOLOGIA

Al estudio microscópico se observan cambios notables en todo el estrato gingival, los cuales estarán determinados por los diversos tipos de enfermedades gingivales.

De acuerdo con la cronicidad del padecimiento, se observarán lesiones y cambios en la morfología, de los diversos tejidos que forman la encía.

La alteración del epitelio escamoso estratificado, variará desde la simple desinserción en el intersticio gingival, como en el caso de la gingivitis marginal, hasta la destrucción y reemplazo de la misma por una pseudo-membrana, como en el caso de la Gingivitis Necrosante.

Generalmente el epitelio se distiende por la acumulación de líquido, causado a su vez por la extravasación de los elementos contenidos en los vasos sanguíneos, en ésta forma se torna de una fragilidad excesiva, que al menor estímulo se destruye con facilidad produciendo la solución de continuidad, que a su vez da origen a la hemorragia.

El tejido conectivo también puede sufrir serias alteraciones, desde la infiltración de células redondas o macrófagos y leucoci-

tos polimorfonucleares hasta la prescencia de bacilos, espiroquetas y cocos, los cuales van a producir un exudado inflamatorio que va a destruir el estrato gingival.

Cuando la enfermedad gingival interesa el corion, es de esperarse que éste padecimiento resulte de cierta gravedad para las encías. Las alteraciones que se pueden presentar en la mucosa gingival, son apreciadas de acuerdo con la enfermedad que sufren, observando células granulomatosas hiperplásicas, como en el épulis granulomatoso o bien los vasos sanguíneos se encuentran formados por una sola capa de endotelio lo que facilita su rompimiento.

ETIOLOGIA

Toda enfermedad es debida a una causa, o sea dicho de otro modo, que tiene su razón de ser, por lo que los padecimientos de la encía no podrían ser la excepción. Mas no es fácil dilucidar cual es la causa de tal padecimiento y más aún se complica el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento, cuando se desconocen un sinú mero de causas, que en la mayoría de las veces, se encuentran asociadas y que actúan sinérgicamente.

Seguiremos la clasificación de la mayoría de los autores, así tendremos:

A — Factores etiológicos locales que van a obrar directamente como su nombre indica en el tejido gingival, por lo general pueden ser imperceptibles o bien originar trastornos funcionales.

B — Factores etiológicos generales que por lo común actúan principalmente, disminuyendo la resistencia a las injurias que reciben los tejidos gingivales, y más aún cuando van aunadas a los factores locales modificando la clase de enfermedades.

FACTORES ETIOLOGICOS LOCALES

Entre las causas locales existe una gran variedad, las cuales podemos reunir en dos grupos principales: Causas Funcionales y Causas Irritativas.

CAUSAS FUNCIONALES.—Dentro de los factores etiológicos funcionales o fisiológicos ,se deberán diferenciar por el motivo que las ocasiona, ya que su estado inflamatorio se presenta en cuanto aparece la causa. Son debidas al exceso de funcionamiento que se haga en el tejido gingival, o bien por la falta de él.

Ya que como se sabe, la encía para mantener sanos sus tejidos, o mejor dicho en completa armonía en sus funciones, debe ser estimulada lo suficiente en el acto de la masticación, por el hecho de que el alimento al ser presionado por las caras oclusales o incisales de las piezas dentarias, se desplazará hacia la parte cervical de los mismos, sirviendo como un barrido en la encía, procurando con ello un estímulo a la irrigación del tejido gingival, siendo esto un valuarte en la salud de ella, debemos de comprender que una mayor vascularidad que se efectúe en la encía o en cualquier tejido, mayor oportunidad tiene de que las defensas orgánicas acudan en su ayuda en un momento de ataque.

Si no se suminstra la suficiente presión en el acto de la masticación, es de suponerse que se presente la consecuente falta de estimulación gingival, lo cual se hace necesario una complementación con el uso del cepillado, que hasta cierto punto es imprescindible puesto que con el se dará un masaje sistemático a las encías, proporcionando la debida vascularización. Todo ello debe de acentuarse en la actualidad, por la poca masticación que se verifica de los alimentos, ya que estos en su mayoría se presentan al público, fáciles de ingerir, sin el necesario ejercicio masticatorio.

Todo lo anteriormente descrito, viene a constituir los estados patológicos de la encía que se denominan por Hipofunción.

Ahora bien en el caso contrario, hemos de señalar las características clínicas del tejido gingival, causadas por lo que llamaré por Hiperfunción.

Generalmente de ésta se desprende un padecimiento agudo, dada la fragilidad de las encías a las diversas presiones que se originan en la boca y a la poca queratinización de las mismas, formaran en ellos una tumefacción y una tendencia a la hemorragia al menor estímulo, por el mismo estado edematoso de las encías que así lo facilitan, todo ello producido por la excesiva estimulación de los tejidos gingivales, por acción mecánica de los alimentos.

Por lo general estos factores mencionados, no van a causar una gran pérdida de sustancia o una inflamación aguda, pero si pueden ser origen de una degeneración del tejido, que a su vez da

manifestaciones de hemorragia, como indicio de las mismas, lo más común es encontrarlas en estados crónicos.

CAUSAS IRRITATIVAS.—Las enfermedades gingivales son producidas por causas irritativas, las cuales obran directamente en el tejido gingival, y ellas darán la gravedad de la enfermedad, por la resistencia que oponga la encía a dichas causas.

La mayoría de estas irritaciones provocan una cronicidad en el padecimiento, y ya una vez que es presentada la alteración, difícilmente se eliminará, a pesar de la contínua resistencia y reparación que realice la propia encía, por lo que se establece un proceso inflamatorio.

Los principales irritantes gingivales son:

1 — Tártaro Dentario.
2 — Placas de Mucina y Materia Alba.
3 — Microorganismos.
4 — Oclusión traumática.
5 — Impactos alimenticios.
6 — Prótesis Incorrectas.
7 — Respiración Bucal.
8 — Higiene Inadecuada.
9 — Hábitos.
10 — Tabaquismo.
11 — Térmicos.
12 — Químicos.

TARTARO DENTAL.—Es el más acérrimo de los irritantes, se deposita en la superficie de los dientes que por lo común no gozan de la limpieza mecánica de alimentos y saliva, presentándose en aquellas superficies de los tejidos duros que se encuentran rugosas y protegidas, también a la salida de las glándulas salivares, por la precipitación de las sales calcáreas que lo forman, desplazando con ello a la inserción gingival y a la encía misma causando tumefacción, lesionándose con suma frecuencia el tejido gingival, provocando la subsecuente hemorragia.

PLACAS DE MUCINA Y MATERIA ALBA.—No van directamente a irritar a la encía, únicamente predisponen a la inflamación gingival, además de proporcionar un medio fértil a los mi-

croorganismos, ya que sus componentes son detritus alimenticios, materias purulentas y una placa de mucina subyacente.

MICROORGANISMOS.—Las enfermedades gingivales producidas por éste factor etiológico, no son frecuentes de prima infección pero no dejan de existir, solo que se tornan un poco raras, la mayoría de ellas se presentan asociadas a infecciones de las vías respiratorias, de las cuales se presume son las causantes directas de ellas, resultando con ello que esta afección entraría dentro del tipo de las causas predisponentes generales. .

La presencia de los microorganismos en los tejidos gingivales, va a causar una desorganización en ellos, y el desarrollo de la gravedad, estará de acuerdo con la virulencia del microorganismo existente en la encía.

La mayoría de las bacterias que se presentan en éste campo son saprófitas, ya que no ejercen acción patológica alguna, mas no siempre ocurre esto, ya que pueden encontrarse algunas que son patológicas, esto aunado a las placas de mucina, se reproducen con facilidad en cualquier solución de continuidad, aprovechando ésta hasta causar inflamación gingival.

