Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA - U. N. A. M.

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

ENFERMEDADES PARIODONTALES EN LOS NIÑOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

Consuelo Sánchez Quiroga

SAN JUAN IZTACALA, MEX. 1979

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.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

P R O L O G O

En la actualidad, la Odontología Moderna ha perfeccionado numerosas técnicas para el bienestar de la salud oral, estrechando cada vez más la interrelación de los Cirujanos Dentistas de diferentes especialidades para lograr una mejor Odontología Integral.

Sin embargo la Enfermedad Periodontal constituye un problema de gran importancia en la práctica de la Odontología.

El proposito de éste tema es evaluar el porcentaje de Gingivitis y enfermedad Periodontal en un determinado grupo de niños, destacando las notables diferencias entre estas etapas e integrar ambas en un efectivo programa de prevención.

Conciente de la importancia que tiene la Enfermedad Periodontal en los niños y lo poco que se preocupan algunos Dentistas por estos graves problemas que son los precursores de las Enfermedades Periodontales en los adultos y con el afán de dilucidar algunas de las controvercias que existen procederé a realizar una Investigación en niños escolares y una revisión de la literatura pertinente para recabar el mayor número de datos posibles y llegar a formular algunas conclusiones concretas sobre éste tema tan importante como lo es la Enfermedad Periodontal en los Niños.

La enfermedad periodontal frecuentemente comienza en los niños y no es reconocida hasta la tercera década de la vida cuando ya han ocurrido cambios irreversibles, la Enfermedad Periodontal es una lesión destructiva y progresiva del Aparato de soporte del diente (es decir se extiende en: encias, cemento ligamento periodontal, y hueso alveolar), puede

tener origen en la niñez o pubertad y el proceso continúa en la vida adulta temprana sin ser reconocida, a menos que se eliminen estas etapas tempranas será inevitable en años posteriores el desarrollo de Enfermedades-Periodontales.

En estudios epidemiologicos sobre la enfermedad Periodontal (Ramfjord y Emslie) indican que la transición entre Gengivitis y Periodontitis empieza al rededor de los 15 años.

La placa Dentobacteriana y el sarro estan considerados como los -- dos factores más importantes relacionados con la inflamación gingival, no- hay duda que el sarro con su acción mecánica y bacteriana contribuye al -- desarrollo y severidad del proceso inflamatorio. A menos que la placa y el sarro se eliminen, la inflamación se extenderá a las estructuras profundas del Periodonto dando como resultado la pérdida de los tejidos de soporte.

Para concluir diré que si no son tratadas estas lesiones será inevitable en años posteriores, y para que el control de la Enfermedad Periodontal tenga éxito, primero, se tendrá que eliminar las condiciones patológicas del parodonto en niños.

INTRODUCCION..... 1

1. Descripción anatómica de la encía..... 4
2. Definición del término "Gingivitis"..... 9
3. Definición del término "Enfermedad Periodontal"..... 12

HIGIENE DENTAL..... 13

1. Forma del cepillo..... 14
2. Técnicas de cepillado con ayuda de relevadores de -- P.D.B. e hilo dental..... 17

CAUSAS DE LA GINGIVITIS..... 30

1. Factores locales..... 31
   a) Mal higiene..... 31
   b) Mal oclusión dentaria..... 32
   c) Respiración bucal..... 33
   d) Irritación causada por actividad bacteriana..... 35
   e) Fuerzas traumatizantes en dientes..... 36
   f) Otros factores..... 37

2. Factores Generales..... 40
   a) Fiebre..... 40
   b) Alteraciones en niveles hormonales..... 47
   c) Drogas..... 49

3. Encuesta en un grupo de Niños..... 51

a) Epidemiologia de la enfermedad gingival
(I.P de Russell)

- Prevalencia, Frecuencia y Gravedad de la gingi - vitis.

- Afectación de tejido parodontal..... 51

PRINCIPIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PERIO DONTALES EN LOS NIÑOS..... 60

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

Los efectos finales de la enfermedad periodontal observados en los adultos, tienen su comienzo temprano en la vida.

La enfermedad gingival en los niños puede progresar y poner en peligro el periodonto cuando sean adultos.

El creciente conocimiento de la frecuencia de la enfermedad periodontal en niños, junto con la necesidad de una mayor información sobre los primeros periodos de la enfermedad periodontal, han concentrado la atención sobre el periodonto de los niños.

El desarrollo de la dentadura y ciertas características metabólicas generales son propias de la niñez. También hay alteraciones gingivales y periodontales que se producen con frecuencia en la niñez y, por ello, se les identifica en este período.

Las enfermedades periodontales son lentas y progresivas, se extienden durante muchos años y sus síntomas iniciales son muy comunes en los niños. En el pasado, la gran mayoría de los niños que presentaban gingivitis marginal de diversos grados, era considerada como normal.

Las fases iniciales de la enfermedad periodontal son comunes antes de la pubertad. A menos que se eliminen estas etapas tempranas, será

inevitable, en años posteriores, el desarrollo de las enfermedades periodontales, por lo tanto es importante reconocerlas y tratarlas.

DESCRIPCION ANATOMICA DE LA ENCIA.

Las encias infantiles deberan ser de color rosa pálido en niños-- blancos y de color rosa obscuro en niños morenos. Es más parecida al color de la piel de la cara que a la de los labios y deberán estar firme -- mente unidas al hueso alveolar.

Los dientes temporales presentan coronas cortas y bulbosas. El-- punto de contacto está más cerca de la superficie oclusal que en los dientes permanentes.

Las encias de la dentición primaria están más cerca de las superficies oclusales de los dientes, son planas, voluminosas y llenan completamente el espacio interproximal.

La superficie epitelial es blanda y aterciopelada con muchas irregularidades superficiales.

A los diez años, cuando algunos dientes permanentes están ya en - posición, las encias de algunos niños muestran punteado en una banda de - 3.1 mm. de ancho y se extiende cerca del márgen gingival libre y de la -- papila.

La fosa gingival, en la dentición primaria, se extiende 1 mm. ó-- menos debajo de la protuberancia del diente. Está limitada por el diente por un lado, y un gran volumen de tejido gingival duro y elástico por el- otro.

La superficie epitelial de la fosa, la encía intersticial y la - mucosa bucal crecen continuamente, se Descaman y hay una recuperación rápida subsecuente.

Los tejidos gingivales, en el niño, se adaptan a funciones vigorosas porque, aunque cercanos a las superficies masticatorias de los --- dientes, se ven protegidos de lesiones por la forma de las coronas.

Zappler, en 1948, describió la encía del niño de la siguiente - manera:

1. Más roja debido a un epitelio más delgado, menos que ratinizado y - más vascularizado.

2. No tiene puntilleo, debido a una papila más corta y plana de la lámina propia.

3. Más flácida debido a la disminución de la densidad del tejido conectivo de la lámina propia.

4. Márgenes redondos y enrrollados debido a la hiperemia y edema que - acompaña a la erepción.

5. Surco gingival más profundo, relativa facilidad de retracción gin - gival.

La encía marginal es la encía libre que rodea los dientes, a modo de collar y se halla demarcada de la encía insertada adyacente por --

una depresión lineal poco profunda; el surco marginal. Generalmente este surco es de un ancho algo mayor a un milímetro, formando la pared -- blanda del surco gingival. Puede ser separada de la superficie dentaria mediante una sonda roma.

El surco gingival es la hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el márgen libre de la encía. Es una depresión de V y sólo permite la entrada de una sonda roma delgada, algunos autores le llaman intersticio.

La profundidad promedio del intersticio en la dentición primaria se extiende de un milímetro ó menos debajo de la protuberancia del diente. Es una fosa limitada por el diente por un lado y un gran volúmen de tejido gingival duro y elástico por otro.

La encía insertada se continúa con la encía marginal. Es firme, resiliente y estrechamente unida al cemento y al hueso alveolar.

El aspecto vestibular de la encía insertada se extiende hasta la mucosa bucal relativamente laxa y móvil, de la que separa la línea mucogingival.

El ancho de la encía insertada en el sector vestibular, en diferentes zonas de la boca, varía de menos de 1 mm. a 9 mm.

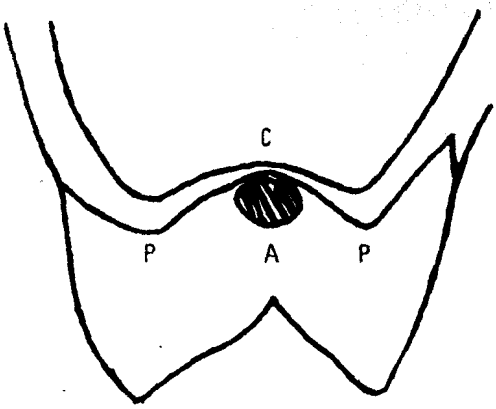
En la cara lingual del maxilar inferior, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual- en el piso de la boca.

La superficie palatina de la encía insertada en el maxilar superior se une interceptiblemente con la mucosa palatina igualmente firme- y resiliente.

Las denominaciones que se usan son: Encía Cementaria y Encía - Alveolar. Estas son usadas para designar las diferentes porciones de - la encía insertada, según sean sus áreas de inserción.

La encía interdentaria ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto dentario.

Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual, y el collado es la depresión que conecta las papilas y se adapta a la forma del - área de contacto interproximal.



(P) Papila Interdentaria.

(C) Collado.

(A) Relación con el área de contacto en la superficie mesial.

Cada papila interdentaria es piramidal; la superficie exterior- es afectada hacia el área de contacto interproximal y las superficies - mesial y distal son levemente cóncavas. Los bordes laterales y el ex - tremo de la papila interdentaria están formados por una continuación de la encía insertada.

