

Universidad Autónoma de Guadalajara
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**ESTUDIO Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIO-
DONTAL EN NIÑOS CON DENTICION MIXTA.**

TESIS PROFESIONAL

que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

presenta

MA. ESTHER MENDOZA MORFIN

ASESOR:

DR. GUILLERMO HERNANDEZ G.

Guadalajara, Jal., 1988.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

| | Página |
|--|--------|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I | |
| GENERALIDADES | 2 |
| CAPITULO II | |
| FACTORES PREDISPONENTES Y DESARROLLO DE LA ENFERME- DAD | 14 |
| CAPITULO III | |
| PREVENCION Y TRATAMIENTO | 27 |
| CONCLUSIONES | 45 |
| BIBLIOGRAFIA | 47 |

INTRODUCCION

La causa principal de perdidas de dientes en adultos es la enfermedad periodontal, y por muchos años la parodencia fue como un conglomerado de técnicas terapéuticas para tratar de salvar los dientes cuya enfermedad era avanzada.

Gradualmente, se fue haciendo claro que la enfermedad periodontal, que causa la perdida dentaria en adultos, era la etapa final de procesos originados en la niñez y en la juventud. La atención se desplazó hacia el tratamiento temprano, pues es más simple. Produce resultados más previsibles y evita en los pacientes la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente.

Por lo tanto hoy me enfoco al estudio y prevención de la enfermedad periodontal en niños con dentición mixta. Ya que ésta es una de las etapas más importante y donde el Odontólogo de práctica general debe de estar muy atento para realizar cualquier intervención necesaria para mantener el parodonto lo más sano posible, y así evitar la pérdida de soporte de la dentición permanente.

Así siendo la dentición mixta donde se centra nuestro estudio de la enfermedad periodontal, diremos que en el desarrollo del trabajo hablaremos de la manera más completa acerca del tratamiento y prevención de la enfermedad en ésta etapa tan importante.

C A P I T U L O I
GENERALIDADES

" Encía según Goldman (9), es la mucosa que se extiende desde la porción cervical del diente hacia el surco vestibular. Está dividida en una porción papilar, que ocupa el espacio interdental; una porción marginal que forma el manguito de encía libre en torno del cuello del diente, y la encía adherida, que es la porción unida por tejido fibroso denso al hueso alveolar subyacente.

Normalmente los tejidos gingivales poseen un color rosa pálido, si bien pueden estar relacionados con el color del individuo, el espesor del tejido y el grado de queratinización. La superficie de la encía tiene un aspecto punteado, que va de fino a notoriamente graneado.

Zappler⁽¹⁰⁾ describió el tono de la encía del niño como más flojo que en el adulto, y también describió el tejido conjuntivo de la lámina propia como menos denso. En el adulto sano, la encía marginal posee un borde filoso, en filo de cuchillo; durante el período de erupción en el niño, empero, las encías son más gruesas y tienen bordes redondeados.(6)

La encía normal de los niños con dentición primaria comple

ta es de color rosa pálido. Se distinguen en ella la encía marginal o libre y la encía insertada. (1)

Según Ainamo(10) el surco que se describe entre la encía marginal y la insertada se observa sólo en un tercio de los niños y ello dependería de la orientación de las fibras supraalveolares.

La encía insertada tiene un ancho a nivel de los dientes anteriores, disminuyendo hacia los molares por vestibular; por lingual es más ancha a la altura de molares y premolares y más angosta en los dientes anteriores, su superficie es punteada.

La forma de la papila interdental varía de acuerdo con la relación proximal de los dientes. Cuando existen puntos o facetas de contacto la papila es triangular en sentido mesiodistal y presenta a veces una hendidura vertical que se pierde hacia apical y que microscópicamente se ve cubierta de epitelio.

En sentido buco gingival la papila tiene forma cóncava. Cuando existen diastemas, la papila es aplanada en sentido mesiodistal y redondeada en sentido bucolingual. Los niños con tez oscura presentan con frecuencia manchas melanínicas fisiológicas en la encía insertada y la papila interdental. (1)

Las encías infantiles deberán ser de color rosado palido, más semejante al color de la piel de la cara que a la de los

labios, y deberán estar firmemente unido el hueso alveolar. Las piezas primarias presentan coronas cortas y bulbosas, y el punto de contacto está más cercano a la superficie oclusal que en las piezas permanentes. Las encías, en dentaduras primarias están más cerca de las superficies oclusales de las piezas, son aplastadas, voluminosas y llenan completamente el espacio interproximal. (2)

El color rosado pálido de la encía normal no inflamada se debe a la preponderancia de tejidos conectivos sobre los vasos sanguíneos. Estos vasos, demasiado pequeños para observarse a simple vista, se ven claramente a través del epitelio cuando se aumentan diez veces. La superficie epitelial es blanda y aterciopelada, con muchas irregularidades superficiales, que, cuando más pronunciadas, se les denomina "punteado". (2)

Durante el periodo de transición del desarrollo de la dentición en la encía se producen cambios correspondientes a la erupción de los dientes permanentes. Es importante reconocer estos cambios fisiológicos y diferenciarlos de la enfermedad gingival que muchas veces acompañan a la erupción dental.

Antes de que la corona aparezca en la cavidad bucal, la encía presenta un abultamiento que es firme, algo pálido y adaptado al contorno de la corona subyacente.

El margen gingival y el surco se desarrollan cuando la corona perfora la mucosa bucal. En el curso de la erupción, el margen gingival es edemático, redondeado y levemente enrojecido.