La presencia de bacilos fusiformes y espirequetas que invaden los tejidos vivos es notable, no por provocar una enfermedad gingival sino por agraviarlas, como ejemplo tenemos a la gingivitis ulcerativa, lesiones gingivales sifilíticas, gingivoestomatitis aftosa, etcétera.

El lactobacilo acidógeno no solamente se presentará en el interior de la encía, sino en toda la cavidad oral, y va a producir un cambio en los residuos orgánicos que se encuentran en la boca, transformándolos en ácidos, los cuales irritarán el epitelio de la encía.

Aunque la encía es uno de los sitios de proliferación de microorganismos, estos sitios se ven protegidos por la autoclisis y la vascularización de la encía que evita la invasión.

OCLUSION TRAUMATICA.—Es el resultado de las fuerzas oclusales anormales, que son capaces de producir lesiones en el tejido gingival. Estas pueden ser verticales y horizontales.

Así mismo se conoce la presión mecánica que se ejerce con el borde incisal de los anteriores inferiores sobre la encía palatina, en una sobreoclusión vertical.

IMPACTO DE ALIMENTOS.—No es la simple inclusión, sino que se pone de manifiesto en las encías, la contínua presión que se hace de los tejidos gingivales, a la simple masticación, cuando la integridad de los puntos proximales se ha perdido, en un simple diastema o bien por dientes ausentes.

Son causados también por una relación anatómica anormal de un diente con su vecino, la relación anormal de un diente con su antagonista, la forma anatómica de las mismas piezas dentarias, ya sea en el mayor diámetro mesiodistal cerca de la cresta del reborde gingival, el cual no libra a la encía de los impactos alimenticios en el momento de la masticación.

PROTESIS INCORRECTAS.—Por éste factor se desarrollan las enfermedades gingivales a consecuencia de la presión, de movimientos anormales y mala estabilidad de las prótesis sobre las superficies gingivales, que en un principio van a originar lesiones locales en una porción del tejido gingival, ocasionando el sangrado del mismo, o bien que de acuerdo con la pequeña molestia que le ocasiona al paciente, y éste la pase por alto, ahora bien, si se formara una hiperplasia o hipertrofia del tejido gingival, le darán al padecimiento un carácter crónico. Estos son producidos principalmente por falta de puntos de contacto, o situación incorrecta de las obturaciones altas, contorno oclusal incorrecto y bordes cortantes de los mismos.

RESPIRACION BUCAL.—Se produce una alteración de tipo inflamatorio en las encías, por el contínuo paso del aire que va a deshidratar a la superficie gingival, y como consecuencia tendremos una disminución de la resistencia de éstas, principalmente en la región anterosuperior, y la acción de la saliva se ve disminuida en lo que respecta a la protección en la autoclisis.

HIGIENE INADECUADA.—La falta de higiene bucal, será una de las causas principales por las cuales se favorezca la producción de una enfermedad gingival, debido a la presencia de tártaro dentario y de restos alimenticios.

HABITOS.—Es la causa por la cual muchos tratamientos fallan al no descubrirlos. Son muy variados y de los cuales se tienen tres grupos: Las Neurosis, los Hábitos Profesionales, y los Hábitos Diversos.

En las Neurosis, la persona muerde objetos por el estado nervioso en que se encuentra, o bien en el caso de la bricomanía y el bruxismo.

Los Hábitos Profesionales en los cuales los individuos por su misma profesión, tienen diversos objetos entre sus dientes, es el caso de zapateros, tapiceros, sastres y aún músicos.

De los hábitos diversos, encontraremos que las personas que los tienen, aún cuando son consientes de lo que hacen, ignoran el mal que se producen, como en el caso del uso incorrecto del palillo, chupadores de dedo, personas que muerden la pipa, respiración bucal, mascar tabaco, etc.

TABAQUISMO.—Es también causa de que se pueda presentar una enfermedad gingival, encontrándose establecida por el calor liberado y los productos de la combustión.

TERMICOS.—Es raro encontrar enfermedades gingivales de éste tipo, ya que en su mayoría no se presentan hemorragias por la gravedad del caso, bien pueden producir ulceraciones en el tejido gingival, causadas por las elevadas temperaturas que se tengan en la cavidad oral, generalmente por accidente. Relacionando a las de tipo frigorífico, es de esperarse que en ellas no se encuentran manifestaciones de patogeneidad, menos aún de sangrado como característica clínica presente.

QUIMICOS.—Dentro de éste tipo, se encuentran una variedad de sustancias que van a establecer en la encía, una inflamación como primer síntoma de un estado patológico de los tejidos gingivales. En ésta clasificación se encuentran las sustancias químicas que el hombre usa con más frecuencia, como son el alcohol, y diferentes medicamentos, dejando en segundo término, sustancias químicas, que el hombre ingiere por accidente, y que aunque en menor escala, son productoras de estados patológicos de las encías, no dejan de mencionarse por la frecuencia con que éstas lesiones gingivales son vistas.

La acción que principalmente opera en éstas causas, son las quemaduras de las encías, que van a producir un sangrado de las mismas, como manifestaciones clínicas primarias, aún cuando la mayoría de las veces, éstas no se manifiesten por encontrarse las lesiones regidas por el tipo de sustancia productora de las alteraciones de las encías.

Hemos de encontrar, además de los factores etiológicos locales ya enunciados, otros cuyo carácter es secundario, por la rareza con que se encuentran, pero que si van a influir en el proceso patológico, máxime si se encuentra en el tejido gingival, un proceso patológico causado por un factor causal y principal.

FACTORES ETIOLOGICOS GENERALES

Los Factores Etiológicos Generales, no van a provocar directamente una enfermedad gingival, sino que esencialmente van a predisponer a los tejidos gingivales a dichas enfermedades.

Se encontrarán agrupados en el siguiente cuadro:

1 — Endócrinos.
  a) Pubertad.
  b) Menstruación.
  c) Embarazo.
  d) Diabetes.
  e) Trastornos Gonadales.
2 — Circulatorios.
  a) Discracias Sanguíneas.
  b) Angiopatías.
3 — Energía Atómica.
  a) Explosiones.
4 — Intoxicaciones.
  a) Metálicas.
  b) Medicamentosas.
  c) Químicas.
5 — Nutritivos.
  a) Deficiencias Vitamínicas.
6 — Medio Ambiente.
7 — Psicosomáticos.

ENDOCRINOS

Pubertad.—En la actualidad se desconoce como influye ésta

etapa de la vida en la producción de las enfermedades de la encía, se cree que uno de los principales factores que contribuyen a presentarlos, son las hormonas secretadas por las gónadas, pero en realidad se desconoce el mecanismo por el cual van a influir.

Menstruación.—Los estudios realizados de las enfermedades gingivales durante el ciclo menstrual, han determinado una estrecha relación de las hormonas gonadales en su producción, aún cuando su mecanismo de acción de las mismas en los tejidos gingivales, permanecen aún en el misterio, ya sea porque dichas manifestaciones no son frecuentes, o bien porque se encuentren diferentes en cada paciente.

Se ha hablado de que el principal factor causal, es una alteración en la producción de estrógenos, con lo cual va a repercutir en el tejido gingival, o bien existe durante el ciclo un desequilibrio hormonal, que directa o indirectamente va a provocar la fragilidad capilar en la encía, que será la responsable de las hemorragias gingivales.

Embarazo.—En el embarazo se presenta diferentes tipos de enfermedades gingivales, aunque son pocos los casos de mujeres embarazadas que las presentan.

Su presencia se acentúa en la segunda mitad del estadío y desaparece pocos días después del parto.

Más que una causa primaria, es predisponente o secundaria, pero hay una tendencia a reacciones gingivales exageradas frente a causas locales, no presentándose éstas, no daran lugar a que existan alteraciones gingivales. El principal factor causal es la proliferación de los tejidos, o sea que el epitelio y el tejido conjuntivo, en especial el de los capilares, se encuentre altamente modificado en cuanto a su estructura, por lo que facilmente se puede establecer una solución de continuidad, por la misma fragilidad que existe, redundando todo ello en la existencia de las hemorragias en las encías.