En ausencia de contacto proximal, la encía se halla firmenente- unida al hueso alveolar y forma una superficie redondeada, lisa, sin pa pila interdentaria o un collado.

La superficie epitelial del surco marginal, la encía marginal - y la mucosa bucal, crece continuamente, se descama libremente y hay una recuperación subsecuente.

DEFINICION DEL TERMINO GINGIVITIS

Cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es hiperémia. El color rosa pasa a rojo vivo, debido a la dilatación de los capilares. Esta hiperémia se asocia con edema, esto es, la encía intersticial se agranda y la superficie aparece brillante, húmeda y tensa, por lo tanto una definición sencilla de esto podría ser: Inflamación de la encía, ya que el proceso de inflamación encierra las características enunciadas.

CAUSAS DE LA GINGIVITIS. (Irritantes locales)

Aunque los factores sistemáticos y la salud general modifican profundamente la reacción de los tejidos a la irritación local. La gingivitis en cualquier grupo de edades es causada principalmente por factores locales.

La encía y la membrana mucosa de la boca están constantemente recibiendo traumatismos físicos. Durante la masticación de los alimentos se recibe irritación mecánica con el movimiento de la lengua, labios y mejillas y también por humedecimiento y secado de la saliva alternativamente con el aire.

PROPIEDADES FISICAS DE LOS ALIMENTOS.

Las encias se limpian y conservan libres de deshechos por la masticación de los alimentos, que limpian más allá de la papila y el márgen con cada movimiento de la masticación, (autoclisis).

Por su contorno, posición y estructura, los tejidos infantiles - se adaptan perfectamente a ésta pesada función. Uniones profundas de redecillas aseguran la fuerte unión del epitelio al corium, y el epitelio- es constantemente reemplazado. Sin embargo, en las bocas infantiles a- menudo se producen irritaciones que sobrepasan el poder de tolerancia de los tejidos. La causa más común es la adherencia de deshechos alrededor de los dientes.

La naturaleza física de los alimentos es un factor importante. - Cuando se examina un grupo de niños, se puede observar bocas muy limpias después de las comidas, mientras que en otras, permanecen voluminosas -- placas y deshechos alrededor de los dientes, esto se ve asociado con la- dieta.

La preparación de los alimentos es más importante que su naturaleza, el tipo de alimento que deja mayor cantidad de deshechos alrededor del diente son las mezclas blandas, semilíquidas y suaves, que requieren poca masticación. En este grupo se encuentran los alimentos feculentos, semiduros e incluso los duros, que al mezclarse con la saliva se convier

ten en una masa extremadamente pegajosa en la boca.

El tipo de alimentos que con mayor eficacia limpian los dientes y la boca es el de tipo fibroso, que requieren masticación, tal como -- carnes sin moler, pescados, hortalizas frescas y frutas como la manzana.

DEFINICION DEL TERMINO ENFERMEDAD PERIODONTAL

Los efectos finales de la enfermedad periodontal, observados en adultos, tienen su comienzo temprano en la vida. El creciente conocimiento de la frecuencia de la enfermedad gingival y periodontal en niños, junto con una mayor información sobre los primeros períodos de la enfermedad periodontal han concentrado la atención sobre el período infantil.

Es muy raro observar en dentición desidua que se produzca periodontitis. Así mismo, hay situaciones de destrucción periodontal grave, rápida y pérdida temprana de los dientes en niños y adolecentes, que se consideran como enfermedad básicamente degenerativa del periodonto, en los cuáles la inflamación es un factor destructivo secundario. No son frecuentes y se le conoce como periodontosis. Este término fué descrito por primera vez en 1920 por Guttlieb; y desde entonces se ha discutido mucho acerca de la etiología de esta enfermedad.

Paul N. Baer y Sheldon D. Benjamin la definen como una enfermedad del periodonto, que ocurre en el adolecente sano y se caracteriza por una pérdida de hueso alveolar alrededor de más de un diente de la dentición permanente.

Hay dos formas básicas; en una, sólo los primeros molares y los incisivos son afectados (la destrucción ósea es horizontal), y en otra toda la dentición es afectada.

CAPITULO 11

H I G I E N E D E N T A L

FORMA DEL CEPILLO

El cepillo de dientes elimina P.D.B. y al hacerlo reduce la frecuencia de la gingivitis. La remoción de la P.D.B. conduce a la resolución de la inflamación gingival en sus primeras etapas y por lo tanto la interrupción del cepillado lleva a su recurencia.

Muy pocas personas cepillan superficies que no fueran bucal o labial.

Es notable observar que el promedio de tiempo empleado para cepillar los dientes es sólo un tercio del tiempo generalmente aconsejable.

Se ha demostrado que la mayoría de los niños de menos de cinco años se cepillan menos de 20 segundos y las únicas zonas cepilladas son las superficies vestibulares y oclusales de los molares inferiores.

Podemos fácilmente comprender que la eficacia del cepillo dental se verá ampliamente influida por el diseño, dureza de cerda, longitud y distribución de las cerdas.

Un cepillo dental debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca por muy dificil que sea llegar a esta.

La elección es cuestión de preferencia personal, la manipulación

fácil por parte del paciente es un factor importante en la elección del - cepillo.

Las investigaciones más recientes sobre diseños de cepillos den - tales infantiles indican que los cepillos probados más adecuados tenían - las siguientes especificaciones: para la cabeza 2.5 cm. de largo; 9 mm.- de alto 11 hileras triples con hilera central de diámetro de cerdas de 3- mm. y cada hilera exterior con diámetro de 2 mm.

La A.D.A. menciona una serie de cepillos, superficie de cepillado 2.5 a 3 cm. de largo y de 0.75 a 1.0 cm. de ancho de 2 a 4 hileras y de 5 a 12 penachos por hilera.

Las cerdas de nylon conservan su firmeza más tiempo.

Como ya dije anteriormente, la elección del cepillo dental es de- preferencia personal y para mí sería ideal el ORAL B, ya que llena todas- las características ya mencionadas.

El Oral B es flexible pero firme, tiene solamente 2 mm. de diáme- tro y se ajusta a un especial acabado que hace que la punta sea suave y - redondeada, tiene una superficie lisa y por lo tanto habrá un máximo con- tacto de las cerdas con las superficies dentales y surcos gingivales; tie nen un mango firme y recto.

Existen cuatro tamaños: el Oral B 60 que consta de cuatro hileras

de 15 penachos o un total de 2,400 cerdas delgadas y elásticas. Fué diseñado para adultos con arcadas grandes.

El oral B 40 consta de cuatro hileras de 12 penachos ó un total de 1,920 cerdas, diseñado para adolescentes y adultos con arcadas más pequeñas.

El Oral B 35 consta de cuatro hileras de 10 penachos ó un total de 1,600 cerdas, diseñado para adolescentes.

El Oral B 30 consta de tres hileras de 10 penachos o un total de 1,200 cerdas. Es ideal para niños y adultos que requieran un cepillo de cabeza más angosta para penetrar a todas las áreas dentales.

Es muy importante mencionar que antes de llevarlo a la cavidad bucal no se debe de mojar, ya que perderán su dureza las cerdas.

TECNICAS DE CEPILLADO CON AYUDA DE REVELADOR

P.D.B. E HILO DENTAL

Actualmente existen varias técnicas de cepillado de las cuales - oraré algunas.

Se aconseja enseñar a los niños técnicas sencillas, algunos auto s prefieren la técnica de Bass, en lo personal me gusta más la técnica Fones, que describo a continuación.

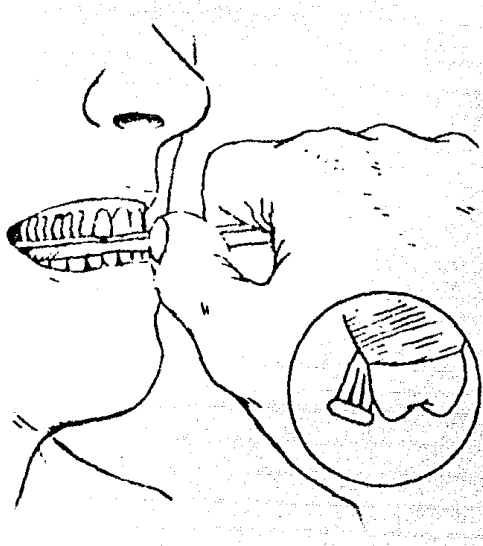
Con los dientes en oclusión las superficies bucal y labial se -- cillan con movimientos rotatorios.

Las superficies lingual y oclusal se cepillan con acción de cepi lado horizontal hacia dentro y hacia afuera.

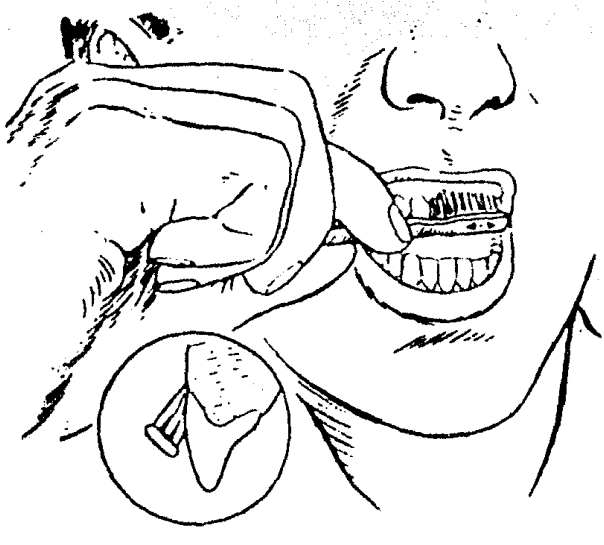
ECNICA DE BASS

El cepillo dental se coloca donde se unen los dientes y las en - ías. Cepíllese suave pero con firmeza usando movimientos cortos.