Durante el período de la dentición mixta, es normal que la encía marginal que rodea los dientes permanentes sea bastante prominente, en particular en la región anterior superior. En esta etapa de la erupción dental, la encía todavía está unida a la corona, y hace prominencia cuando se superpone al volumen del esmalte subyacente. (3)

Entre la caída de las piezas primarias y la erupción de las permanentes transcurre un período de hasta dos años. Antes de perforarse la encía, los tejidos se adelgazan sobre las cúspides en la elevación de las piezas; después aparecen las piezas en la boca, y mientras las piezas hacen erupción hacia la posición final, las encías intersticiales marginales se espesan y muestran un borde cilíndrico protuberante. Dentro de ellos está produciéndose una activa reorganización de las fibras del tejido conectivo, aparece como una ligera hiperemia, pero no se acerca al color de una inflamación asociada con infección bacteriana.

La herida producida por la exfoliación de una pieza prima

ria sana en unas horas, y rara vez se infecta. También es raro el caso en que la encía se infecta en el lugar de la erupción del diente. Cuando esto ocurre las encías se encuentran edematosas, y extremadamente dolorosas, y puede ir acompañada de fiebre. No se ha demostrado la convicción de muchos autores, quienes afirman que en los niños la erupción dental es causa común de gingivitis. (2)

La estructura histológica del periodoncio de la dentición primaria es similar a la de la dentición permanente. Se ha descrito una adherencia epitelial larga frente al esmalte y una encía marginal relativamente flácida. El patrón vascular sería más extenso y manifiesto y habría una mayor proporción de sustancia fundamental con respecto de las fibras colágenas en el tejido conectivo. (1)

Las fibras colágenas, cuando son recientes están constituidas por colágeno que aún desarrolla la fuerza tensional de las fibras colágenas maduras. Ello podría explicar la mayor flacidez de la encía marginal de los dientes primarios y permanentes jóvenes. También se ha descrito que el ligamento periodontal es más ancho en los niños que en los adultos.

El surco gingival de la dentición primaria tiene una profundidad media de 0,2 mm, siendo menor en la zona anterior y

y mayor en la posterior de la arcada dentaria. Del surco gingival de los dientes primarios se ha obtenido fluido gingival en cantidades muy pequeñas. (1)

El epitelio gingival está queratinizado en sus superficies externas, pero no así en su parte correspondiente a la adherencia epitelial. Dicho de otra manera, el epitelio de la adherencia no está protegido por la coraza de queratina que protege al epitelio gingival remanente. La mayoría de los autores cree que entre la superficie del esmalte y la del epitelio adherente existe una unión organico-estructural, es decir, la adherencia epitelial en sí.

Debajo del epitelio gingival existe, como en toda mucosa, una capa de tejido conectivo o corion. El corion tiene a su cargo la nutrición e inervación de la gingiva, y es el tejido en que tiene lugar las reacciones bioquímicas y morfológicas típicas del proceso inflamatorio. (4)

Dicho de otra manera, las sustancias de origen externo con capacidad de inducir la inflamación deben atravesar el epitelio y llegar al corion para que aquella se produzca en realidad.

La composición morfológica de la membrana periodontal es similar a la de cualquier otro tejido conjuntivo blando, es de

cir, células, fibras y sustancias fundamentales. Como resultado de su adaptación funcional, las fibras del periodontio se agrupan en manojos regulares, cuya dirección les permite transmitir y absorber las fuerzas oclusales de manera óptima.

El curso de estos manojos, o fibras principales del periodonto, es ondulado, y sus extremos se insertan por un lado en el cemento y por el otro, en el hueso alveolar. (fibras de Charpey).

Con el nombre de enfermedad periodontal se conocen diversas condiciones patológicas caracterizadas por la producción de inflamación y/o destrucción del periodonto, es decir, los tejidos que conectan y soportan los dientes a los huesos maxilares.

Cuando estas condiciones no se controlan debidamente, el resultado final es la movilidad y, en última instancia, la pérdida de los dientes afectados. Contrariamente a lo que muchos odontólogos creen, la enfermedad periodontal no es exclusivamente una afección de la edad adulta. (4)

Numerosos autores creen que algunas formas terminales de enfermedad periodontal en adultos son el resultado final de condiciones crónicas iniciadas durante la niñez. Estas lesiones tempranas no producen por lo general sintomatología alguna y

son por ello descuidadas o ignoradas. Privadas de toda atención dental, las periodonciopatias progresan insidiosamente hasta los estadios finales que no solo originan síntomas perceptibles sino que también provocan la pérdida de gran número de piezas dentarias. (4)

El término enfermedad periodontal se ha asociado con las etapas finales de la enfermedad: pérdida dental, bolsas profundas, formación de pus y graves pérdidas óseas. En estas etapas ha llegado a la suposición común de considerar las enfermedades periodontales como enfermedades degenerativas de las últimas etapas de la vida, y no hay gran cosa que hacer al respecto.

Las enfermedades periodontales son lentas y progresivas, se extienden durante muchos años y sus síntomas iniciales son muy comunes en los niños. Es cierto que en niños son raras las degeneraciones periodontales, pero ocurren en ciertos casos. En estos casos, la enfermedad periodontal ha progresado rápidamente de su fase inicial a la final.

Las enfermedades periodontales ocurren a cualquier edad, son generalmente procesos muy lentos, y sus fases iniciales son comunes antes de la pubertad.

A menos que se eliminen estas etapas tempranas, será ine

vitabile en años posteriores, el desarrollo de enfermedades periodontales degenerativas. En la infancia, las enfermedades periodontales han empezado ya; por lo tanto es muy importante reconocerlas y tratarlas. (2)

La enfermedad periodontal en niños puede progresar y poner en peligro el periodoncio adulto. El creciente conocimiento de la prevalencia 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 periodoncio en los niños. (3)

En un sentido más amplio, el término enfermedad periodontal se refiere a todos los procesos patológicos que afectan el periodoncio. La forma predominante de enfermedad periodontal es un proceso destructor de avance lento denominado enfermedad inflamatoria crónica. (EPIC)

Una EPIC de larga data puede dar por resultado la destrucción del aparato íntegro de sostén de los dientes. En los adultos es la causa principal de pérdida de los dientes. (5)

La enfermedad periodontal inflamatoria crónica suele ser dividida en dos etapas principales: 1) gingivitis y 2) periodontitis. Gingivitis es la presencia de inflamación gingival sin ningún desprendimiento de tejido conectivo de la superficie ra

dicular.