Diabetes.—Los cambios orales que son ocacionados por ésta enfermedad, se manifiestan principalmente por una tendencia general al aumento de la gravedad de las inflamaciones, y suceptibilidad a las infecciones, por lo que se demuestra que únicamente

va a predisponer a la enfermedad, y si existe una causa local que la determine, ésta se verá favorecida en la acción patológica gingival.

Las alteraciones gingivales se deben, a que la glucosa existente en sangre, no se encuentra debidamente utilizada, con lo cual se van a presentar con suma frecuencia hemorragias profusas y difíciles de cohibir.

Pero más importante es conocer la forma en que la diabetes no tratada, actúa sobre la resistencia a diversos agentes infecciosos, ya que va a disminuir la actividad de la vitamina C, causando con ello injurias sobre los tejidos intersticiales de soporte.

Trastornos Gonadales.—Cualquier trastorno en los órganos gonadales, principalmente los productores de estrógenos y andrógenos van a repercutir en las encías, por el simple hecho de que su intervención en el tejido gingival es de gran importancia como hemos visto anteriormente tratándose de pubertad, menstruación, embarazo, etc.

CIRCULATORIOS

Discrasias Sanguíneas.—Dos son las principales causas que hemos de señalar, ya que dentro de ellas se agrupan las de tipo circulatorio que en éste momento nos interesan:

1 — Diatesis Plasmopáticas.
2 — Diatesis Trombopáticas.

Diatesis Plasmopáticas.—Es la discracia en la cual se incluyen todos aquellos estadíos, en donde uno o varios de los elementos constituyentes de la sangre, se encuentran disminuidos o aumentados en su número, de ésta manera encontramos en éste tipo el déficit de tromboplastinógeno, que va a caracterizar a la clásica hemofilia.

Una disminución de la protrombina va a retardar el tiempo de coagulación del tejido circulante, lo que trae como consecuencia una predisposición a la alteración sanguínea gingival.

La disminución del fibrinógeno, rara vez se llega a presentar.

El aumento de anti-trombinas que en la mayoría de las veces, se encuentra establecida por medicamentos en tratamientos anticoagulantes, favorece las hemorragias.

Diatesis Trombopáticas.—Se encuentran caracterizadas por un solo factor, del cual dependerá la presencia de dicha causa para que se produzca la hemorragia. Este factor se encuentra establecido por las plaquetas y trombocitos alterados funcionalmente, o de otro modo, se verá modificada la cantidad normal de las plaquetas y trombocitos principalmente por su disminución, ocasionando con ello la predisposición a las hemorragias.

Angiopatías.—Entre los factores que van a predisponer a los vasos sanguíneos a la salida del plasma y elementos celulares, están los siguientes:

1 — Herencia.
2 — Infección.
3 — Nutrición.
4 — Hipersensibilidad.
5 — Hormonas.

Herencia.—Dentro de éste factor no se han podido establecer relaciones concretas entre la debilidad capilar hereditaria y las hemorragias que sucedan en las encías. Unicamente tenemos como referencia a la Teleangiectasia Hereditaria que va a producir una debilidad vascular.

Infección.—En las infecciones se sabe que la producción de toxinas, va a interesar a las capas epiteliales de los vasos sanguíneos, en lo que respecta a la zonas vasculares que se encuentran en la encía; no se ha comprobado ésta infección, pero se supone que también debe de existir este factor, desde el momento que forma parte del organismo humano.

En el caso de invasión estreptocóccica como en la fiebre escarlatinosa, meningococcemia o en cualquier afección severa producidas principalmente por cocos, favoreceran las hemorragias.

Nutrición.—La deficiencia nutricional provocará en los vasos sanguíneos, una falta de integridad anatómica de la túnica epitelial interna que ocacionan estados hemorragíparos.

Esta deficiencia nutricional es el principal factor, por el cual va a resultar una deficiencia en la constitución vascular es la Vitamina C, ya que ella ayuda a fijar la sustancia cementante intercelular. Un ejemplo de estas hemorragias son las producidas en el escorbuto.

Hipersensibilidad.—Poco se ha escrito de este factor en lo que corresponde a la vascularización gingival, pero lo que se conoce, es que dichas reacciones de hipersensibilidad son producidas por un complicado sistema alérgeno, el cual no se conoce con certeza, el motivo por el cual va a producir la fragilidad capilar.

Hormonal.—Este factor se encuentra íntimamente ligado a la constitución de los capilares sanguíneos, siendo las principales hormonas que se deben apreciar aquellas que controlan la formación de las túnicas epiteliales de los capilares, ellas son las de la corteza adrenal que no son de mucha importancia y las gónadas las cuales se hablará en otro capítulo.

ENERGIA ATOMICA

Explosiones Atómicas.—Un factor predisponente a las hemorragias gingivales, se encuentra en las diversas formas de Energía Atómica, presentándose principalmente en las explosiones atómicas, las cuales en la actualidad han tomado auge debido a los adelantos de la ciencia. Son debidas principalmente a las radiaciones producidas por las explosiones, o a cualquier clase de pruebas con energía atómica que no son controladas.

Aún cuando no se puede dilucidar el sistema conque se produce dicho sangrado, ya que no se advierte únicamente en encía, sino también en estómago y tracto intestinal.

Su presencia según estudios efectuados entre los supervivientes de Hiroshima y Nagasaki, se presentó en un 10%, en los muertos en un 20%.

Se tienen como características clínicas, un cambio de color

en la mucosa gingival, tornándose rojiza, dando lugar a una turgencia de la misma, la que tiempo después se transforma en tejido gingival tumefacto, sanguinolento, doloroso y necrótico.

En la mayoría de los casos, se forma una pseudomembrana, que favorece con ello la detención de la hemorragia, por lo que ésta no se produce de inmediato, sino hasta el segundo día de haber recibido las radiaciones.

La proliferación de microorganismos se debe a que las defensas leucocitarias se encuentran disminuidas por la misma radiación, con lo que habrá una predisposición a la infección.

INTOXICACIONES

Metálicas.—Como factor etiológico en las enfermedades gingivales, es raro encontrarlo; únicamente se presentará a travez de los compuestos medicinales, o bien por el contacto industrial de los metales en fábricas, laboratorios o industrias metálicas.

Las principales manifestaciones de una intoxicación metálica, pueden ser lesiones gingivales con presencia de hemorragia o bien pigmentación de las encías.

Los metales más usados son el plomo, bismuto, y mercurio.

Medicamentosa.—Por lo general el uso de sustancias químicas que no son adecuadamente prescritas, van a ocasionar en la mucosa gingival lesiones, que pueden dar origen a hemorragias, su ingestión también puede deberse a reacciones alérgicas, aunque esto no se ha visto en encía.

Químicas.—Por lo general estos factores se presentan en forma accidental, o bien por el contínuo contacto y manipulación sin cuidado alguno.

Entre las sustancias químicas que van a dar origen a las alteraciones gingivales, se encuentran el fósforo, arsénico, cromo, benceno, etc.

NUTRITIVAS

Deficiencias Vitamínicas.—Las vitaminas son sustancias alimenticias de tipo orgánico, que van a proporcionar un completo

estado de salud del organismo, comprendiéndose que cualquier deficiencia de ellos en la nutrición, determinarán, alteraciones de la salud del individuo.

Cada tipo de vitamina tiene una acción determinada sobre los tejidos de la boca, por lo cual habremos de señalar la deficiencia de cada una de ellas en el tejido gingival.

Vitamina A.—Su deficiencia proporciona una disminución en la acción protectora del epitelio, facilitando con ello la entrada de los microorganismos.

