

879522  
44  
29

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ENFERMEDADES PARODONTALES**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

**MARIA DE LA PAZ TERAN SILVA**



CHIHUAHUA, CHIH.,

TELIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# Í N D I C E

P Á G S.

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I PARODONTO EN SALUD.....	8
CAPÍTULO II ETIOLOGÍA.....	30
CAPÍTULO III ENFERMEDADES GINGIVALES.....	54
CAPÍTULO IV ENFERMEDADES PARODONTALES.....	80
CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	96

## INTRODUCCIÓN

EL TEMA QUE PRESENTO A CONTINUACIÓN ES CON EL FIN DE CONTRIBUIR A QUE EL CIRUJANO DENTISTA TANTO COMO EL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA LES PERMITAN DISPONER DE LOS CONOCIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, COMO PARTE INTEGRAL DE LA REHABILITACIÓN BUCODENTAL.

SÉ QUE ANTES DE EMPRENDER EL ESTUDIO DETALLADO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL, ES IMPORTANTE TENER UNA PERSPECTIVA ADECUADA RESPECTO AL PAPEL DE LA PARODONCIA EN EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA.

ES NECESARIO QUE SEAN COMPRENDIDOS A FONDO DIVERSOS TEMAS, EN ELLOS SE DESCRIBEN ENFERMEDADES QUE AFECTAN LOS ELEMENTOS DE SOSTÉN DEL DIENTE.

MI INTENCIÓN ES HACER NOTAR AL PRÁCTICO GENERAL LO QUE ES SABER IDENTIFICAR LA ENFERMEDAD PARA PROCEDER A UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO.

HE QUERIDO PRESENTAR ESTE TEMA CON LA MEJOR DISPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL CONTENIDO, ABRIGANDO LA ESPERANZA DE QUE SEA UN FOCO MÁS COMPRENSIBLE, TANTO PARA EL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA COMO PARA EL PROFESIONAL.

ES UN PRIVILEGIO PARA MI HABER REALIZADO ESTE PEQUEÑO COMPENDIO, YA QUE DURANTE MI AÑO DE SERVICIO SOCIAL-- PUEDE OBSERVAR BASTANTES PROBLEMAS PATOLÓGICOS QUE AFECTAN EL PARODONTO.

EL OBJETIVO DE ESTE TEMA NO ES EL DE APORTAR CONCEPTOS NUEVOS A LOS YA EXISTENTES, SINO QUE POR MEDIO DE LA LECTURA DE LOS DIVERSOS AUTORES, OBTENER UNA CONCLUSIÓN-- RAZONABLE EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO ASÍ COMO A LA PREVENCIÓN DEL PARODONTO.

## CAPÍTULO I

### PARODONTO EN SALUD.

ES NECESARIO COMPRENDER QUE EL PARODONTO ESTÁ SUJETO A VARIACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES DURANTE LA VIDA, POR LO TANTO MENCIONARÉ SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS, ANATÓMICAS, ASÍ COMO SU IRRIGACIÓN E INERVA---CIÓN DE CADA TEJIDO QUE COMPONE AL PARODONTO, SIENDO ESTO IMPORTANTE PARA DETECTAR LOS CAMBIOS MÁS INCIPIENTES PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD PARODONTAL Y ASÍ PROCEDER AL --TRATAMIENTO DE CUALQUIER ALTERACIÓN EN EL PARODONTO.

#### A) ENCÍA:

PARTE DE LA MUCOSA ORAL QUE CUBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES DE AMBOS MAXILARES Y RODEA EL CUELLO DE LOS DIENTES.

#### DIVISIÓN MORFOLÓGICA DE ENCÍA.

##### 1.- ENCÍA LIBRE O MARGINAL.

ES CONSIDERADA COMO LA PARTE CORONARIA DEL DIENTE, -

NO INSERTADA POR LO CUAL TIENE LA CAPACIDAD DE SER MÓVIL A TRAVÉS DE MEDIOS MECÁNICOS.

CLÍNICAMENTE LA ENCONTRAMOS DELIMITADA EN SU PORCIÓN INCISAL POR EL MARCEN GINGIVAL, Y EN DIRECCIÓN APICAL, SE CONTINÚA CON LA ENCÍA INSERTADA. LA SUPERFICIE INTERNA DE LA ENCÍA MARGINAL CONSTITUYE EL TAPIZ DEL SURCO GINGIVAL.