También hay inflamación gingival presente en caso de periodontitis, pero hay pérdida de la inserción; en otras palabras se puede considerar a la EPIC como un continuum, con la gingivitis y la periodontitis como etapa indistinguible de la enfermedad.

A este concepto lo apoyan indirectamente los estudios epidemiológicos transversales en seres humanos, los cuales indican que la EPIC empeora progresivamente con el avance de la edad.

Un apoyo directo es el derivado de las observaciones longitudinales en sabuesos en los cuales se verifico que la presencia de gingivitis condujo a la periodontitis.

El rasgo clínico más característico de la EPIC es la presencia de inflamación gingival. Las encías inflamadas muestran diversos grados de tumefacción y cambio de color. También tienden a sangrar por un sondeo o manipulación suaves. Las encías sanas no presentan tales alteraciones. Por lo tanto se deduce que la observación de EPIC depende de la habilidad del clínico para reconocer los signos de inflamación.

La enfermedad periodontal inflamatoria crónica está muy difundida en los niños. Estudios epidemiológicos pusieron de manifiesto que del 80% al 90% de todos los niños tenían EPIC

a los 15 años. Es inusual, empero, que los niños presenten las formas avanzadas de la enfermedad. La forma más común del EPIC en los niños es la gingivitis marginal. (5)

La forma leve de la EPIC no tiene consecuencias inmediatas pues es indolora y no causa pérdida de función. Pero si no es tratada, la gingivitis de los niños puede conducir a formas de destructivas de la enfermedad más adelante en la vida.

Por cierto, el reconocimiento de las enfermedades periodontales en sus primerísimas etapas es la clave para su prevención y tratamiento. (5)

El elevado predominio de la enfermedad periodontal existente es una de las paradojas odontológicas actuales, pues medidas preventivas disponibles para controlar esta afección son más sencillas y eficaces que las que hay para cualquier otra condición crónica, quizá con una sola excepción: las diferentes entidades conocidas con el nombre de enfermedad periodontal se inicia mediante la respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales a los agentes irritantes locales, en particular colonias bacterianas o sus productos metabólicos nocivos. (4)

En general se está de acuerdo en que las llamadas situaciones gingivales, descuidadas en los niños, tienen un efecto acumulativo que a menudo se le reconoce después en la vida adulta

como un estado periodontal avanzado.(6)

C A P I T U L O I I
FACTORES PREDISPO NENTES Y
DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

Durante muchos años se creyó que la enfermedad periodontal era una afección crónica de la edad adulta que tendría sus comienzos en la juventud. Cuando aparecieron los índices de enfermedad periodontal se evaluaron con ellos grupos de población cada vez mas jóvenes para precisar sus comienzos. Se comprobó que niños y adolescentes tenían enfermedad periodontal principalmente gingivitis.

Diversas condiciones que favorecen el depósito de placa bacteriana son las mismas en niños y adultos y otras con peculiaridades de los niños, y su presencia induce la reacción inflamatoria gingival.

Las condiciones que favorezcan el depósito de placa y por lo tanto la enfermedad periodontal son: 1) mala higiene bucal, 2) las cavidades de caries, las obturaciones con márgenes deficientes, y la mala posición de los dientes, 3) las condiciones patológicas de las relaciones mucogingivales, 4) la exfoliación de dientes primarios, 5) la erupción de dientes permanentes, 6) la respiración bucal, 7) aparatos ortodónticos, 8) la pubertad.

La mala higiene bucal. La mayoría de los niños se cepi llan poco y/o mal sus dientes independientemente de factores tales como la motivación. Enseñanza e instalación del hábito del cepillado que no se cumplen para toda la población infan til.(1)

Las cavidades de caries, las obturaciones con márgenes deficientes y las malposiciones dentarias también favorecen la acumulación de placa bacteriana, materia alba y restos ali menticios.

Las condiciones patológicas de la relación mucogingival como frenillos cortos insertados muy cerca del margen libre o en plena papila, o la zona de recesión gingival localizada en incisivos inferiores, son sitios de fácil acumulación de pla ca a los que difícilmente se llega con el cepillo dental.

La exfoliación de dientes primarios: Los dientes que se encuentran en vía de exfoliación presentan demasiada movilidad y no son cepillados por los niños. La acumulación bacteriana y la irritación mecánica que producen las raíces parcialmente reabsorbidas durante la movilización, funcional o no, inflama la encía adyacente.

Este fenómeno es una situación transitoria que desaparece con la total exfoliación del diente primario.

La erupción de dientes permanentes. Durante el período de erupción el margen gingival se desplaza a lo largo de la corona dentaria y mantiene con ella relaciones anatómicas que favorecen la acumulación de placa. Al llegar a cubrir la zona más voluminosa de la corona, la reproduce pareciendo la respuesta inflamatoria más acentuada con la encía marginal agrandada y prominente.(1)

La respiración bucal. Muchos niños que tienen respiración bucal por amígdalas, maloclusiones y labio superior corto y/o hábito presentan gingivitis marginal crónica, especialmente en el sector anterior. Se supone que el estado normal de la encía es húmedo, y el aire inspirado la seca y se disminuye su resistencia a los agentes que forman la placa bacteriana lo que provoca la gingivitis. Por otra parte la placa al estar sometida a la desecación se haría más resistente a la remoción por el cepillado.

Aparatología ortodóntica. Los niños que usan aparatología ortodóntica presentan frecuentemente inflamación gingival de severidad variable con tendencia a la hiperplasia.

La aparatología ortodóntica aún realizada con buena adaptación, favorece el depósito de placa entre el márgen gingival y las bandas inclusive sobre los arcos y ansas.