Vitamina C.—Origina el escorbuto, ya que conserva la sustancia intercelular de los tejidos, siendo dirijida su acción, principalmente a las fibras colágenas. Los vasos capilares que se encuentran formados por células endoteliales, unidas por una sustancia intercelular, se verán alterados en cuanto esta sustancia esté decifiente, por lo que facilmente se producirá una solución de continuidad, que a su vez determinará las hemorragias.

Vitamina K.—Su deficiencia siempre será notoria, ya que se conoce va a regir la cantidad de protrombina en la sangre, por lo cual una ausencia de ella predispondrá a las hemorragias con frecuencia.

MEDIO AMBIENTE

Es otro de los factores que no va a producir alteraciones patológicas en las encías, pero su importancia debe tenerse presente, ya que va a originar manifestaciones clínicas que pueden confundirse a las originadas por otros factores.

PSICOSOMATICOS

Cuando ninguno de los factores etiológicos antes mencionados, ha originado una alteración gingival, lo más probable es, que se encuentre producida por una influencia psíquica que va a interferir el control orgánico de los tejidos gingivales.

Dos son los factores principales:

a) Desarrollo de hábitos lesivos o sean trastornos orales pro-

ducidos subconcientemente por estados mentales emocionales, es el caso de chupadores de dedo, personas que se muerden las uñas, muerden la pipa, etc.

b) Por efecto directo del Sistema Autónomo sobre el equilibrio Tisular Fisiológico.

Estos factores en la actualidad se están estudiando, para determinar con ello el papel importante que desarrollan en las enfermedades gingivales.

ENFERMEDADES GINGIVALES

GINGIVITIS

Siendo la gingivitis un factor inequívoco en la producción de hemorragias, haremos mención de las más importantes, para así poder conocerlas y diferenciarlas de los demás padecimientos que puedan originar el sangrado de las encías.

Gingivitis Marginal.—Este padecimiento es el más común de las inflamaciones gingivales, ya que sus causas que la producen son de diversas variedades tanto locales que con más frecuencia las producen, como las generales de las cuales se puede mencionar las siguientes: por alergias, alteraciones endócrinas, intoxicaciones, etc.

Sintomatología.—Lo más común es encontrar las encías aumentadas de tonalidad en lo que respecta al color, o sea que se encuentran de un color rojo intenso, edematizadas y por lo tanto aumentadas de volumen, y con suma tendencia a producirse la hemorragia con el mínimo esfuerzo, aún a la simple presión que se haga en ellas. Se puede encontrar en la mayoría de las ocasiones, involucrada la totalidad de la encía, aunque se puede observar en zonas localizadas.

Los capilares se encuentran dilatados y cercanos a la superficie del tejido gingival, con lo que al menor traumatismo se produce una pequeña solución de continuidad que son causa de la hemorragia.

Tratamiento.—El Profiláctico es el principal tratamiento, que se obtiene con la educación previa del paciente para prevenir el

estado patológico de las encías. Una vez que se encuentra establecida la gingivitis se procede a eliminar la causa que la produzca, una vez que desaparece el exitante cesará la molestia, esto va de acuerdo con el origen que tenga, con las causas locales, siendo fácil su localización, no así las causas generales.

Cuando persiste ésta gingivitis, aún después de haber eliminado las causas, se recurre a la terapéutica del cepillado sistemático de las encías, con el cual se obtiene una mejoría notable.

Gingivitis Hipertrófica.—Igual que la Gingivitis Marginal puede ser producida por causas locales, como la sepsis bucal, maloclusión, etc., o bien por causas generales, las cuales no siempre se manifiestan de una manera constante, sino que vienen a determinarse como causas predisponentes, un ejemplo de ellos es la Leucemia.

Sintomatología.—En ella lo que principalmente se encuentra afectado, es el borde gingival igual que las papilas interdentales, las cuales aparecen con una inflamación más acentuada que el resto de la mucosa gingival. Lo más común es encontrar inflamada la porción incisal de la encía, que corresponde a los dientes anteriores. El crecimiento en las encías mismas a pesar que es patológico, no es de grandes alcances, lo que va a diferenciarla de otras enfermedades gingivales. El dolor casi no se presenta, si acaso existe es poco perceptible, además que suele ser un padecimiento crónico al cual se acostumbra el paciente. La hemorragia en un principio es frecuente, pero deja de serlo en cuanto dicho padecimiento se vuelve crónico.

Terapeútica.—Eliminando la causa, se retira la enfermedad, cuando existe la cronicidad no siempre se lleva a cabo tal precepto, debido a su etiología las diversas causas que obren para producirla no se advierten de inmediato, sino que por el contrario, se atribuyen a otras causas ya sean las locales o las generales.

Gingivitis Descamativa. —Se le ha dado también el nombre de Gingivosis, o sea, que en éste tipo de enfermedad gingival, hay una destrucción de la encía, caracterizada por la descamación del epitelio y formación de vesículas, que más tarde se transforman en úlceras, con ello el tejido conjuntivo queda descubierto con el consecuente sangrado al simple paso del aire.

Aún cuando su etiología es desconocida, se le atribuyen teorías como la de respuesta alérgica, estado carencial, etc. Así mismo se le atribuyen una mayor frecuencia en las mujeres con desarreglos menstruales.

Sintomatología.—Presenta un cambio en la coloración tornándose roja, con cierta brillantez y pérdida del punteado, dolor, desprendimientos del epitelio al menor trauma, lo que ocaciona hemorragias severas. Pueden encontrarse vesículas que bien pueden transformarse en úlceras pequeñas y superficiales, con un olor característico y sensación de quemadura con alimentos calientes y ácidos.

Tratamiento.—Algunos autores recomiendan el uso de hormonas por tiempo prolongado de acuerdo con el sexo, también el uso de hidrocortisona que favorecerá la formación del epitelio. Una vez que haya sanado el tejido gingival, se impondrá el uso del cepillado y un cepillado sistemático de preferencia.

Gingivitis Ulcerativa.—Se le conoce con diferentes nombres, entre los que se pueden mencionar: Infección de Vincent, Fusoespiroquetosis, Infección ulcero-membranosa, Boca de Trinchera y Gingivitis Aguda Necrosante.

Esta enfermedad en lo que respecta a frecuencia, en la actualidad es rara, tal vez sea debido a la educación del pueblo o a los servicios de Salubridad.

Es el único padecimiento inflamatorio de encías, debido a microorganismos específicos o sean las bacterias de Vincent, que son un espirilo o borrelia Vincent y un bacilo fusiforme. Aun cuando varios autores han afirmado que se encuentran en la boca de todas las personas, hacen la salvedad de que su malignidad depende de los cuidados higiénicos que se tengan de ella.

Las bacterias siempre obran como causa determinante, cuando las causas predisponentes ya se encuentran en el medio bucal, entre estos se puede mencionar las ulceraciones producidas por restauraciones o ya sea por estados emocionales como hábitos.

Sintomatología.—Estas Gingivitis Ulcerativas se presentan en encías únicamente, aún cuando se puede extender a mucosa y

aún hasta faringe. La encía se torna un tanto hipertrófica y de una tonalidad púrpura que en el estado agudo, se producen en el tejido gingival hemorragias a la menor lesión irritativa. En la fase crónica, los síntomas generales ceden, pero la hipertrofia gingival aumenta y con ello la hemorragia que se vuelve prolongada en cuanto se produce cualquier trauma, el aliento de estos enfermos es pútrido con una sialorrea considerable.

Periodontitis Marginal.—Una variedad de las Gingivitis la forma este padecimiento, que se presenta con poca frecuencia en la boca, únicamente en personas que no se ocupan por la higiene de la misma o que nunca han consultado a un Cirujano Dentista, causándole con ello serias molestias.

Sintomatología.—En el tipo generalizado, las manifestaciones principales que se presentan son: engrosamiento del margen gingival en torno al cuello del diente, perdiendo con ello su natural adherencia o inserción del surco gingival; una turgencia de las encías debido al edema que a su vez favorece las hemorragias, por el aumento de volumen y por la delgadez de las caras superficiales de la encía.