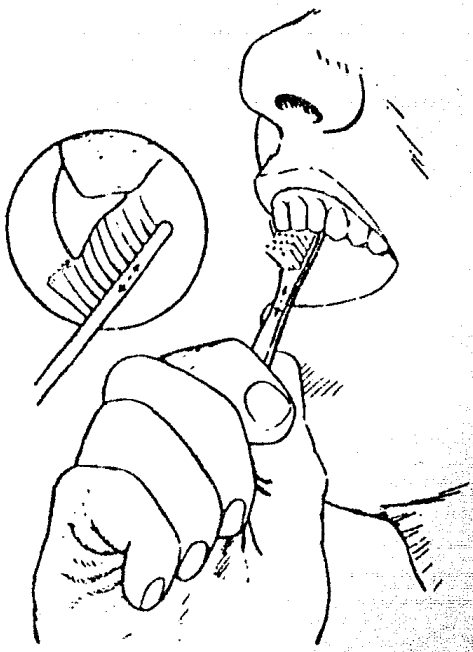
Para las superficies internas de los dientes anteriores, supe -- iores como inferiores, el cepillo se coloca en posición vertical y se - ueve suavemente de arriba hacia abajo.



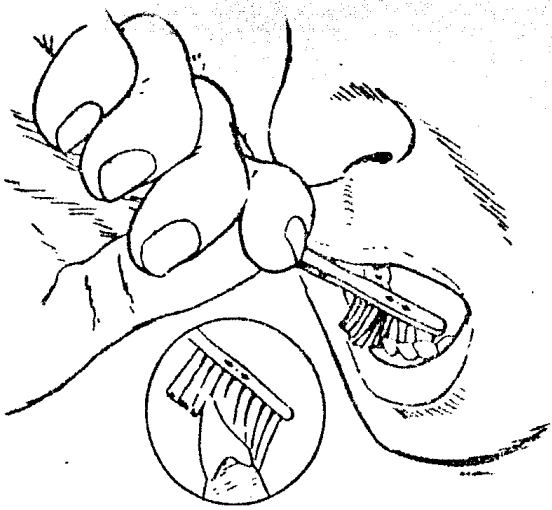
COLOQUE EL CEPILLO EN EL SITIO DONDE SE UNEN LOS DIENTES Y LAS ENCIAS.



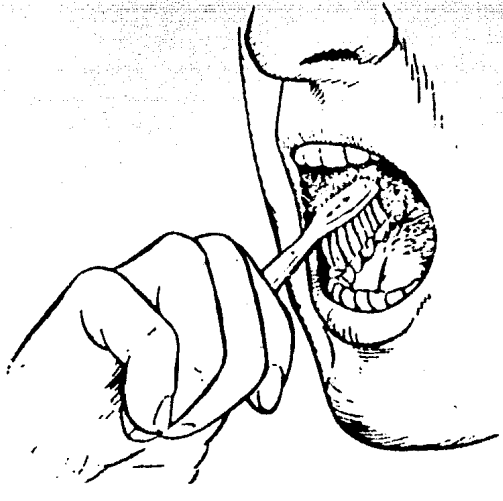
NOTE LA DIRECCION DE LAS CERDAS EN EL CEPILLO



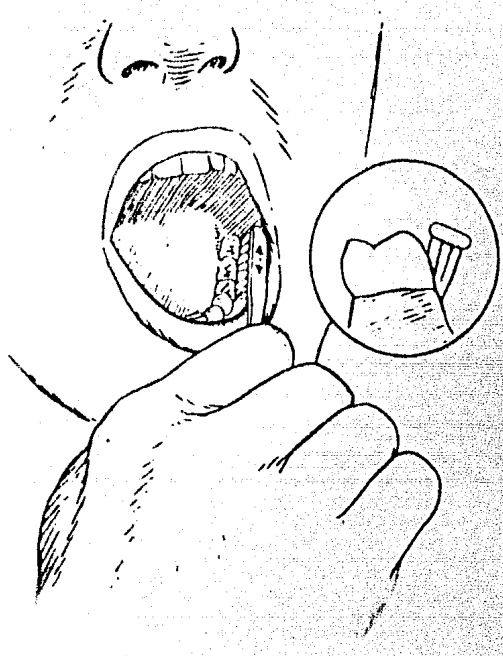
CEPILLESE DE ARRIBA HACIA ABAJO VARIAS VECES.



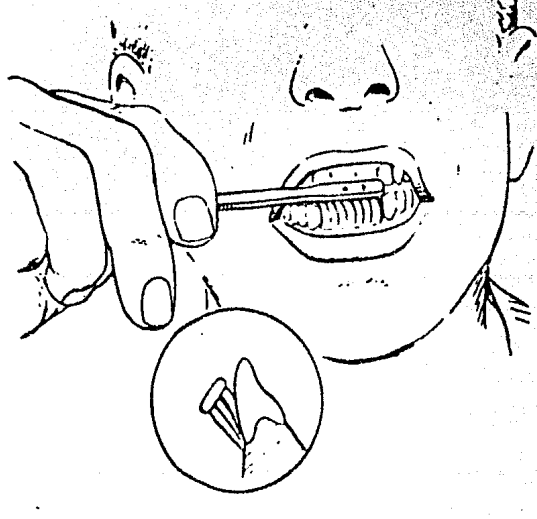
MUEVA EL CEPILLO DE ARRIBA HACIA ABAJO



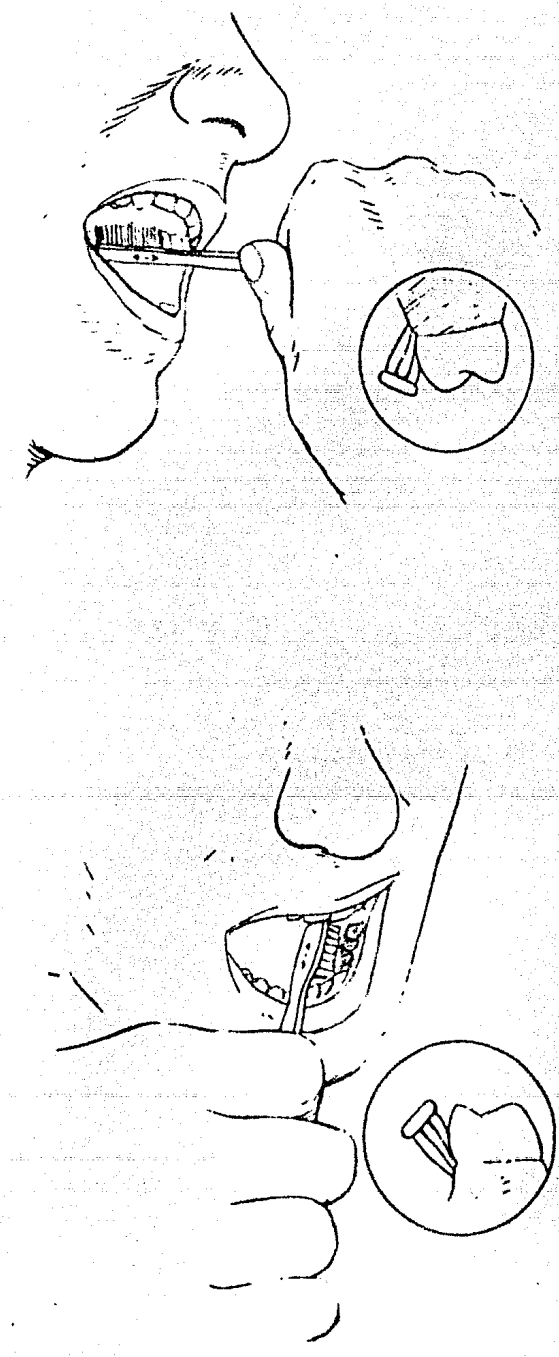
MUEVA DE ATRAS HACIA ADELANTE VARIAS VECES.



MANTENGA EL CEPILLO EN EL SITIO DONDE SE UNEN LOS DIENTES Y LAS ENCIAS.



USE MOVIMIENTOS CORTOS Y CUIDADOSOS.



MUEVA EL CEPILLO DE ATRAS HACIA ADELANTE.

En los dientes posteriores mantenga el cepillo donde se une con-- la encia, moviendo de atrás hacia adelante varias veces. Use movimientos cortos y cuidadosos siguiendo el mismo método en las superficies internas de los dientes posteriores.

Para limpiar las superficies oclusales de los dientes posteriores mueva el cepillo de atrás hacia adelante varias veces.

Los dentífricos producen espuma e impiden ver si el cepillo está- colocado en forma correcta. Mientras esté aprendiendo a cepillarse co -- rrectamente, es mejor omitir el uso de dentífrico o usarlo en una segunda cepillada.

METODO DE STILLMAN.

El cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas queden- una parte sobre la encía, y la otra en la porción cervical de los dientes.

Las cerdas deben ser oblicuas al eje mayor del diente y orienta - dos en sentido apical. Se ejerce presión lateralmente contra el márgen - gingival hasta producir un empalidecimiento perceptible. Se separa el ce pillo para permitir que la sangre vuelva a la encia. Se aplica presión - varias veces, y se aplica al cepillo movimiento rotatorio suave. Se repi te el proceso varias veces en todas las superficies dentarias comenzando-

con la zona de los molares superiores procediendo sistemáticamente en toda la boca.