A las dificultades para cepillar entre las bandas y el margen gingival se sumaría la imposibilidad de eliminar la placa proximal. El crecimiento de placa a lo largo de las bandas en proximal sería el responsable del mayor agrandamiento gingival de las papilas tanto en el sector anterior como en el posterior.

De las condiciones que favorecen el depósito de placa que hemos descrito muchas ocurren en forma simultánea, provocando la respuesta como, gingivitis marginal crónica.

Existen condiciones sistémicas que pueden modificar la respuesta como por ejemplo: edad pubertad, administración de dilantín sódico, cardiopatías congénitas cianóticas. (1)

Edad puberal: Se observa corrientemente que muchos niños en edad puberal tienen gingivitis marginal crónica de severidad mayor que la esperada, esta reacción inflamatoria mayor llamada gingivitis puberal se caracteriza por un agrandamiento de color rojo más intenso que lo habitual con papilas globulosas, que no solo llenan por completo el espacio interdentario sino que hacen prominencia sobre la corona cubriéndola parcialmente.

En ocasiones existe fibrosis considerable que contribuyen a la disminución del color rojo y aumenta la consistencia de

la encía. Se encuentra considerable cantidad de placa en la su perficie dentaria. Esta respuesta inflamatoria ha sido atribuida a los cambios hormonales que se producen a esa edad. Ya des de la niñez existe una interacción hormonal dinámica del eje del hipotálamo-hipofisiario-gonadal. Se produce secreción hormonal si bien pequeña. Durante la época puberal hay un aumento progresivo de hormonas sexuales que condicionan los cambios se cundarios característicos de la adolescencia hasta llegar a la madurez sexual.

El dilantín sódico es una droga muy efectiva y frecuentemente utilizada para controlar las convulsiones, presentan tiem po después hiperplasia gingival. El aumento de tamaño comienza en las papilas, adquiriendo la encía aspecto lobulado y rojizo. El agrandamiento puede llegar a cubrir gran parte de la corona dentaria. De consistencia dura y aspecto granular.(1)

No todos los niños o adolescentes medicados con la droga desarrollan gingivitis dilatínica.

Cardiopagías congénitas cianóticas: Los niños con cardiopatías congénitas cianóticas presentan entre otras manifestaciones clínicas, coloración azulada de labios, membranas, piel y los dedos de las manos y los pies en forma de palillos de tambor.(1)

La cianosis y los cambios de forma de los dedos se deben a la disminución de saturación de oxígeno arterial.

Los factores modificadores intrínsecos o sistémicos incluyen el estado endocrino, drogas tales como el dilantín, alergias, enfermedades sistémicas y anomalías genéticas. Las alteraciones nutricionales y emocionales y la edad se incluyen también de manera condicional como factores modificadores.

En el segundo grupo los factores extrínsecos se originan localmente y los factores intrínsecos son de origen sistémicos. Dado que los factores extrínsecos e intrínsecos están relacionados, la conveniencia de usar tales categorías distintas de agentes causales no deben oscurecer demasiado, la importancia de interrelacionar apropiadamente estos factores cuando sea posible.

Las causas de gingivitis y la periodontitis se considera que son principalmente las sustancias bacterianas de la placa dental, pero la respuesta del huésped o las consecuencias de los factores intrínsecos relacionados con él son también importantes en la patogenia de la enfermedad periodontal inflamatoria.

La placa bacteriana sola no puede ser responsable del amplio espectro de susceptibilidad del huésped, variación de un

diente a otro en el mismo individuo, y el aumento casi lineal en la enfermedad periodontal con el aumento de la edad.(7)

Las enfermedades periodontales inflamatorias a menudo se agrupan en factores iniciadores y factores modificadores, o en factores locales (extrínsecos) y sistémicos (intrínsecos).

Los factores iniciadores son responsables de causar la enfermedad y los factores modificadores alteran tanto la respuesta inflamatoria como el factor iniciador.

FACTORES INICIADORES:

Los factores iniciadores extrínsecos de la enfermedad periodontal inflamatoria incluyen la placa, el tártaro, la respiración bucal, y varios tipos de traumatismos mecánicos. No hay evidencias de que haya factores iniciadores intrínsecos que provoquen la enfermedad periodontal inflamatoria.

FACTORES MODIFICADORES:

Los factores modificadores extrínsecos incluyen la maloclusión, el impacto alimentario, los márgenes desbordantes, las superficies rugosas de dientes y restauraciones, las prótesis dentales, la masticación unilateral, el tabaquismo, la dieta, los contornos y relaciones gingivodentales anormales y el trauma oclusal.

Estos factores influyen o modifican la enfermedad periodon

tal inflamatoria, generalmente aumentando la placa que se deposita sobre los tejidos pero la oclusión traumática puede actuar modificando la respuesta inflamatoria. (7)

DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD:

Gingivitis cuando se inflama el tejido gingival, lo primero en observarse es hiperemia. El color rosado pálido pasa a rojo vivo, debido a la dilatación capilar, por lo que el contenido sanguíneo de estos tejidos aumenta enormemente. En áreas de ulceraciones, donde se pierde el epitelio, el color es más vivo. Esta hiperemia se asocia con edema.

La encía intersticial se agranda, y la superficie aparece brillante húmeda y tensa como las papilas y los márgenes gingivales libres no están tan estrechamente unidos al hueso alveolar como la mucosa adyacente, en estos tejidos se puede dar un grado mayor desproporcionado de ulceración.

La papila está limitada a cada lado por las piezas adyacentes, crestas subyacentes del hueso alveolar, y por el punto de contacto de las piezas superiores, de manera que sólo se podrá dar inflamación en bucal y lingual.

La papila también contiene mayor masa de tejido que el margen gingival, y al sufrir edemas e inflamaciones, aparece como nódulo escarlata en protrusión por entre las piezas.

La inflamación del márgen gingival sobre la porción bulbosa de la corona de las piezas no solo se transforma la fosa natural en bolsa más profunda, sino que también produce un borde que recoge los desechos. (2)

En algunas áreas de inflamación, los tejidos degeneran y exponen la raíz de la pieza.