Tratamiento.—Los diversos tratamientos que se efectúan para la eliminación de ésta enfermedad gingival, no se llevan a cabo de una manera sistemática, con lo cual tenemos la posibilidad de una curación efectiva, así debemos de aprovecharnos de explicar y enseñar al paciente un cepillado correcto, haciendo ver las ventajas que se obtienen si se siguen las indicaciones dadas.

Siendo estas enfermedades las más comunes de presentarse en la boca de nuestros pacientes, hemos de reconocer que a su vez son las causas más importantes de la hemorragia gingival, o cuando menos, son causas que van a predisponer a la encía, para que al menor traumatismo, como el simple cepillado de los dientes, o el masticar alimentos duros, se produzca el sangrado de las encías.

ESTOMATITIS

Esta variación de enfermedad gingival, tienen manifestaciones semejantes a las de la gingivitis, con la diferencia que, en este

padecimiento se encuentran involucradas todas las mucosas por dicha afección.

GINGIVO-ESTOMATITIS HERPETICA.—Se le conoce también con el nombre de Estomatitis Infecciosa, Estomatitis Aftosa, y Estomatitis Ulcerativa.

Esta infección siempre va a determinar una generalidad de la enfermedad en la mucosa oral, tanto en su forma primaria como en la recurrente.

En su forma primaria la encía se torna rojiza, esponjosa, tumefacta sumamente dolorosa y al menor estímulo irritativo se presenta de inmediato la hemorragia. La recurrente se presenta con más frecuencia en los adultos de mayor edad, el curso que sigue es más rápido, la inflamación que se presenta en la encía, es menos marcada que en la primera y por lo tanto la tendencia hemorrágica en la misma se encuentra disminuida.

ESTOMATITIS DIABETICA.—Como sabemos la Diabetes es un trastorno metabólico ocacionado por la insuficiencia de insulina, y una de sus manifestaciones se encuentra en la boca, aunque no es alarmante, no deja de causar malestar al paciente que la sufre.

Hemos de observar con ello, que al haber una enfermedad debilitante, la resistencia del paciente se ve disminuida, de ahí que cuando se presenta la gingivitis, se asocia al estado diabético actuando los dos sinérgicamente, siendo de peores consecuencias éste padecimiento, que si no es tratado, se traducirá en una completa hiperplasia de la mucosa gingival, con el correspondiente edema y hemorragias a la menor lesión.

HIPERPLASIAS

Las hiperplasias como su nombre lo indican, no son sino manifestaciones de enfermedades, que se caracterizan por el crecimiento exagerado y patológico de las células de un tejido. Existe una gran variedad de éstas enfermedades que se pueden presentar bajo ésta característica clínica, más hemos de mencionar y detallar las que se presentan con más frecuencia.

Hiperplasias Inflamatorias.—Estos tumores son los más comunes en la cavidad oral, mas habremos de diferenciarlos de los verdaderos tumores, que son formados a expensas de estructuras embrionarias, para lo cual la ayuda de un buen estudio histopatológico nos dará la solución del caso.

EPULIS GRANULOMATOSO.—Se presenta como un abultamiento inflamatorio de la encía alveolar, cuya causa más común es la constante irritación mecánica del tejido gingival, ya sea por bordes cortantes de cavidades cariosas, fracturas dentarias, prótesis inadecuadas, o mal ajustadas, etc.

La tumoración tiene la forma de pequeñas masas esféricas de tejido conjuntivo, cubiertas por epitelio del tamaño de un chícharo. Puede penetrar dentro de la cavidad de una pieza dentaria y entonces se le conoce como pediculado, siendo la otra forma sésil.

Son sumamente blandos y vascularizados, por lo que a la menor lesión que se les provoque, se manifiesta de inmediato la hemorragia. En caso de que se mantengan en la boca o que se vuelvan crónicos, los caracteres inflamatorios desaparecen de una manera gradual.

También se presenta una variedad que se forma en la mayoría de las veces, posterior a una extracción, teniendo como primera característica clínica, la formación de una pequeña porción de tejido de granulación, que va creciendo hasta formar un pólipo rosado con pedúnculo y que, al tratar de exterminarlo se reproduce, hasta no retirar la causa que lo provoca, la cual por lo general es un fragmento óseo, o bien restos de tejido dentario que van a causar las injurias a dicho tejido gingival.

La frecuencia con que se encuentran estos épulis, es relativa, ya que en su mayoría se presentan en cualquier edad, pudiendo encontrarlas así mismo en personas jóvenes, localizada principalmente en aquellas bocas cuyas piezas dentarias temporales presente un alto índice de caries.

Se observa que una vez habida la degeneración de la pulpa, el épulis granulomatoso se une con la hipertrofia pulpar, formando con ello una masa sumamente vascularizada, que se encuentra

recubierta con una pequeña capa de epitelio, que al mínimo trauma que obre sobre él, producirá una solución de continuidad, con la consiguiente hemorragia gingival.

EPULIS FIBROMATOSO.—Se le puede considerar como el siguiente paso del granulomatoso, una vez que ha adoptado el carácter de cronicidad, se presenta en personas de avanzada edad, siendo sus características principales los procesos inflamatorios, que desaparecen con lentitud, el epitelio se encuentra semejante al de la boca en general y el estroma es menos vascular, por lo que se deduce que las hemorragias no se presentan con tanta facilidad como en el caso anterior, dada la queratinización del epitelio.

La capa epitelial es de tipo escamoso estratificado, que por lo general se encuentra excesivamente desarrollada por la misma inflamación. La red mucosa se extiende al tejido conectivo, por largas proyecciones en los espacios intercelulares del epitelio, habiendo infiltración de células redondas.

TUMOR DEL EMBARAZO.—Es otra forma de hiperplasia, que se combina generalmente con la estomatitis de este mismo estado grávido de las mujeres.

Se presenta con frecuencia en el segundo mes, primeramente como una pequeña hipertrofia gingival, que en la mayoría de las veces, aumenta de tamaño y no pocas ocaciones resultan tumores pedunculados, que se forman de las papilas gingivales. Esto se le atribuye como causa a la estimulación del crecimiento como actividad anormal asociada con la gestación.

Sintomatología.—Tiene la forma esférica, de un tono rojo intenso o azulado, y que se adhiere con un pedículo a la papila gingival, así va aumentando poco a poco de tamaño. Se pueden encontrar crecimientos exagerados que llegan a cubrir los dientes por completo y más si se encuentran colocados de un lado y del otro. Sangran con suma facilidad al menor trauma que reciban, aún con el solo acto de la masticación se puede presentar el sangrado. Generalmente desaparecen durante el parto.

HIPERTROFIAS

Son aquellas malformaciones de la mucosa gingival, de gran

interés para el Cirujano Dentista, por las hemorragias a que dan lugar, ya que si no se comprendiera su significado, sería poco prudente llevar a cabo el tratamiento adecuado.

HIPERTROFIA DILANTINICA.—La reacción de la mucosa gingival a la medicación a base de difenilhidantoinato de sodio, que se muestra de carácter anticonvulsivo en los epilépticos, produce un engrosamiento nodular excesivo de la mucosa gingival, sin embargo no parece extenderse, ni aumentar su intensidad como podría suponerse, aún cuando las dosis de dicho medicamento se tornen exageradas.

El volumen varía mucho, la mayoría de las veces llega a cubrir las coronas clínicas de los dientes, dificultando con ello las funciones normales de la boca como son la masticación, la fonación, la estética, además de la simple incomodidad que sienten los pacientes.

La hemorragia no se presenta con tanta frecuencia como en otras enfermedades gingivales, puesto que el tejido epitelial se encuentra hipertrofiado, o sea dicho de otro modo, la capa epitelial se encuentra gruesa y queratinizada, impidiendo con ello el sangrado característico, que se presenta en otras alteraciones de la mucosa gingival.