Para las superficies linguales anteriores superiores e inferiores el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal, y dos o tres penachos de cerdas trabajan sobre los dientes y la encía.

Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpiarán, colocando el cepillo perpendicular al plano oclusal y penetrarán en surcos y espacios interproximales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.

Su acción es vibratoria. El cepillo se colocará en la línea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona, y se activa con frotamiento en la encia insertada en el márgen gingival. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

LOCALIZACION DE LA P.D.B.

Es difícil ver cantidades pequeñas de P.D.B., para ello usaremos reveladores en forma de soluciones o tabletas masticables.

con la zona de los molares superiores procediendo sistemáticamente en toda la boca.

Para las superficies linguales anteriores superiores e inferiores el mango del cepillo estará paralelo al plano oclusal, y dos o tres penachos de cerdas trabajan sobre los dientes y la encía.

Las superficies oclusales de los molares y premolares se limpiarán, colocando el cepillo perpendicular al plano oclusal y penetrarán en surcos y espacios interproximales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO.

Su acción es vibratoria. El cepillo se colocará en la linea mucogingival, con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona, y se activa con frotamiento en la encía insertada en el márgen gingival. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo.

LOCALIZACION DE LA P.D.B.

Es dificil ver cantidades pequeñas de P.D.B., para ello usaremos reveladores en forma de solución ó tabletas masticables.

La solucón se aplicará a los dientes con ayuda de una torunda - de algodón, ó diluída en agua como enjuagatorio.

Las tabletas las masticará el paciente, pasará saliva entre y alrededor de los dientes durante treinta segundos.

Las restauraciones dentales no toman la coloración, pero la mucosa bucal y los labios la retienen durante una o dos horas. Es recomendable protegerlas con vaselina antes de usar el revelador.

Se mostrará la placa coloreada al paciente y se le informará que se está cepillando, pero no limpiando sus dientes. Algunos pacientes -- son algo desconfiados y al ver la placa coloreada verán que estamos di - ciendo la verdad. Se le instruye sobre una técnica de cepillado más adecuada.

USO DEL HILO DENTAL

Esto se sigue con el empleo de la seda dental. Se ha informado- que la mejor ceda dental es la que consta de un gran número de fibras de nylon microscópicas, y no enceradas, con un mínimo de rotación.

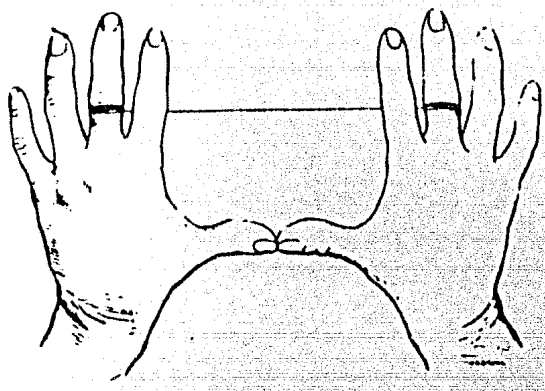
Deberá emplearse sistemáticamente, pasando la seda através del punto de contacto con un movimiento hacia atrás y hacia adelante. No se debe forzar bruscamente el hilo en el área de contacto porque ello lesionará la encia.

Inmediatamente después deberán eliminarse los deshechos desarticulados con vigorosos enjuagues bucales.

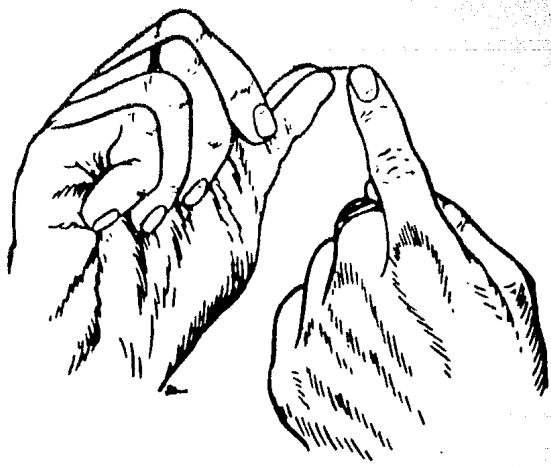
Para lograr mejores resultados, se cortan aproximadamente 50 cm. de hilo dental y se sostienen entre los dedos pulgares secciones de 2.5 cms. El exceso de seda se enrolla alrededor del índice de una mano; después limpiar cada superficie interproximal. La seda ya usada debe enrollarse alrededor del dedo índice del lado opuesto, y se desenrolla seda limpia para emplear en el sitio que se va a limpiar.

Ya explicando esto al paciente, se le proporcionará algunas tabletas para emplear en su casa.

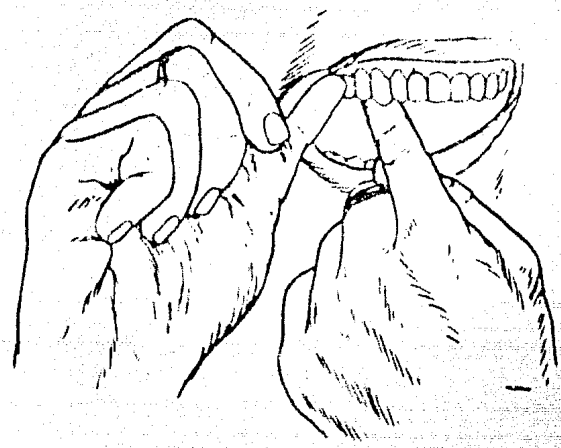
A continuación se ilustra la forma como se toma el hilo dental y la forma de llevarlo a los espacios interproximales.



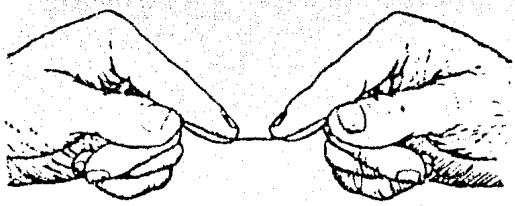
ENROLLE EL HILO EN LOS DEDOS MEDIOS



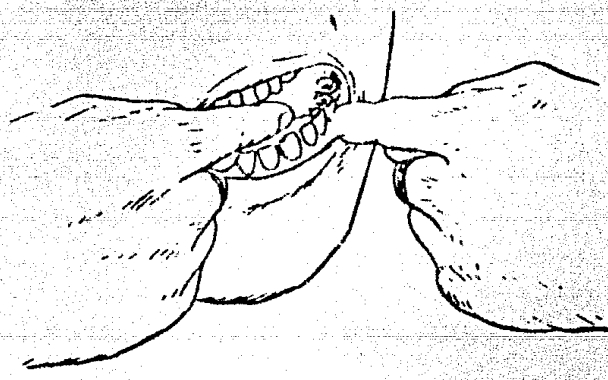
PULGAR POR AFUERA PARA LOS DIENTES SU-
PERIORES



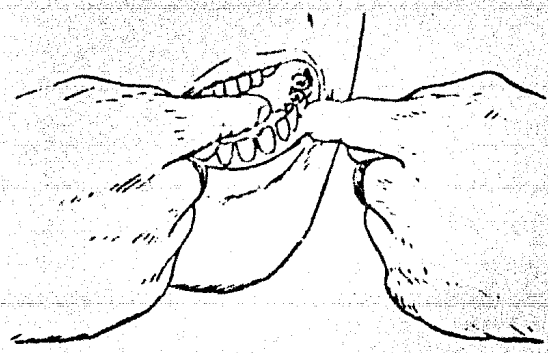
PASANDO EL HILO DENTAL ENTRE LOS DIENTES POSTERIORES SUPERIORES.



MANERA DE SOSTENER EL HILO PARA LOS DIENTES INFERIORES.



PASANDO EL HILO ENTRE LOS DIENTES INFE-
RIORES POSTERIORES.



PASANDO EL HILO ENTRE LOS DIENTES INFE-
RIORES POSTERIORES.

CAPITULO 111

CAUSAS DE LA GINGIVITIS

FACTORES LOCALES

Los factores locales son los del medio que rodea al periodonto - Causa inflamación, la cuál es el proceso patológico predominate.

MAL HIGIENE

Los niños rara vez juegan a lavarse, y muy pocas veces se limpian los dientes.

Para que la higiene bucal sea eficaz, deberá ser estimulada, supervisada y se deberán examinar los resultados finales.

La mala higiene va a permitir la acumulación de P.D.B. y cálculo (sarro), que va a enmascarar todos los otros factores locales causantes de la enfermedad gingival.

Cepillar ruda y vigorosamente lesiona la encía intersticial, y- el niño muchas veces se niega a continuar.

La P.D.B. y el cálculo estan considerados como los dos factores más importantes relacionados con la inflamación gingival. No hay duda- que el cálculo y su actividad mecánica y bacteriana constribuyen al desarrollo y severidad del proceso inflamatorio. A menos que la P.D.B. y

el cálculo se eliminen, la inflamación se extenderá a las estructuras - profundas del periodonto, dando como resultado la pérdida de los tejidos de soporte.

Indudablemente, un régimen de higiene bucal mejorará la salud -- gingival, pero para que la limpieza sea eficáz, habrá que seguir un régimen supervisado de higiene bucal.

Los dientes en buena oclusión se limpian por sí solos, mientras- que los dientes apiñados o inclinados pueden convertirse en lugar de -- impactación de comida y formación de placa.