GINGIVITIS POR ERUPCION.

Hay un tipo temporal de gingivitis que se observa a menudo en los niños pequeños cuando estan erupcionando los dientes temporales. Esta gingivitis, que está asociada con la dentición denominada erupción difícil pasa después de que los dientes emergen en la cavidad bucal.

En la gingivitis por erupción el mayor incremento en la incidencia de la gingivitis en niños se ve de 6 a 7 años cuando los dientes permanentes comienzan a erupcionar.

Goldman(8) relacionó este incremento de gingivitis con el hecho de que la encía marginal no recibe protección alguna de la forma coronaria del diente durante el período inicial de erupción activa.

En la gingivitis por erupción la continua agresión de los alimentos contra la encía causa el proceso inflamatorio.

Los residuos alimentarios y la materia alba se acumulan a menudo en torno del tejido libre y debajo de él, para cubrir parcialmente la corona del diente en erupción y causar el desarrollo de un proceso inflamatorio, esta inflamación está más comunmente asociada con la erupción del primero y segundo molar permanente por lo cual se puede presentar una pericoronitis o un absceso pericoronario.

GINGIVITIS POR MALA HIGIENE.

El grado de limpieza de los dientes y el estado de salud de los tejidos gingivales de los niños están decididamente relacionados. Esto suele clasificarse como tipo leve, en el cual estan inflamados los tejidos papilares y marginales. Este tipo de gingivitis es reversible. (6)

GINGIVITIS CRONICA INESPECIFICA

Hay un tipo de gingivitis que se ve comunmente en el período preadolescente y adolescente, que se suele denominar "gingivitis crónica inespecifica". La inflamación gingival crónica puede estar localizada en la region anterior o puede ser más generalizada, aunque rara vez es dolorosa, puede persistir por largos períodos sin gran mejoría. (6)

GINGIVITIS PUBERAL.

Se caracteriza por un agrandamiento gingival de color rojo

más intenso que lo habitual, con papilas globulosas que no se lo llenan por completo el espacio interdentario sino que hacen prominencia sobre la corona cubriéndola parcialmente.

En la gingivitis puberal en ocasiones existe fibrosis considerable que contribuye a la disminución del color rojo y aumenta la consistencia de la encía. Se encuentra considerable cantidad de placa en la superficie dentaria.

Esta respuesta inflamatoria ha sido atribuida a los cambios hormonales que se producen a esa edad. Ya desde la niñez existe una interacción hormonal dinámica del eje del hipotálamo-hipofisiario-gonadal. Se produce secreción hormonal, si bien en pequeñas cantidades.

Durante la época puberal hay un aumento progresivo de la tasa de hormonas sexuales que condicionan los cambios secundarios característicos de la adolescencia hasta llegar a los niveles de la madurez sexual. (1)

Pasado el período puberal la severidad de la inflamación disminuye pero la gingivitis no desaparece por completo si no son eliminados los agentes agresivos habituales y toda situación que favorezca su depósito. (1)

PERIODONTITIS JUVENIL.

Es una enfermedad periodontal de origen microbiano que se

produce en niños y adolescentes. Se ve periodontitis juvenil primariamente en jóvenes médicamente sanos y se caracteriza por una pérdida rápida de hueso alveolar en torno de la dentición permanente.

La pérdida de hueso es tan rápida e insidiosa que a menudo no se nota la enfermedad hasta que comienza la migración y aflojamiento de los dientes.

Además del rápido progreso de la enfermedad, los pacientes con periodontitis juvenil forman muy poca placa dental o tártaro. Con frecuencia el único signo clínico de inflamación gingival es la presencia de gingivorragia ante un sondeo suave. La primera vista las encías aparecen sanas engañosamente sanas.

GINGIVITIS ULCERO-NECROSANTE AGUDA (GUNA)

La guna es una enfermedad periodontal recidivante clara de origen microbiano con una etiología compleja y mal atendida. Los dos criterios más importantes aplicados en el diagnóstico de la GUNA son: 1) la presencia de necrosis interproximal y 2) la historia del dolor gingival. (5)

La necrosis y ulceraciones interproximales se refieren a las depresiones erosionadas en forma de cráter de una o más papilas interproximales. El dolor gingival asociado a la GUNA es de establecimiento rápido espontáneo y constante. Se exagera

al comer y cepillarse los dientes. Algunos pacientes se presentan con una pseudomembrana que cubre las áreas ulceradas de la encía, es de fácil eliminación. (5)

En los niños se presentan enfermedades de mayor o menos importancia como las enfermedades gingivales agudas, en esta el autor incluye las infecciones por virus del herpes simples cuyos síntomas se desarrollan súbitamente e incluyen tejidos gingivales da fiebre y dolor al ingerir alimentos ácidos.

Algunas otras como son: Úlcera aftosa recidivante, candidiasis aguda, infecciones microbianas agudas, etc.etc. (6)

C A P I T U L O III

PREVENCION Y TRATAMIENTO

FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO.

El enfoque básico para el tratamiento de una lesión infla
matoria localizada es la eliminación del proceso de los irri
tantes y la facilitación del proceso de reparación. Los inten
tos por curar o prevenir la enfermedad periodontal inflamato
ria mejorando los mecanismos de defensa sistémicos del organism
o no han tenido éxito. Afortunadamente, la enfermedad perio
dontal e impedirse su recidiva aún con respuesta sistémica fa
vorables desfavorables.

El tejido periodontal inflamado puede parecer que se acti
va de una manera autodestructiva: Tanto la degeneración, la di
solución de las fibras colágenas, la reabsorción ósea, como la
necrosis y los procesos líticos representan fenómenos destruc
tivos que se encuentran en asociación con la enfermedad perio
dontal. Aparentemente estos cambios tisulares son en gran medi
da causados por los productos de descomposición y las enzimas,
que son liberadas como parte de la respuesta inflamatoria a
los agentes causales.