PROLIFERACIONES PSEUDOTUMORALES

En éste capítulo se encuentran las diversas lesiones que pueden sufrir las encías, sin que por sus manifestaciones clínicas, pueden incluirse en el orden de verdaderos tumores.

FIBROMA IRRITATIVO.—Se le conoce con este nombre a las proliferaciones localizadas, que son debidas principalmente a la hiperplasia o hipertrofia del tejido conjuntivo fibroso, que forma la mayor parte de la mucosa gingival.

Por lo general, su iniciación se efectúa después de ocurrido un traumatismo local moderado y persistente, dándole las características de cronicidad a la lesión.

Su ubicación en la mucosa gingival es frecuente, debido a la relación que guarda con el trauma y a su superficie prominente,

se puede lesionar con facilidad y con ello aparece la hemorragia, a su vez puede dar origen a una ulceración de la zona dañada, por la frecuencia con que obra el agente traumatizante. Cuando se ulcera da la impresión de un pequeño cráter, que para el paciente se traduce como una incomodidad, ya que por lo regular interfiere en la masticación.

Epulis Fisurado.—Por lo general la consideración etiológica de esta lesión, es que se encuentra principalmente en la encía aereolar o alveolar y da como resultado una masa floja depresible, de tejido laxo que crece gradual y contínuamente, que sangra con facilidad y es doloroso. Se observa una reacción endotelial prolongada, así como una infección en bocas descuidadas.

PROLIFERACIONES HORMONALES

TUMORACION GINGIVAL DE LA PUBERTAD.—Este padecimiento se puede presentar en ambos sexos, ocacionado por la falta de estabilidad hormonal como causa predisponente y como determinantes los factores locales que imperan en la cavidad oral, convirtiendo ésta enfermedad, en un crecimiento exagerado de las encías. De esta manera, cuando se desencadena una lesión de este tipo, es de suponerse que actúan los dos factores, por lo que se debera buscar en la cavidad bucal la causa principal que la desencadene.

La tumefacción es circunscrita, de tamaño variable, blanda y de una tonalidad roja obscura, debiéndose esto al aumento de irrigación sanguínea, de ahí la facilidad con que se presente una hemorragia al menor estímulo. Se puede localizar en un solo cuadrante o en casos extremos en toda la boca, aún cubriéndo las coronas de los dientes.

TUMORACION GINGIVAL DE LA MENSTRUACION.—En la mayoría de los ciclos menstruales no se llega a observar, de ahí su poca frecuencia con que se le conozca. Su presentación tiene como causa predisponente el período de desequilibrio hormonal propio del mismo ciclo.

Las causas locales pueden acentuarla a semejanza de la gingivitis de la pubertad, ya que habrá una exageración en el creci-

miento vascular que junto con la disminución del espesor de la capa córnea de las encias, irá a determinar frecuentes hemorragias, a la más mínima lesión que sufra la mucosa gingival.

TUMORACION GINGIVAL DEL EMBARAZO.—Esta se conoce mejor por la frecuencia y la gravidez con que se presenta. Por lo general se presenta en muchas mujeres embarazadas, principalmente en el segundo trimestre, aún cuando en la mayoría de ellas pasa inadvertida.

Su presentación en cierto modo es característica, ya que en su iniciación se encuentran como proliferaciones lisas, a menudo pediculadas y de una tonalidad rojo o brillante, en cambio cuando ya han aumentado de tamaño, presentan una forma de hongo o coliflor con numerosas porciones superficiales de ulceración, la tonalidad va del rojo intenso en la de tamaño regular, hasta el rojo azulado en las mayores, esto es debido a la congestión de vasos que predisponen a una hemorragia que resulta ser un síntoma muy frecuente e importante.

Tratamiento.—El tratamiento a seguir para éstas tres afecciones, es la regulación del equilibrio hormonal, a menos que el daño sea mayor entonces se tratarán mediante la remoción de las mismas proliferaciones por procedimientos quirúrgicos.

TUMORES BENIGNOS

FIBROMA ODONTOGENO PERIFERICO.—Es muy parecido al fibroma viceral, ya que tiene similitud en sus reacciones proliferativas; se presenta con una consistencia blanda o dura según la cantidad de proliferación vascular y el depósito de sustancia colágena.

La ulceración superficial es el resultado de los traumatismos, que van a ocasionar graves hemorragias, dependiendo de ellas, la gravedad que sigan dichas alteraciones.

Tratamiento.—El tratamiento como en las demás proliferaciones deberá ser quirúrgico, o bien por medios electrodesecadores.

FIBROMATOSIS GINGIVAL.—Afección que por lo gene-

ral se encuentra en épocas tempranas o sea en niños principalmente; las causas que la producen no han sido suficientemente aclaradas, pero se sugieren factores hereditarios o simplemente endócrinos, aunque el estado nutricional del individuo puede guardar estrechas relaciones.

Sintomatología.—Es en sí una reacción fibrosa, difusa, que afecta toda la encía, pero que tiene la característica de fibromas múltiples, la superficie es lisa y no sangra con facilidad, siendo su crecimiento lento.

Se deberá diferenciar de las demás hipertrofias, para así establecer un buen tratamiento con el cual pueda desaparecer por completo en el paciente.

Tratamiento.—Aún cuando en su mayoría no produce hemorragias frecuentes como en los fibromas, su tratamiento básico es quirúrgico, el cual posteriormente debemos de cambiar, con la buena higiene que se tenga de la boca a travez de un cepillado efectivo.

PAPILOMA.—Dentro de los tumores epiteliales benignos se encuentran estas lesiones, de las cuales se piensa son pre-cancerosas, ya que la mayoría de las veces se presentan previas a un cáncer, o bien en el transcurso de su aparición o precediéndolo.

Sintomatología.—Se exhiben como unas excresencias blandas de la superficie de la mucosa oral y en particular de la encía, aun cuando no tan frecuentes.

Se forman a partir de la proliferación del epitelio escamoso, que va formando numerosos lóbulos, generalmente son blandos, más, cuando se presentan en áreas de leucoplasia avanzada, se tornan duros, por el hecho de que el epitelio se encuentra queratinizado.

Los papilomas blandos son pedunculados casi en su totalidad, el tamaño varía de 0.5 a 5 cm., vuelvo a mencionar su rareza en cuanto confiere a la encía, y cuando existen producen hemorragias a la presencia de cualquier traumatismo.

Tratamiento.—Un buen estudio histopatológico, nos dará a conocer si se trata de una lesión cancerosa o de una simple lesión,

de ahí que tratándose de una neoplasia, la exensión quirúrgica, junto con la cauterización, son los elementos de que se disponen para combatir éste mal.

ANGIOMAS.—Dentro de este capítulo nos encontramos con diversas clases de tumores en los vasos, pudiendo estar localizados tanto en vasos linfáticos como en los sanguíneos, o en la combinación de ambos, siendo los más frecuentes los Hemangiomas.

HEMANGIOMAS.—Al hablar de esta tumoración la mayoría de los profesionales, piensan en un tumor de origen congénito que implica una neoplasia, mas esto no se puede sostener en su totalidad, ya que se producen por la proliferación de sus propios elementos, y no por la incorporación de vasos normales próximos.

Su desarrollo por lo general, se lleva a cabo por una exagerada vascularización, pudiendo existir desde el nacimiento de la persona. En la encía se originan éstas tumoraciones en la papila interdental, dándole una tonalidad rojo claro o púrpura intenso, además del aumento de volumen que en muchas ocasiones imposibilitan la masticación.

Su facilidad para provocar verdaderas hemorragias es notable, pues se han dado casos que ponen en peligro de muerte a las personas que las padecen; éstas hemorragias son provocadas por el simple traumatismo que se haga en el lugar afectado en el momento de la masticación.

Tratamiento.—Si son pequeñas las tumoraciones, se eliminan con cuchillo eléctrico, en casos mayores con Rayos X o con soluciones esclerosantes inyectadas en la región, con objeto de no provocar hemorragias profusas, o bien por coagulación con anhídrido carbónico sólido.