La inflamación de la encía libre es tan común alrededor de estos dientes debido precisamente a la acumulación de restos alimenticios y a- la falta de higiene cuidadosa.

MAL OCLUSION DENTARIA.

Si los dientes no entran en oclusión eficáz es imposible masti - car vigorosamente los alimentos y, la corrección de dientes inclinados y mal alineados por medios ortodónticos dan por resultado claras mejorías-

en el estado gingival.

Los niños con mordida abierta, oclusión de borde a borde o protusión considerable de los dientes superiores, ó de hecho, sufriendo - cualquier discrepancia de los arcos superiores e inferiores, presentan- deshechos al rededor de los dientes y esto les ocaciona alguna variedad de gingivitis. Un factor que contribuye a la acumulación de la placa - en las superficies bucales de los incisivos superiores es la inmobili - dad de un labio superior corto, en particular cuando los dientes ante - riores hacen protusión.

Según su naturaleza, la mal oclusión ejerce un efecto diferente en la etimologia de la gingivitis y la enfermedad periodontal. La alineación irregular de los dientes lleva a la acumulación de residuos de- alimentos irritantes y la retención de alimentos.

Las desarmonías oclusales orientadas por la mal oclusión lesiona el periodonto.

Los pacientes con un OVERBITE pronunciado, los bordes iniciales de los dientes anteriores irritan la encía del maxilar antagonista.

La mordida abierta conduce a cambios periodontales desfavora -- bles por la acumulación de la placa.

RESPIRACION BUCAL.

Aunque respirar realmente por la boca y no por la nariz es raro, excepto en períodos de catarro, se denomina a muchos niños respiradores-bucales, ya que durante largos períodos mantienen sus labios separados,- y sólo cierran los labios para tragar. A algunos niños les es imposible cerrar los labios debido a la protrusión de los dientes superiores.

En algunos no existe obstáculo u obstrucción y no se observan razones para mantener separados los labios, pero esto puede ser resultado- de costrumbre, postura, tejido inadecuado o mal tono muscular.

Algunas veces los niños mantienen la boca abierta al observar algo atentamente, pero pocas veces respiran por la boca. Sin embargo, la- encia se seca al entrar en contacto con el aire y el proceso constante - de humedecer y secar representa irritación para los tejidos gingivales.

La saliva que rodea a la encia expuesta se vuelve viscosa, se -- acumulan deshechos en la encia, así como en las superficies de los dientes, y se aumenta enormemente la colonia bacteriana.

En las personas que respiran por la boca adicionalmente se les - secan, por el aire, la lengua y el paladar, mientras que en los niños --

que solo mantienen sus labios separados, el paladar permanece normalmente humedecido y no se presenta gingivitis en las superficies lingual y palatina de los dientes, si no que se localiza en las superficie bucal de los dientes expuestos.

IRRITACION CAUSADA POR ACTIVIDAD BACTERIANA.

En la boca abundan las bacterias que llevan una existencia precaria en la superficie de la lengua, mucosa y dientes. Son extremadamente adherentes a las superficies dentales, pero continuamente estan siendo movidas y diglutidas durante la masticación de alimentos y el flujo de saliva, proceso ayudado por el movimiento de los labios, mejillas y lengua.

Pero cada vez que se renuevan los alimentos alrededor de los dientes, al terminar las comidas, aparece otra fuente de alimento para las bacterias restantes que se multiplican.

Los deshechos de alimentos de carbohidratos son fermentados por las bacterias siempre presentes en la boca.

Existen numerosos tipos y familias de bacterias, y todas pueden utilizar alguna etapa de la fermentación de carbohidratos en su metabolismo. Los almidones son desdoblados por las enzimas de la digestión bacteriana a través de azúcares, hasta el producto de deshecho final.

De manera similar las proteínas se descomponen y las grasas se desnaturalizan paso a paso por la acción de estos limpiadores bacterianos que licúan las partículas sólidas de alimentos que se diluyen y eliminan de la boca. Estos organismos por lo tanto, realizan una función higiénica valiosa al librar de partículas alimenticias a los dientes.

Cuando se presentan acumulaciones masivas alrededor de los tejidos, con producción de materiales adhesivos como dextrán*, la presencia constante de productos y subproductos bacterianos causa inflamación.

* DEXTRAN: Polisacárido de elevado peso molecular que por hidrólisis se convierte en dextrosa. Es una de las causas de la viscosidad de los líquidos.

FUERZAS TRAUMATIZANTES EN LOS DIENTES.

En los niños, no es raro observar traumatismos oclusales agudos producidos por restauraciones demasiado altas o dientes inclinados, 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 al diente está en proceso continuo de regeneración por crecimiento del alveolo, que crece aproximadamente 1 cm de altura entre los 4 y 12 años de edad. Las fuerzas aplicadas a los

dientes durante este período de formación producen movimientos de los -- dientes por supresión o ligera desviación del crecimiento. También el - grado de movimiento instantáneo del diente en su alveólo con las fuerzas de masticación durante las etapas de erupción y formación, es mucho ma-- yor que en los dientes completamente formados 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 debido a oclusión. En algunos casos, durante la formación- del movimiento normal es tan grande que se hace visible. Si los padres- pueden observar esto puede tranquilizárseles sobre la normalidad del fé- nomeno.. El crecimiento retrasado puede incluso producir la depresión de un diente bajo el plano oclusal de otros dientes en crecimiento.

En los adultos, el movimiento de un diente deberá precederle des trucción ósea, pero en los niños el movimiento de un diente puede deber- se simplemente a desviación del crecimiento; este hecho se utiliza en -- Ortodoncia.

OTROS FACTORES. CALCULO.

El cálculo es causa de granparte de la gingivitis y periodontitis

más profundas observadas en los adultos, hecho que se puede demostrar -- fácilmente por el cese de inflamación al eliminar el depósito causal.

Sin embargo, incluso en los adultos, el depósito de cálculo 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, so-- bre las coronas de dientes no utilizadas se acumulan los deshechos y se- calcifican. En aproximadamente 5% de niños entre 10 y 15 años se forman cálculos en la superficie lingual de los incisivos y en la superficie bu cal de los molares superiores.

La gingivitis generalmente no es causada por cálculo. Puede es- tar presente varios años en los niños antes de observarse cualquier se - ñal de cálculo supra o subgingival.

TRAUMATISMO EN LOS TEJIDOS BLANDOS.

Además de las áreas localizadas de degeneración de tejidos blan- dos y duros entre dos dientes adyacentes debido a traumatismo de impac - ción de alimentos, pueden producirse áreas localizadas de recesión en -- las superficies bucal y lingual de los dientes. Este tipo de degenera - ción es particularmente común en las superficies bucales de los incisi--

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

vos inferiores, y pueden extenderse al ápice del diente. Se ha atribuído esta afección de oclusión traumatizante, pero en la mayoría de los casos de dientes afectados no muestran señales de traumatismo y algunas ni siquiera entran en oclusión funcional. La mayoría de estos dientes hacen erupción fuera del arco dental como son:

1. Erupción de dientes bucalmente o lingualmente, en cuyo caso el -- hueso alveolar y las encías sobre la raíz dental en erupción son delgadas o están a un nivel más apical que los dientes adyacentes del arco.

2. El traumatismo de fricción de labios, mejillas, lengua alimentos y cepillo contra los tejidos blandos finalmente tensados sobre la raíz sobresaliente, causando degeneración y receso apical.

3. Acumulación de deshechos y cálculo en el margen gingival retrocedido, que progresivamente se aleja del área coronaria limpiada, - por el torbellino de la masticación.

4. Afectación del ligamento del frenillo, causando un aumento repentino del desprendimiento del tejido.

Puede encontrarse un diente correctamente alineado, pero hay traumatismo debido a una mala técnica de cepillado dental, sin embargo éste tipo de traumatismo, difiere del traumatismo oclusal.

FACTORES GENERALES

La reacción de los tejidos e irritantes químicos ó físicos se ve profundamente alterada por afecciones sistémicas. Las células de los -- tejidos depende para su metabolismo, que un suministro constante de substancias. Estos incluyen hormonas, vitaminas y minerales, asi como nu -- trientes y oxigeno. Alteraciones en los niveles de estas substancias -- pueden causar graves trastornos locales. Irritantes locales tolerados,- ó que produzcan reacciones leves en circunstancias normales, pueden dar- lugar a grandes inflamaciones y destrucción si las células carecen de -- substancias requeridas para reparar su efecto. Los tejidos normales --- poseen grandes reservas, de manera que, una función intensa local produce reacciones imperceptibles pero cuando existen deficiencias, tensiones funcionales incluso ligeras, pueden causar reacciones locales seguidas - de cambios degenerativos.

F I E B R E

Durante períodos de fiebre, y a causa de los trastornos genera - les, tales como una de las fiebres exantematosas, se producen frecuentemente casos de gingivitis.

El niño enfermo no realiza los movimientos normales de limpieza en la boca y no toma los alimentos duros o semiduros, ya que sólo ingiere alimentos semilíquidos. La saliva es escasa y se acumulan restos alimenticios en toda la cavidad principalmente en la encia. Por lo tanto la flora bacteriana aumenta y se produce gingivitis.

Ejemplos de éstas enfermedades febriles son:

SARAMPION. Enfermedad febril contagiosa, producida por un virus de RNA de tamaño mediano, termolávil y de una vida media de dos horas en un medio de cultivo.

Esta enfermedad ataca principalmente a niños y adultos jóvenes, la edad es preescolar, o de 2 a 3 años, en paises en desarrollo.