Los intentos por eliminar la inflamación por medio de la

remoción de los tejidos inflamados son irracionales en el tratamiento de la enfermedad periodontal, debido a que los tejidos inflamados pueden generalmente ser restaurados y contribuirán tanto por la función como a los valores estéticos de los dientes. (7)

Cuando la enfermedad periodontal no se debe a microorganismos que viven dentro de los tejidos, las lesiones periodontales deben recibir la oportunidad de curar si su valor funcional y estético lo amerita, siempre que pueda eliminarse los agentes causales sin intervención quirúrgica.

Lo fundamental para el éxito del tratamiento es ser capaz de ubicar los irritantes locales durante el examen diagnóstico.

El objetivo de todo tratamiento dental incluyendo el tratamiento periodontal, es alcanzar y mantener una óptima salud, función y estética de la dentición. De lejos la lesión más común en la enfermedad periodontal es de naturaleza inflamatoria y representa la respuesta de un individuo a una agresión que ha sido inflingida a los tejidos periodontales.

El desarrollo y el avance de cualquier proceso inflamatorio es determinado por el tipo y el grado de irritación, así como por la combinación y las respuestas sistémicas y locales de los irritantes.

Con el objeto de eliminar las lesiones inflamatorias de la enfermedad periodontal se debe suprimir las causas.

Cuando sea posible deberán estimularse los mecanismos de defensa humoral y celular del organismo y su capacidad reparadora. (7)

" OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL "

1) Una encía clínicamente sana caracterizada por un color rosado y una firmeza y densidad uniforme, y un surco gingival firmemente adaptado a los dientes que permita sondear con un instrumento delgado sin evidencia de sangrado o de secreción crevicular.

2) Un surco de 2 a 3 mm. de profundidad, terminado en el epitelio de unión a nivel de la unión amelocementaria.

3) Una oclusión funcionante confortable con un máximo de soporte funcional y una estabilidad mantenida.

4) Una dentición y una encía que sea estéticamente aceptables para el paciente.

5) Evidencias radiográficas de una cortical alveolar pareja y bien definida en torno de los dientes y sobre la cresta alveolar, dentro de los 6 meses siguientes a la terminación del tratamiento.

Además de las consideraciones evidentes de tratar de curar la enfermedad periodontal de todos los dientes involucrados, hay una cantidad de factores que deben influir directa o indirectamente en la medida que uno se extiende en el intento

por tratar dientes con enfermedad periodontal avanzada.

Los más importantes de estos factores son: 1) la salud sistémica y la expectativa de vida del paciente; 2) el interés del paciente con respecto a sus dientes y su actitud acerca de salvarlos; 3) la restaurabilidad del sistema masticatorio desde el punto de vista técnico y funcional; 4) la importancia de los dientes involucrados en la rehabilitación oral total del paciente; 5) la necesidad de sacrificar soporte periodontal en torno de dientes adyacentes para eliminación de bolsas. (7) 6) la actividad de caries del paciente, 7) el resultado final estético del tratamiento; 8) la habilidad técnica del terapeuta, 9) el estado económico del paciente.

Los requerimientos para la cura de enfermedades periodontales son los mismos para cualquier grupo etario; sin embargo, en una persona con una corta expectativa de vida debido a la edad avanzada o una enfermedad maligna, puede no resultar práctico instituir un tratamiento periodontal o dental prolongado, en tales casos, a menudo es mejor confinar el tratamiento a maniobras más paliativas que curativas, eliminación de las extracciones generalmente a las situaciones de emergencia.

Es fundamental para el éxito de todo tratamiento periodontal una actitud positiva por parte del paciente, con respecto

al hecho de salvar los dientes. Afortunadamente la actitud del paciente puede ser influida en gran medida por el dentista y su personal auxiliar, pero a veces puede ser necesario introducir un periodo de prueba del tratamiento higiénico incluyendo la educación del paciente, antes de que pueda determinarse hasta donde es aconsejable proceder con el tratamiento periodontal y dental.

En algunos casos, un diente con enfermedad periodontal avanzada que podría ser tratado exitosamente desde el punto de vista periodontal puede tener valor limitado o nulo en el plan de tratamiento general del paciente. No tendría sentido aplicar un tratamiento periodontal extenso a ese diente. Por otra parte, los dientes periodontalmente involucrados pueden ser de una importancia clave en el mantenimiento de toda la dentición y merecerían entonces el tratamiento más extenso y cuidadoso. (7)

La estética es una consideración sumamente importante en el plan de tratamiento y deben establecerse soluciones aceptables para el paciente antes de iniciar un tratamiento periodontal extenso.

El shock emocional o psíquico de un mal resultado estético después de la cura de la enfermedad periodontal, puede plantear un problema mucho mayor para la salud del paciente tanto

mental como el bienestar del paciente que algunas pérdidas futuras de soporte periodontal vinculadas con una solución de compromiso paliativo.(7)

El tratamiento indicado para curar la gingivitis marginal crónica en los niños está integrado por: a) el control de la placa mediante la enseñanza de métodos de higiene bucal; b) la realización del raspaje y pulido de las superficies dentarias y el tratamiento de la pared blanda realizado con anestesia, y con todos los requerimientos que indica la técnica; c) la eliminación de los factores que facilitan el depósito de placa; d) la instauración de visitas periódicas al consultorio en las que se realizan profilaxis y reforzamiento de la motivación del cepillado.(1)

PLAN SECUENCIAL DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.

La primera consideración en todo tratamiento es la seguridad del paciente. Cualquier tipo de tratamiento que potencialmente resulta dañino para la salud sistémica u oral del paciente con enfermedad periodontal en lugar de tratar solo la enfermedad periodontal el objetivo primario debe ser tratar al paciente con enfermedad periodontal.