TUMORES MALIGNOS

TUMORES MALIGNOS EPITELIALES.—Una de las causas más importantes de muerte es el carcinoma, dentro de los cuales se incluyen aquellos que se presentan en la boca, y que van a constituir un porcentaje importante en la malignidad para el paciente.

En la cavidad oral se encuentran en el piso de la boca, lengua, carrillo, paladar y encías, de acuerdo con la frecuencia con que se presentan.

Aun cuando éste padecimiento maligno no es del campo terapéutico del estomatólogo, si es de su responsabilidad ponerlo de manifiesto en cuanto lo sospeche en el estudio clínico de su paciente, o sea, que lo menos que puede hacer por éste padecimiento, es establecer su diagnóstico para así puntualizarlo, aconsejando al paciente, ocurra a un especialista, con las reservas debidas.

El noventa por ciento de las neoplasias malignas que se originan en la mucosa oral, se identifican como carcinomas epidermoides.

CARCINOMA EPIDERMOIDE.—En ésta clase de tumores, son comunes las lesiones inflamatorias por falta de aseo, o por irritación dental, que van a producir hemorragias por las lesiones ocasionadas por cualquier estímulo.

Se pueden confundir con una simple hipertrofia y tratarlos como tales, favoreciendo así la reproducción y aceleración del crecimento de la misma tumoración.

Con respecto a la etiología se han dado varias opiniones, todas ellas encaminadas a pensar que simples lesiones causadas por medios irritantes y la presencia constante de ellas, se verán favorecidas por la suceptivilidad y resistencia de cada uno de los individuos.

CARCINOMA ESPINOCELULAR.—Su presencia en la mucosa gingival es reducida, únicamente podemos observar su desarrollo en la mucosa alveolar, ya que parece ser que dicho crecimiento del mismo se encuentra limitado por la capa cornea característica de la encía adherida.

Generalmente estos tumores pueden ser consecutivos a leucoplasias, las cuales después de un periodo de cronicidad se han transformado. Las metástasis pueden ser tempranas y la extensión amplia.

La ulceración del tumor se presenta casi de inmediato, ele-

vándose más tarde el reborde endurecido a causa de los nódulos tumorales subepiteliales.

Se puede presentar en la mayoría de los casos un olor fétido, los vasos erosionados, sobreviniendo con ello la inminente hemorragia. Los dientes que se encuentran en la lesión puedan aflojarse y hasta caer.

FIBROSARCOMA.—Es un tumor raro en la cavidad bucal, se forma a expensas del periostio o bien de la membrana pericodontal en su porción cervical.

Sintomatología.—Forma lesiones irregulares y ulceradas de rápido crecimiento, tienen una base ancha y firmemente adherida, siendo de consistencia tensa, elástica y dura.

La tonalidad va del rojo intenso al rojo azulado y las hemorragias se suceden abundantemente cuando se lesiona ésta porción

Crece con rapidez y en forma lobulada, cuando adquiere grandes proporciones, llega a desplazar a la lengua en las arcadas inferiores y en las superiores ocupa toda la bóveda palatina, aflojando en ambos casos las piezas dentarias.

LESIONES GINGIVALES EN LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE

HEMOFILIA.—Es una enfermedad hereditaria que sólo se manifiesta en el sexo masculino, pero que su transmisión la favorece la mujer.

Sintomatología.—Las hemorragias en la boca se producen de una manera profusa por traumas mínimos, ya sean extracciones dentales o al simple cepillado de las arcadas dentarias para la higiene de las mismas.

Se manifiesta desde temprana edad, por lo que se debe de tener mucho cuidado, pues el sangrado puede poner a los pacientes al borde de la muerte por la intensidad de las hemorragias.

PURPURA HEMORRAGICA TROMBOCITOPENICA.—El término de púrpura se debe a la coloración que se produce en la piel y en las mucosas, muy característica de esta enfermedad, exis-

tiendo también la destrucción de las plaquetas en el torrente circulatorio, causando su disminución, y con ello la tendencia a producirse las hemorragias.

En la mucosa gingival se presentan zonas de esquimosis y de hemorragia al mismo tiempo, así mismo petequias que no desaparecen bajo la presión que se les haga con las yemas de los dedos.

El tamaño es sumamente variable, en ocasiones el epitelio se levanta para producir una flictena sangrante; hay hemorragias en el margen gingival, con formación de masas de tipo coagulante alrededor de los cuellos de los dientes.

La causa principal por la cual se presenta ésta enfermedad, es la destrucción inmoderada de los elementos coagulantes de la sangre.

ANEMIA APLASTICA.—Se debe principalmente a la alteración funcional del sistema hematopoyético, dan origen a laceraciones en las mucosas, que tienden a ser de tipo necrosante. En las encías forman zonas purpúreas o pequeños hematomas que a veces producen hemorragias a los traumatismos.

El tratamiento es preventivo.

LEUCEMIAS.—Constituye un grupo de enfermedades fatales en su mayoría, las cuales están caracterizadas por la proliferación excesiva de leucocitos en el torrente circulatorio.

La complicación de tipo tumoral en las encías es importante conocerla por las ulceraciones y hemorragias a que dan origen, ya que estas últimas se producen con más frecuencia en el margen gingival, con la consiguiente acumulación de coágulos flojos en los espacios interdentales, tornándose la encía turgente, blanda y de una tonalidad púrpura rojiza.

En éste caso el Cirujano Dentista tiene la oportunidad de poner de manifiesto la enfermedad, ya que en la cavidad oral se presenta con anticipación al resto del organismo.

Tratamiento.—El tratamiento en la boca, no tiene ningún efecto directo sobre el curso de la enfermedad, por lo que existe la necesidad de un tratamiento de todo el organismo, por lo cual se en-

viará al medico general. En resumen podemos decir que es Preventivo.

LEUCEMIA MIELOIDE (MIELOGENA).—Caracterizada por una extensa hiperplasia de los elementos mielógenos; tanto en su forma aguda como en la crónica, la tendencia hemorrágica en la mucosa gingival se observa pronunciada, las encías se encuentran hiperplásicas, presentándose con un aspecto céreo o pálido. En la Leucemia Monocítica Aguda el color de la encía es de una tonalidad púrpura azulado característico.

Estas lesiones se encuentran con más frecuencia, que las Estomatitis de Vincent y se localizan en las regiones palatina y lingual.

El pronóstico de la leucemia es de considerarse muy grave, por las pocas defensas que el organismo humano presenta.

POLICITECIMIA PRIMITIVA.—Aunque es poco frecuente tiene la característica de manifestarse por una extensa coloración rojiza, que da al individuo una expresión de encolerizado.

En las encías se manifiesta ésta tonalidad con más acentuación, encontrándose éstas turgentes y sangrantes al menor estímulo que sufran, aún espontáneamente, pero a pesar de la frecuencia de éstas hemorragias, las lesiones producidas no se llegan a ulcerar.

HEMORRAGIAS GINGIVALES DEBIDAS AL MEDIO AMBIENTE

En éste capítulo se tratarán aquellas alteraciones de la mucosa gingival, que la mayoría de las veces sufre soluciones de continuidad, originando con ello las hemorragias gingivales.

Aún cuando se le ha dado poca importancia a éste capítulo, en la actualidad ya se le tiene en consideración por encontrarse en las diversas alteraciones de la encía, que su origen radica en el medio ambiente. Sin embargo no se puede enunciar su patogenia, además de que se pueden presentar en cualquier boca, aún en las más sanas.

Siendo el medio ambiente el que va a producir los medios necesarios para poder producirse dicho sangrado, nos es de im-

prescindible necesidad el describir la etiología de dichas lesiones, por lo que solo nos reduciremos a mencionarlas.