Se observa infiltración subepitelial de las células gigantes multinucleares, las manchas de KOPLIC (cavidad oral) son zonas de inflamación y necrosis que afectan a las glándulas submucosas; el exantema es la proliferación de las células endoteliales de los capilares y de córium con exudado seroso.

Es una enfermedad altamente contagiosa que se trasmite por vía áerea por medio de las gotas de fluge.

Los sintomas de esta enfermedad son: fiebre malestar general,- mialgias, cefalea, fotofobia sensacion de quemadura, conjuntivitis, lagrimeo, inflamación cataral de vias respiratorias altas, sordera afo -- nia. A los cuatro dias aparecen las manchas de KOPLIC, erupción cutá - nea que aparece principalmente detrás de la oreja, en el tronco y las - extremidades. El exantema es intenso en personas desnutridas observandose descamación y fiebre de 39.5 °C, bronquitis y tos productiva.

RUBEOLA. Enfermedad aguda contagiosa y benigna se presenta en niños y- adultos jovenes. Es producida por un virus de RNA termolávil con vida media de 3 horas y de tamaño mediano; se presenta con más frecuencia en primavera.

Sus síntomas son: fiebre de 38.5°C, presenta exantema rosado -- pálido, linfadenitis cervical posterior, tos productiva, faringitis, corisa (catarro) cefálea, malestar general y mialgias.

En boca se observan manchas rojas en el paladar duro y blando.- En la población femenina si no se ha adquirido inmunidad contra esta infección viral puede aparecer durante las primeras 14 semanas de embarazo y es muy posible que el feto desarrolle alguna anomalía. Entre es-- tas se encuentra el paladar hendido.

HERPANGINA. Enfermedad infecciosa se presenta en lactantes y niños pe-- queños. Es producida por el virus Coxsackie y Hecho.

Es una enfermedad cosmopolita y aparecen los brotes en verano y- otoño.

Los signos y sintomas son: Aparición brusca con aumento de - - temperatura de 38.5 °C, se observa anorexia, disfagia, faringitis, vomi- to, dolor abdominal y cefalalgia.

Las lesiones papulo-vesiculares en los pilareres anteriores del- paladar blando afecta a la úvula, amigdalas, labios, son de color gris - de base eritematosa y con presencia de adenopatia cervical.

VARICELA. Causada por Herpesvirus varicellae la varicela es común durante la infancia y más común durante los meses de invierno y primavera. Al periodo de incuvación de 14 a 21 días les siguen dolores de cabeza, fie- bre nasofaringitis y anorexia. Aparecen lesiones vesiculares y maculopa pulares, primero en la piel del tronco, extendiendose después a la cara- y extremidades.

Las lesiones bucales también pueden producirse en la mucosa bu-- cal, paladar y faringe. Se presentan en niños de edad preescolar y esco

lar, no habiendo predilección de sexo.

Cuando el pronóstico es bueno, la mayoría de los pacientes - - tienen marcadas mejorías en 72 horas.

PAROTIDITIS. (Paperas) Es una enfermedad generalizada, aguda y contagiosa, así como viral; se distingue por inflamación alrededor de los conductos de Stenon y glándulas parotidas (agrandamiento doloroso, garganta -- llagada, inflamación del conducto de Stenon, se inflaman las glándulas - submaxilares y sublinguales.

Se presenta en niños menores de 15 años, es más comun en hombres que en mujeres.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA. La gingivoestomatitis herpética en la -- inflección oral más común en el niño preescolar. Es el ataque inicial - (primario) por el virus hérpes simple (Dodd et al., 1938). Cada niño, - tarde o temprano, es inoculado con este virus y pasa por un curso leve-- o tormentoso, haciéndose inmune a ella en adelante. Esta infección es - por lo tanto un exantema, muy singular a los otros exantemas virales de- la niñez, como el sarampión o la viruela.

Sus manifestaciones clínicas son las siguientes: Fiebre aguda.

lar, no habiendo predilección de sexo.

Cuando el pronóstico es bueno, la mayoría de los pacientes - - tienen marcadas mejorías en 72 horas.

PAROTIDITIS. (Paperas) Es una enfermedad generalizada, aguda y contagiosa, así como viral; se distingue por inflamación alrededor de los conductos de Stenon y glándulas parotidas (agrandamiento doloroso, garganta -- llagada, inflamación del conducto de Stenon, se inflaman las glándulas - submaxilares y sublinguales.

Se presenta en niños menores de 15 años, es más comun en hombres que en mujeres.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA. La gingivoestomatitis herpética en la -- infección oral más común en el niño preescolar. Es el ataque inicial - (primario) por el virus hérpes simple (Dodd et al., 1938). Cada niño, - tarde o temprano, es inoculado con este virus y pasa por un curso leve-- o tormentoso, haciéndose inmune a ella en adelante. Esta infección es - por lo tanto un exantema, muy singular a los otros exantemas virales de- la niñez, como el sarampión o la viruela.

Sus manifestaciones clínicas son las siguientes: Fiebre aguda.

El síntoma prodrómico (y primer estado de la infección) es una fiebre - aguda 38.5 °C a 40 °C, que dura de 24 a 48 horas. El comienzo es repentino, y el niño está muy irritable, pero raramente postrado.

Diarrea. Poco después de aparecer la fiebre, puede seguir la diarrea. Esta tambien es abrupta, pero no suele durar más de 48 horas.

Ulceras en la boca. Las lesiones patognomónicas son una siembra de grandes lesiones vesiculares en la boca que se abren rápidamente, dejando -- una masa de úlceras muy dolorosas. La lesión individual es caracteristicamente herpética, sobre una base inflamatoria con una aureola roja --- amplia (debido a la liberación de histamina desde las células infectadas por el virus).

Hay excesiva salivación y marcada anorexia debida al dolor. Las úlceras tienden a localizarse a lo largo de los bordes transicionales -- del epitelio (borde bermellón de los labios, costados de la lengua, unión del paladar duro con el blando, y unión mucogingival).

Cuando las encías estan afectadas, presentan un característico - aspecto tumefacto, pantanoso. Se hacen muy dolorosas y sangran fácilmente.

Linfadenopatía Regional. Los ganglios linfáticos submandibula -

res se endurecen y son muy dolorosas hacia el tercero o quinto día, pero permanecen pequeños en contraste con los glangios inflamados característicos de infección bacteriana.

Evolución Clínica. Esta infección (como los exantemas virales) es autolimitante y sigue un curso de aproximadamente 10 a 14 días, cualquiera que sea la terápia. Las ampollas-úlceras alcanzan un pico antes del quinto día y comienzan a cicatrizar hacia el octavo. Cuando las encías estan afectadas, la tumefacción dolorosa puede continuar más allá del octavo día. La gingivitis cede más lentamente que la estomatitis. Las encías suelen volver a la normalidad entre el décimo y décimo cuarto día en los infantes, pero en los niños mayores (6 a 12 años) pueden estar inflamadas durante 3 semanas.

ALTERACIONES A NIVEL HORMONAL

Se considera que el desequilibrio de estrógenos es factor etiológico.

Es común observar el agrandamiento de la encia durante la pubertad. Esto sucede tanto en varones como en mujeres, y en áreas de irritación local.

La mayoría de autores están de acuerdo de que, el ciclo menstrual no se acompaña de modificaciones notables en mucosa bucal. Algunos pasientes presentan transtornos menores, como encias sangrantes periódicas, manifestaciones dolorosas como aftas, vesículas herpéticas ó úlceras; en la cara interna de los labios, lengua y la mucosa bucal suelen presentarse de dos a tres días antes de la menstruación.

Los cambios principales en la encia son: inflamación pronunciada, coloración rojo brillante, edema y agrandamiento; son el resultado de irritantes locales que van a desencadenar una gingivitis leve.

Es obvio que el agrandamiento es mucho mayor en presencia de -- factores locales. Es marginal e interdentario y se caracteriza por tener papilas interproximales abultadas por lo general solo se inflama la

vestibular y las superficies linguales quedan relativamente sanas.

El agrandamiento de la pubertad presenta todas las características propias de la gingivitis crónica.

Es significativo que la mayor frecuencia de la gingivitis se produce dos o tres años antes en la mujer que en el hombre y que ocurre con mayor frecuencia en la pubertad. Con ésto no quiero decir que forzosamente en ésta etapa, la pubertad, tendrá que aparecer.

Se desconoce la causa de los trastornos bucales que acompañan al ciclo menstrual. La tendencia a la hemorragia gingival podría explicarse fundándose en aumento periódico de la fragilidad capilar.

Esta alteración normalmente no se debe a una alteración hormonal sí no, a una falta de higiene.

DIABETES.

En la niñez, la diabetes no controlada puede ir acompañada de -- destrucción pronunciada del hueso alveolar.

Aunque la inflamación gingival es un hallazgo frecuentemente éstos casos, la magnitud del hueso alveolar es mayor que la que generalmen

te se observa en niños con lesiones comparables gingivales.

Estudios de lesiones parodontales en el paciente con diabetes juvenil que no está controlado, han demostrado que la destrucción del hueso alveolar es mayor que en los niños con factores etiológicos pero con alteraciones sistemicos.

D R O G A S .

Con los niveles actuales de educación, es menos común administrar prolongadamente drogas a los niños. Sin embargo se administra dilantina y epanutin en padecimientos con convulsiones.

La hiperplasia gingival, debido al dilatin sódico medicamento --- usado en el tratamiento de la epilepsia, se observa en el 50% de los pacientes que toman éste medicamento.

En los individuos que estan predispuestos a desarrollar éste cambio de las encias, aparece un lapso de dos semanas a tres meses.