Aunque cada caso de enfermedad periodontal debe ser analizado y considerado en cuanto al tratamiento sobre una base indivi

dual. Hay un orden secuencia lógico en las consideraciones y las maniobras que deben aplicarse a todos los pacientes con enfermedad periodontal. (7)

Después de una debida atención a los problemas de emergenci de dolor, el tratamiento periodontal puede dividirse en cuatro fases principales la fase sistémica, la fase higiénica, la fase correctiva y la fase de mantenimiento. (7)

FASE SISTEMICA.

Deben ser evaluados todos los aspectos de la salud sistémica reelevantes para la etiología del tratamiento y la prevención de la enfermedad periodontal del paciente.

FASE HIGIENICA.

Primero, deben eliminarse todos los depositos de tártaro para un tratamiento efectivo. Se establece entonces el plan de tratamiento completo óptimo para ese paciente.

FASE CORRECTIVA.

Se eliminan las aberraciones oclusales de importancia para la salud y la función periodontal, se corrigen quirúrgicamente las bolsas periodontales y las deficiencias mucogingivales y se realizan las maniobras restauradoras indicadas para la salud, la función y la estética de la dentición.

FASE DE MANTENIMIENTO.

Se establece un programa de control profesional individualizado para asegurar el mantenimiento de la salud oral del paciente.

La secuencia de pasos a seguir en el manejo de pacientes con enfermedad periodontal se hace siguiendo un orden secuencial.(7)

La enfermedad periodontal inflamatoria crónica puede ser prevenida y tratada eficazmente. El éxito clínico depende casi por completo de dos formas mecánicas de terapéutica antimicrobianas: el control de la placa y el mantenimiento; el control de la placa es la eliminación mecánica diaria de la placa por el paciente. El mantenimiento significa la eliminación periódica de la placa supra y subgingival y el tártaro a cargo del odontólogo y el higienista dental.

Es interesante que los niños adquieran excelentes hábitos de higiene bucal. Por consiguiente, con el fin de conservar sus bocas sanas con el fin de prevenir la caries dental y la EPIC, se debe enseñar a los niños procedimientos de control de la placa y estos deben ser reforzados con regularidad. Es probable que la mejor manera de lograr esto sea con programas de salud dental bien fundados y organizados en las escuelas y con

el apoyo paterno.

En la actualidad no existe una alternativa práctica a la eliminación mecánica de la placa para la represión de la EPIC. Todavía no se ha hecho realidad una forma química terapéutica antimicrobiana para el control de la enfermedad. Por falta de sistemas eficientes de administración de las drogas. La bisgua nidina es un agente antiplaca notable conocido como clorhexidi . na. Este antiséptico puede inhibir la formación de la placa y con ello prevenir el desarrollo de gingivitis experimental en seres humanos. (5)

Una gingivitis leve por erupción no requiere más tratamiento que una mejor higiene bucal. Una pericoronitis dolorosa puede ser ayudada mediante irrigación de la zona con un revulsivo como la solución 4 puntos. Fenol (5%) 5ml, tintura de acónico, 10ml; tintura de yodo 15ml; glicerina, 20ml. Una pericoronitis acompañada por tumefacción e involucración de los ganglios linfáticos debe ser tratada mediante terapéutica antibiótica. (6)

PREVENCION

De acuerdo con lo que hemos analizado sobre la enfermedad periodontal en niños, la gingivitis marginal crónica es la que afecta a la mayoría de los niños y adolescentes. Podría decirse que está universalmente distribuida. Es consenso general que la gingivitis marginal crónica es precursora de la periodontitis marginal crónica.

Periodontitis marginal crónica afecta a un porcentaje relativamente pequeño de adolescentes, a partir de los 12 - 15 años. Pero su prevalencia y severidad va en aumento con la edad. Se infiere por lo tanto que prevenir el desarrollo y curar la gingivitis marginal crónica en los niños es prevenir el desarrollo de periodontitis marginal crónica.

La prevención de gingivitis marginal crónica se realiza con todas las medidas tendientes a impedir la formación y el depósito de placa bacteriana en la interfase gingivo-dentaria. Mientras no exista otro método para eliminar la placa que la limpieza mecánica, la enseñanza de cepillado a los niños y la motivación para que lo incorporen como hábito diario en el hogar, será el método preventivo esencial.

Las técnicas que se han utilizado para llevar a cabo la

motivación son: 1) instrucciones teóricas por medio de confe
rencias, diapositivas, audiovisuales; 2) la anterior suplemen
tada con la realización en grupo de prácticas del cepillado su
pervisado por personal entrenado, y; 3) la instrucción teórica
complementada con la participación activa del niño en el proce
so de aprendizaje. Facilitándole un cepillado y un modelo, ha
ciendo sobre el mismo los movimientos adecuados, practicándo
los luego en su boca. (1)

Se ha comprobado que este último da los mejores resultada
dos, sin embargo, para poder mantener el nivel de salud gingi
val alcanzado deben hacerse remotivaciones periódicas.

Por ello, además de los planes de educación para la salud
que tenga cada comunidad, el odontólogo que atiende niños debe
incluir la motivación e instrucción práctica del cepillado den
tario de sus pacientes como una tarea de la misma magnitud y
responsabilidad como la que se emplea en realizar el resto de
la odontología reparadora.

Otro modo de prevenir enfermedad periodontal, y no menos
importante es la curación de la gingivitis marginal crónica
que presentan los niños.

El tratamiento gingival con sus etapas de motivación y en
señanza de cepillado, raspaje, y curetaje con anestesia, o gin

giovoplastia de acuerdo con los requerimientos del caso, juntamente con el pulido de las superficies dentarias y los impresionables controles posteriores en los que se debe realizar profilaxis y reforzamiento de la motivación y método de cepillado, deben constituir etapas del tratamiento integral odontológico de los niños.

De la misma jerarquía que en este momento lo son las obturaciones dentarias. Ambos procedimientos evitan la mortalidad dentaria mediata o inmediata respectivamente, con la ventaja a favor del tratamiento gingival de la posibilidad de conseguir la restauración integral, la gingivitis marginal crónica es reversible. (1)

NOMBRE: A.S.