Con cierta frecuencia se han notado hemorragias gingivales en individuos que se ven precisados a cambiar de presión atmosférica, ello sucede en los buceadores, hombres-rana y aviadores. Actualmente se encuentran con el mismo problema los astronautas, siendo en éstos más graves las lesiones, por los diversos cambios de presión que pueden sufrir durante vuelos espaciales.

La manifestación que se produce en la encía, es una turgencia de los capilares, que es precedida por el rompimiento de los mismos, ya que la presión que se encuentra en la sangre dentro del organismo, es distinta a la existente en la atmósfera y principalmente a diversas alturas.

De ello se deduce la preocupación que se ha tenido para proporcionar a estos individuos una prevención de dichos cambios, con el objeto de no tener complicaciones posteriores.

INTOXICACIONES

Estas alteraciones de la integridad del tejido gingival, son producidas en su mayor parte, por la presencia accidental de sustancias químicas, o bien por la medicación, o por intento de suicidio con la ingestión de sustancias químicas.

En su mayoría estas sustancias se consideran como sumamente nocivas para el organismo en general, de ellas los ácidos van a actuar como corrosivos, actuando en la boca como corrosivos necrosando los tejidos gingivales.

Dichos ácidos producen una escara blanca, seca y elástica por precipitación de las proteínas. La hemoglobina en contacto con el ácido se transforma en hematina, por lo que la sangre extravasada, toma un color pardo oscuro, a diferencia de la intoxicación alcalina que también transforma a la hemoglobina en hematina pero alcalina, que le da a las hemorragias una coloración rojo brillante.

Hidrargirismo.—Se presenta en obreros que trabajan en íntimo contacto con el mercurio, el cual aunque no sea ingerido es absorvido por el organismo a traves de los pulmones.

La intoxicación por mercurio produce tumefacción de las encías y un sangrado a la menor lesión que se haga en ellas, apareciendo al mismo tiempo una línea negrusca o gris azulada, principalmente en la encía libre. Cuando adquiere cronicidad éste padecimiento se tornará por la misma destrucción de los elementos de sostén del diente, una paradentosis.

Saturnismo.—En cierto modo se parece a el Hidrargirismo, ya que presentan casi todos los síntomas, aunque en menor proporción, pero si se descuida se transformará con el tiempo en tejido necrosado, con los consiguientes problemas posteriores en lo que respecta a su tratamiento.

Bismuto.—Los síntomas que se presentan son iguales a los anteriores y como ellos muchas veces se generalizan convirtiéndose en francas estomatitis. En los casos graves de la encía, se presentan hemorragias seguidas de grandes ulceraciones.

Fósforo.—Se considera semejante a las ya mencionadas con anterioridad, cuando existen como causa predisponente alteraciones patógenas de las encías.

En este caso las hemorragias también son profusas, ya que el fósforo contribuye con la destrucción de las paredes de los capilares. Cuando existe cronicidad de la lesión, la encía se torna dura y de consistencia frágil, sangrante y alterada en su color.

Anilismo.—La mucosa gingival aparece inflamada, pudiéndose apreciar pequeñas ulceraciones sangrantes a la menor lesión y lo más común es que se extiendan a la totalidad de la mucosa bucal.

Todas estas lesiones causadas por intoxicaciones, en la actualidad se tornan un poco raras, por los medios de prevención que se exigen en los centros de trabajo.

Tratamiento.—Para poder llevar una conducta encaminada al tratamiento de dichas intoxicaciones, se debe saber que cada caso requiere una terapéutica especial, aun cuando puede ser semejante, y que tendrá el éxito esperado siguiendo las siguientes reglas:

1 — Retirar el veneno del organismo.
2 — Administrar antídotos.
3 — Aplicar una terapéutica sintomática o de sostenimiento.
4 — Procurar en el medio bucal los cuidados necesarios.

CONCLUSIONES

La finalidad de éstas consideraciones clínicas sobre el sangrado de las encías, se encamina únicamente a formar en la Profesión una idea de los diferentes lesiones de la mucosa gingival bajo los siguientes factores:

1 — El pleno conocimiento de las enfermedades y alteraciones gingivales, principalmente en lo que concierne a su etiología, para así poder identificarlas en cuanto se tenga conocimiento de ellas.

2 — En la exploración se deberá de tener especial cuidado de cerciorarse de la veracidad de las manifestaciones clínicas que acompañan a las manifestaciones gingivales, las cuales van a proporcionarnos medios para su identidad, determinando con ello las diferentes clases de hemorragias y a su vez dependerá el buen diagnóstico de las alteraciones gingivales.

3 — Cuando las manifestaciones clínicas junto con los síntomas subjetivos nos proporcionan los datos necesarios para identificar a una enfermedad, podremos hacer un diagnóstico, más habrá que tener especial cuidado al emitirlo, para ello, habrá que establecer un Diagnóstico Diferencial ya que muchas manifestaciones se presentan semejantes, principalmente en lo que respecta a hemorragias.

4 — El pronóstico que se les de a las alteraciones gingivales, irá de acuerdo con el Diagnóstico y el tratamiento, que deberá ser el más adecuado.

5 — El tratamiento deberá de aplicarse con la debida puntualización en cada una de las causas que produzcan el padecimiento, ya sean generales o locales.

BIBLIOGRAFIA

APRILE HUMBERTO.—Anatomía Odontológica. Páginas: 230, 245. 1960.

BERNIER, JOSEPH L.—Tratamiento de las Enfermedades Orales. Páginas: 55, 135, 215, 251, 283, 301, 329, 363, 385, 421, 721, 795. 1962.

BURKET, LESTER W.—Medicina Bucal. Páginas: 21, 38, 50, 93, 252, 276, 351, 486. 1954.

CAMPOS, ALBERTO M. Curso elemental de Dietética, Páginas: 53, 73. 1956.

CARAMES, ESTHER DE APRILE.—Anatomía y Fisiología Patológica Bucodental. Páginas: 167, 173, 185, 197. 1954.

CHERASKIN, EMANUEL.—El control de la hemorragia. (trad.) Rev. Odont. Cir. Odont. Paraguay, 6: 21-23, Enero-Abril; 1960.

GLICKMAN, IRVING B. S.—Periodontología Clínica, Páginas: 29, 74, 78, 101, 104, 235, 307. 1961.

GOLDMAN, HENRY M.—Periodoncia, Páginas: 13, 39, 73, 1960.

GRUMBERG, J. N.—Diagnóstico de los estados hemorragíparos An. Esp. Odontoestomat., 18: 874 - 885; Odontología Uruguaya 13: 762 - 770 Mayo-Junio 1959.

GUTVERG, MANUEL.—Gingivitis aguda necrosante o infección de Vincent., Rev. de la A.D.M., XIX: 1, 15 - 18, 1962.

HAYES, LUIS V.—Diagnóstico clínico de las Enfermedades de la boca, Páginas: 38, 52, 58. 1954.

HAUPL KARL.—Tratado general de Odontoestomatología Tomo I Páginas: 293, 771, 885, 1958.

MORAYTA, MIGUEL.—Gingivitis, Rev. de la A. D. M., XVIII - 4: 539 - 547. 1961.

ORBAN, BALINT.—Histología y Embriología Bucodental. Páginas: 215, 231. 1957.

ORBAN, BALINT., Periodoncia. Páginas: 15, 47, 83, 287, 1960.

PASCHKIS, RAKOFF C.—Endocrinología Clínica. Páginas 11, 523, 596. 1955.

TIECKE, RICHARD W.—Fisiopatología Bucal., Páginas: 21, 61, 85, 96, 114, 166, 180, 207. 1960.

THOMA, KURT H.—Patología Bucal, Páginas: 762, 767, 1147. 1952.

WILMA, G.—Actuación del Odontólogo en la asistencia a los afectados por la explosión atómica. Temas Odont. 6: 304 - 306, En-Mar; (trans) An. Esp. Odontoestomat. 17: 748 - 750. sept. 1958.