La edad del paciente, al iniciar el tratamiento es muy importante ya que generalmente los niños y adolescentes son más susceptibles a presentar hiperplasia gingival.

Staple en 1953 observó que ésta hiperplasia es quizás debido a la respuesta exagerada del tejido conectivo a una alteración de la función adrenocortical, también juega un papel importante la higiene bucal.

Las características clínicas de ésta enfermedad varían según la edad de la cuál empezó el tratamiento.

En los niños en los cuales aún no ha hecho erupción los dientes permanentes, pueden retrasar la erupción; en otros pasientes, debido a lo fibroso del tejido gingival, aunque los dientes hagan erupción normal, se verán pequeños, debido a una hiperplasia gingival pasiva.

Cuando el tratamiento comience en la adolescencia, la lesión -- asume una forma totalmente distinta. A ésta edad empieza en la papila interdentaria y en el márgen libre de la encia y tiende a ser de apariencia lobular.

GINGIVITIS MEDICAMENTOSA. Puede ocurrir por sobre dósis de fenacetina, calomel, antipirina, argirol y otras drogas. La mucosa bucal se ulcera y pigmenta; la faringe se congestiona, la lengua se hincha y en los labios se forman vesículas que evolucionan hacia erociones alérgicas y ulceraciones profundas.

EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL

Los estudios epidemiológicos efectuados en todo el mundo indican la distribución universal de la enfermedad gingival y periodontal. Desde épocas muy antiguas, la enfermedad de las estructuras de soporte de los dientes ha sido reconocida en casi todas las culturas. Estudios paleontológicos señalan que la enfermedad periodontal existía en el hombre primitivo.

El estudio de la epidemiología de la enfermedad periodontal exige un criterio uniforme y preciso para determinar registrar el estado periodontal de personas y poblaciones. Los métodos que expresan observaciones clínicas en valores numéricos se conocen como INDICES. Hay muchos índices para registrar y cuantificar las alteraciones periodontales que pueden ser utilizadas con exactitud reproducible. Aunque sujetos a ciertas limitaciones, proporcionan datos valiosos respecto a muchos aspectos epidemiológicos de la enfermedad gingival y periodontal.

El índice utilizado en esta encuesta fué el de RUSSELL, I.P. Este método registra la enfermedad gingival y periodontal de acuerdo con un cuadro que nos presenta RUSSELL del cuál utilizé tres signos de los ocho que hay, y son los siguientes:

0 NEGATIVO: En los tejidos de revestimiento no hay inflamación ni pérdida de la función debido a destrucción de los tejidos de soporte.

1 GINGIVITIS LEVE: Hay una área evidente de inflamación en la encía libre, pero que no circunscribe al diente.

2 GINGIVITIS: La inflamación rodea totalmente el diente, pero no hay alteración evidente en la adherencia epitelial.

Los datos fueron obtenidos del Fracc. "Los Reyes" Ixtacala, y del Hospital Infantil de Atzcapotzalco donde se atiende niños de clase mediana y clase media baja.

Los niños fueron tomados al azar siempre y cuando estuvieran entre las edades requeridas (10 y 15 años)

Los niños del Fracc. "Los Reyes" Ixtacala se les examinó en su casa, casi siempre en el baño, el niño se sentaba en una silla ó en la taza del baño, dependiendo de la localización de la ventana del mismo.

En el Hospital Infantil de Atzcapotzalco, aunque un poco antiguo el moviliario, se podía contar con una unidad dental, así como un instrumental adecuado con espejo, explorador y pinzas de curación.

La mayoría de estos datos los obtuve del Hospital Infantil, en el cuál utilizé las pastillas reveladoras de P.D.B. con la ayuda de éstas -- les pude demostrar a los niños que no se estaban cepillando correctamen - te.

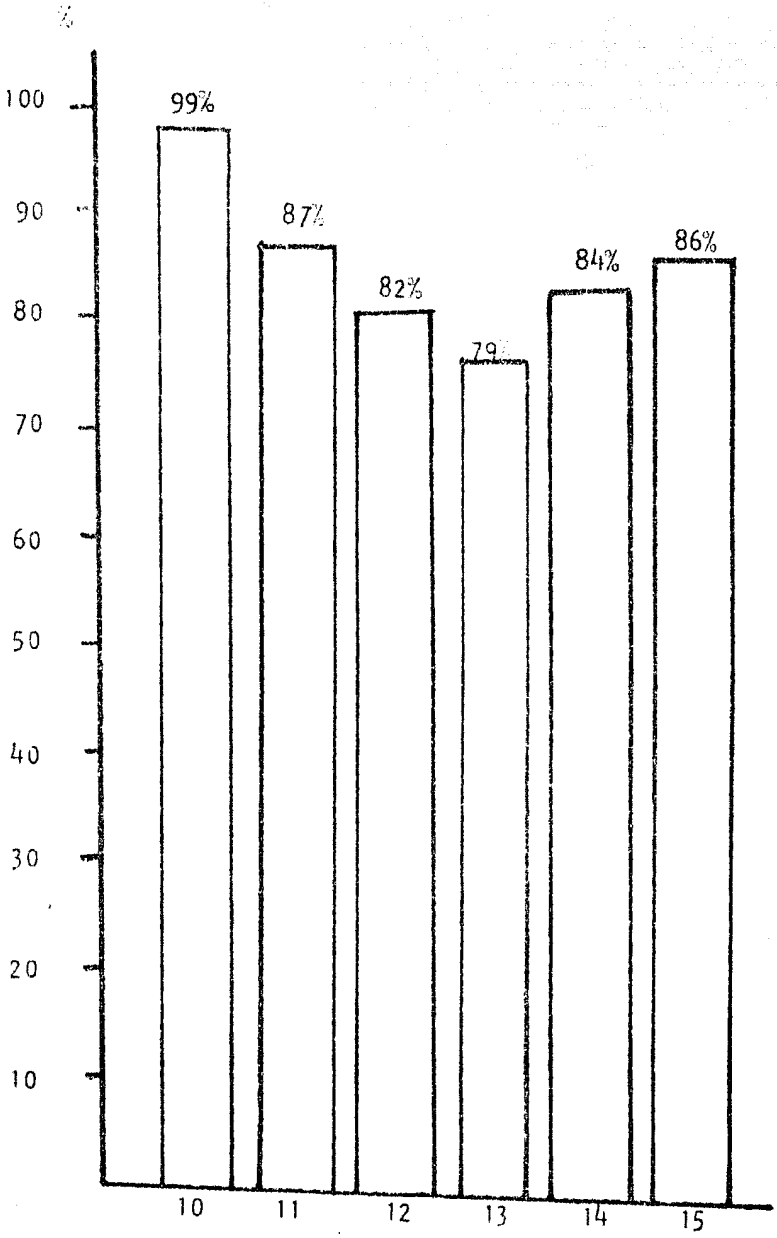
A un 10% de estos niños pude volverlos a examinar y observar la - gran mejoría de su encía.

Por medio de las gráficas se aprecia el porcentaje de gingivitis- en niños de 10 a 15 años.

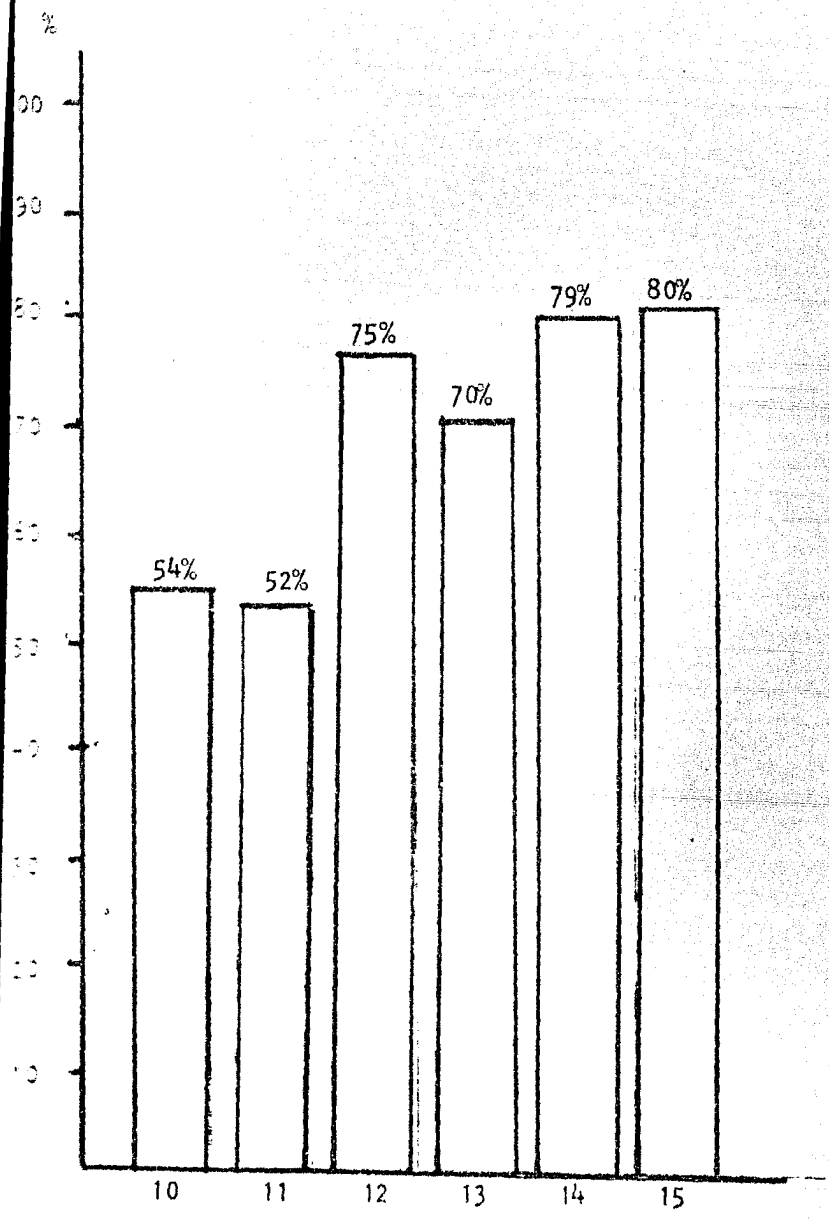
C O N C L U S I O N E S

Por medio de estas gráficas nos podemos dar cuenta de la presencia de gingivitis en niños y niñas de 10 a 15 años y se puede observar - que al 86% de los niños se les acumula cálculo en las superficies linguales de los incisivos inferiores y en las superficies bucales de los molares superiores.