EDAD: 10 años

SEXO: Masculino

DIRECCION: Pablo Neruda # 1234

OCUPACION: Estudiante GRADO: Quinto año primaria.

NIVEL SOCIO-CULTURA: Medio alto.

ESTADO GENERAL: Fase adenoidea crónica (los papás se oponen a la operación).

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Hace 3 años utiliza aparatos de ortodoncia.

CUADRO GINGIVAL: Gingivitis generalizada con agrandamiento marcado en segmentos anteriores sup. e inf.

TRATAMIENTO GINGIVAL ESPECÍFICO:

Se remitió al otorrinolaringólogo y se alertó a los papás que mientras exista obstrucción respiratoria no habrá mejoría definitiva.

Se le hace profilaxis cada 45 días.

NOMBRE: G.C.

EDAD: 3 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Maternal GRADO: 1º Kinder

NIVEL SOCIO CULTURAL: Medio alto

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE: Hiperactivo.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Hiperplasia generalizada,

Aun toma biberón y toma periódicamente diazepam.

CUADRO GINGIVAL: Gingivitis generalizada

TRATAMIENTO GINGIVAL ESPECÍFICO:

Madre poco cooperativa, no quiere retirar el biberón, se le realiza tratamiento periodontal clásico periódicamente.

NOMBRE: R.V.

EDAD: 10 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante GRADO: 5º año primaria.

NIVEL SOCIO CULTURAL: Medio alto.

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE: Antecedentes de amigdalitis.

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: Respirador bucal, malposición
de dientes, higiene bucal pésima.

CUADRO GINGIVAL: Gingivitis generalizaa con agrandamiento
gingival marcado en segmentos anteriores su
perior e inferior.

TRATAMIENTO GINGIVAL ESPECIFICO:

Ya no existe el problema respiratorio (amigdalitis) su respiración bucal ya es habitual y su higiene bucal sigue siendo pésima se le practica tratamiento periodontal clásico.

NOMBRE: R.B.

EDAD: 7 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante GRADO: 2° año primaria

NIVEL SOCIO CULTURAL: Medio Alto.

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE: Presenta rinitis alérgica.

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: Respirador bucal, malposición incisivos centrales y laterales inferiores, paladar profundo,

CUADRO GINGIVAL: Gingivitis generalizada con agrandamientos gingival marcado en cuadrante anterior inferior.

TRATAMIENTO GINGIVAL ESPECIFICO:

Esta en tratamiento con el alergólogo.

Se colocó placa expansora superior, y barra lingual en inferior, se dió rutina de ejercicios de respiracion y se hace profilaxis cada 45 días.

NOMBRE: B.A.

EDAD: 9 años

SEXO: Femenino

GRADO: 4º año primaria.

NIVEL SOCIO CULTURAL: Medio alto.

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE: Desviación del tabique y sinusitis.

Gingivitis generalizada.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS: Respirador bucal, maloclusión provocada por hipoventilación.

CUADRO GINGIVAL: Gingivitis generalizada.

TRATAMIENTO GINGIVAL ESPECIFICO:

Se remitió al otorrinolaringólogo quien realizó el tratamiento quirúrgico.

Una vez dado de alta por el otorrino se colocó aparato rompehábitos. Resilla para lengua en superior y HH/Bomper en inferior.

Al mejorar su respiración y su higiene oral el problema desapareció 3 meses después.

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

En conclusión se vió a partir de este estudio que las enfermedades periodontales en niños con dentición mixta, siempre van asociadas a hábitos, malposición dental, aparatos ortodónticos; éstos aunados a una mala higiene y la poca cooperación tanto por parte del paciente como de los padres de familia;

Por lo tanto las enfermedades periodontales en niños rara vez se dan por un mal estado de salud general.

Se ha visto en este estudio que todos los pacientes ya retirado el agente causal, y con la cooperación de sus padres la enfermedad desaparece sin dejar secuelas de ninguna índole.

Siendo también de vital importancia la intervención del dentista para que en el futuro el paciente tenga una salud bucal excelente. Porque cuando el odontólogo proporciona un tratamiento temprano es más simple y produce resultados más previsibles y evita en los pacientes la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente, que en la edad adulta repercuten en la pérdida dentaria.

Por lo tanto el tratamiento gingival con sus etapas de motivación y enseñanza de cepillado, raspaje, y curetaje con anestesia, o aún la gingivoplastia de acuerdo con los requerimien-

tos del caso, juntamente con el pulido de las superficies dentales y los imprescindibles controles posteriores en los que se debe realizar profilaxis y reforzamiento de la motivación y método de cepillado, deben constituir etapas importantes del tratamiento integral odontológico de los niños para así tener buenos adultos con dentaduras muy sanas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Brahan Morris, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1984, Primera Edición, p.p. 647.
- 2.- Carranza Fermín, PERIODONCIA, Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, Primera Edición, p.p. 476. p.p. 341-372
- 3.- Finn Sidney, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Editorial Interamericana, México, D.F. 1982, Cuarta Edición, 613 + XV p.p. 253-271.
- 4.- Glickman Irving, PERIODONTOLOGIA CLINICA, Editorial Interamericana, México, D.F. 1978, p.p. 1073, p.p. 315-414 -758-782, Quinta Edición.
- 5.- Katz Simon, ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1975, Primera Edición p.p.451, p.p. 120-139.
- 6.- McDonaldRalph, ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina, 1971, Primera Edición, p.p. 533, p.p. 204-231.
- 7.- Ramfjord Sigurd, PERIODONTOLOGIA Y PERIODONCIA, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1982, Primera Edición, p.629,47-88 290-297.
- 8.- Ainamo, J. Mencionado en Carranza Fermín, p.p. 340 (2)
- 9.- Goldman, Mencionado en Ralph McDonald p.p. 204 (6)

10.- Zappler, Mencionado en Ralph McDonald, p.p. 204 (6)