En la mayoría de éstos niños es por falta de higiene y la otra - parte es por mala técnica en el cepillado.

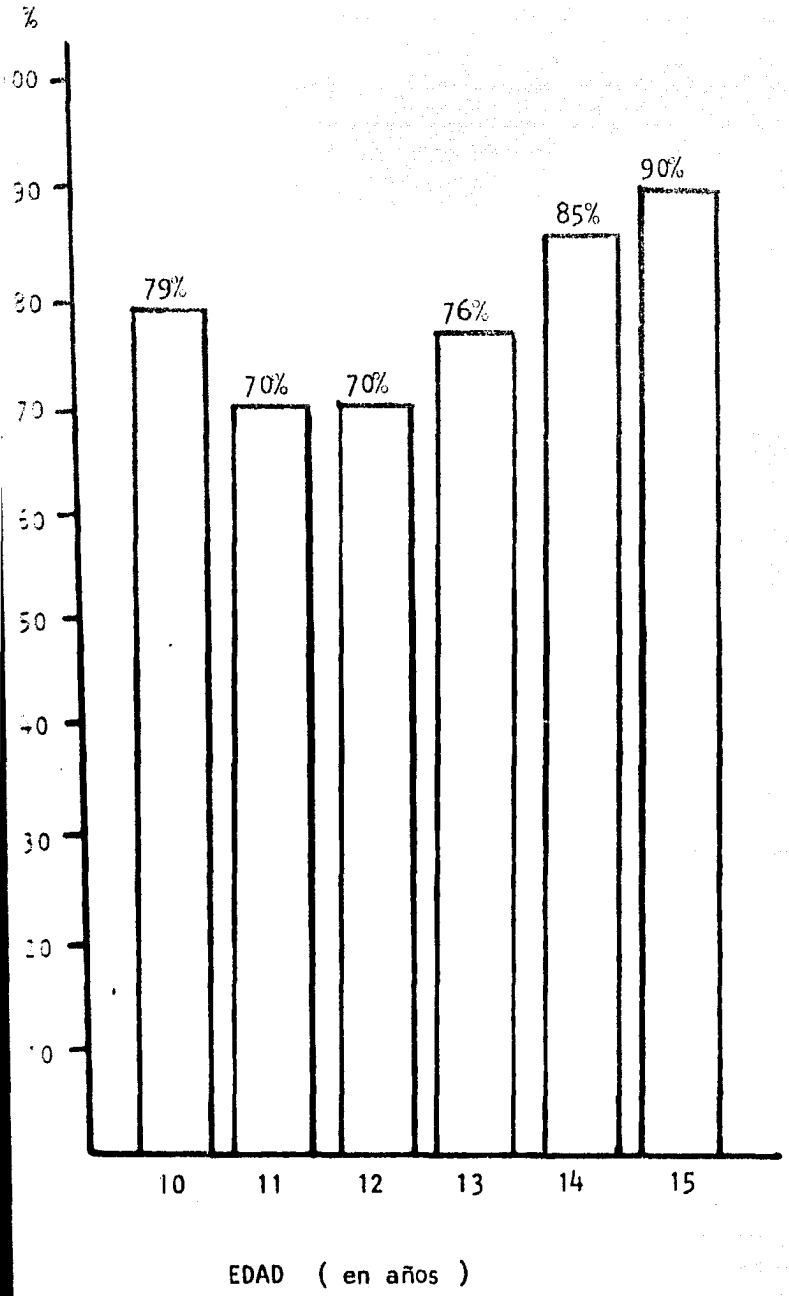


PORCENTAJE DE NIÑAS CON GINGIVITIS LEVE.



EDAD (en años)

PORCENTAJE DE NIÑOS CON GINGIVITIS.



PORCENTAJE DE NIÑAS CON GINGIVITIS.

FICHA UTILIZADA.

Fecha_____

Nombre_____Sexo M ( ) F ( )

Edad_____Dirección_____

O Negativo_____

1 Gingivitis leve_____

2 Gingivitis_____

Ultimamente has estado enfermo Si ( ) No ( )

Tomas algún medicamento Si ( ) No (

Cual es?_____

No. de caries_____

No. de dientes_____

No. de dientes ausentes_____

Apiñamiento_____

Higiene 1 2 3 4 . . . al día

Dieta suficiente Si ( ) No ( )

Tomas golocinas entre comidas_____

Existe una campaña de higiene en tu esc._____

_____

FICHA UTILIZADA.

Fecha_____

Nombre_____Sexo M ( ) F ( )

Edad_____Dirección_____

O Negativo_____

1 Gingivitis leve_____

2 Gingivitis_____

Ultimamente has estado enfermo Si ( ) No ( )

Tomas algún medicamento Si ( ) No (

Cual es?_____

No. de caries_____

No. de dientes_____

No. de dientes ausentes_____

Apiñamiento_____

Higiene 1 2 3 4 . . . al día

Dieta suficiente Si ( ) No ( )

Tomas golocinas entre comidas_____

Existe una campaña de higiene en tu esc._____

_____ _____

CAPITULO IV

PRINCIPIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES EN LOS NIÑOS.

Por lo tanto, se les dió una técnica de cepillado y por medio de pastillas reveladoras se les demostró, tanto a ellos como a sus padres,- que no se estaban cepillando correctamente.

RECOMENDACIONES

1. El control de placa que es el medio más eficáz de prevenir la gingivitis.

2. Visitas periódicas a su dentista.

Para mí son los dos puntos más importantes para evitar los problemas periodontales. Para el medio rural sería difícil el segundo punto, por lo tanto tendríamos que buscar la fórma de controlar la placa.

Podríamos recomendar la improvisación de un palillo dental por medio de un pedazo de una ramita de un árbol o un pasto, ó por medio de un hilo de coser en lugar de hilo dental.

La gran mayoría de las inflamaciones gingivales son causadas por la acumulación de residuos alimenticios. Como primer punto se debe reducir o eliminar los posibles factores que contribuyen a la acumulación de P.D.B.

Las causas más comunes son: mal alineamiento dental, mal oclusión, respiración buca, caries y sobre todo, la que sería la más importante la falta de higiene defectuosa.

Frecuentemente en los niños se observa frenillo de labio superior grande, con lo que se asocia con diastemas entre los incisivos centrales permanentes. Esto va a ser una tracción del márgen gingival sano y a favorecer la acumulación de irritantes, en este caso, deberá ser eliminado.

La gingivitis de la pubertad es originada por una respuesta exagerada a la irritación local. La eliminación de todos los irritantes, en conbinación con el control de la placa, es esencial para el restablecimiento y mantenimiento de la salud periodontal y bucal.

En el ciclo menstrual, algunas veces, aparecen trastornos menores como: encías que sangran periódicamente o una sensación de congestión de las encías en los días que preceden al periódo de la menstruación.

La eliminación de los irritantes locales y una higiene bucal ---- antes del período de menstruación suele ser suficiente para solucionar este problema. Se preguntará el porqué antes del período menstrual, y es - porque se va a producir en zonas de inflamación crónica, donde la congestión circulatoria está agravada por la ingurgitación vascular inmediata - anterior al período menstrual.

En las enfermedades infantiles como sarampión, rubeola, varicela, gingivoestomatitis herpética, el tratamiento aconsejado es limpiar los -- deshechos alimenticios que rodean a los dientes con enjuagues bucales -- (bucosept, insodine, astringosol, etc.), seguido de una higiene bucal cuidadosa, ó bien el propio dentista eliminar la placa con métodos mecánicos que es lo más correcto y adecuado.

" B I B L I O G R A F I A "

1. GLIKMAN - PERIODONTOLOGIA CLINICA
4o. EDICION - EDITORIAL INTERAMERICANA.

11. SIDNEY B. FIN - ODONTOLOGIA INFANTIL
4o. EDICION - EDITORIAL INTERAMERICANA.

111. ORBAN - PERIODONCIA
4o. EDICION - EDITORIAL INTERAMERICANA.

IV. MAC DONALD - ODONTOPEDIATRIA
4o. EDICION - EDITORIAL INTERAMERICANA.

V. EWALO HARNDT, HELMUT WEYERS - ODONTOLOGIA INFANTIL PATOLOGIA DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES EN LA NIÑEZ.
4o. EDICION - EDITORIAL MUNDI.

V1. FRANCISCO M. PUCCI - PARADENCIO
2o. EDICION (1941)

V11. TESIS - JORGE CORONA MIRON
PARODONTO

V111 REVISTA DE LA A.D.M.
SIMPOSIO SOBRE LA ODONTOLOGIA PEDIATRICA
1976.