### 3.- ENCÍA PAPILAR.

ESTE TEJIDO SE ESTIENDE EN EL SECTOR INTERDENTARIO Y FORMA LAS PAPILAS GINGIVALES, QUE SON DE VITAL IMPORTANCIA CLÍNICA Y PATOLÓGICA, PORQUE EN MUCHAS OCASIONES NOS INDICAN LA EXISTENCIA DE ENFERMEDAD PARODONTAL.

EN LA PARTE ANTERIOR DE LA BOCA, SU FORMA ES PIRAMIDAL Y EN LA POSTERIOR ES DE CÚMULO ASIMILANDO LA FORMA DE TIENDA DE CAMPANA Y ADAPTÁNDOSE PERFECTAMENTE EN EL ÁREA DE CONTACTO INTERPROXIMAL, CONOCIDA TAMBIÉN CON EL NOMBRE DE COL O COLLADO, SIN EMBARGO, DONDE HAY DIASTEMAS NO SE FORMA EL TEJIDO INTERPROXIMAL COMO CRESTA, SINO QUE SE ORIGINA UN REBORDE ROND.

### 3.- ENCÍA INSERTADA.

ESTE TEJIDO ES LA CONTINUACIÓN DE LA ENCÍA MARGINAL, SIENDO FIRME Y ESTANDO ESTRECHAMENTE UNIDA A HUESO Y CEMENTO, LA PARTE VESTIBULAR DE ÉSTA ENCÍA SE EXTIENDE HASTA LA MUCOSA ALVEDOLAR ESTANDO SEPARADAS POR LA UNIÓN MUCO GINGIVAL Y POR LA LÍNEA DEL SURCO MARGINAL LIBRE.

PRESENTA UN ANCHO VARIABLE EN CADA PERSONA. RACIAL-LINGUAL TERMINA EN LA UNIÓN CON LA MUCOSA QUE RECUBRE ALSURCO SUBLINGUAL EN EL FISO DE BOCA, Y EN EL PALADAR SE ENCUENTRA UNIDA IMPERCEPTIBLEMENTE CON LA MUCOSA PALATINA SIENDO IGUAL DE FIRME Y RESISTENTE.

LA SUPERFICIE DE LA ENCÍA INSERTADA SE CARACTERIZA POR EL ASPECTO DE CÁSCARA DE NARANJA DEBIDO AL PUNTILLO-EXISTENTE, QUE PUEDE SER FINO O GUESO Y PUEDE VARIAR SEGÚN EDAD Y SEXO, ASÍ COMO DE UNA PERSONA A OTRA Y A LAS GRANES CANTIDAD DE PROTUBERANCIAS ESPARCIDAS EN TODA LA SUPERFICIE EPITELIAL QUE AYUDAN A LA TEXTURA DE LA ENCÍA.

### 4.- MUCOSA ALVEDOLAR.

ESTA MUCOSA BIPIERE DE LA ENCÍA INSERTADA EN LA ESTRUCTURA, FUNCIÓN Y COLOR, SIENDO MÓVIL Y TENIENDO UNA UNIÓN LAXA AL HUESO.



LA PIGMENTACIÓN DE LA MUCOSA ES FRECUENTE EN LOS NEGROS, INDÍAS, ETC., PUDIENDO SER GENERALIZADA O LOCALIZADA, ASÍ COMO DISTRIBUIDA UNIFORMEMENTE O SIN REGULARIDAD, VARIANDO DE UN COLOR LEVE A UNO INTENSO SIN QUE SE LLEGUE A CONFUNDIR CON ALTERACIONES DE CUALQUIER ENFERMEDAD PARODONTAL.

ADEMÁS DE HABER VARIACIÓN EN CUANTO AL COLOR DE UN PARDO CLARO AL NEGRO, LAS HAY TAMBIÉN EN CUANTO AL CONTOUR O MARGINAL, ESPESOR Y ALTEZA GINGIVAL, DEPENDIENDO DE LAS VARIACIONES DE FACTORES COMO:

- A) PRESENCIA DE DIÁSTEMAS.
- B) GRADO DE ERUPCIÓN.
- C) DIENTES AUSENTES
- D) POSICIÓN DE LOS DIENTES EN EL ARCO DENTARIO.

### 5.- SURCO MARGINAL LIBRE.

EN GRAN PARTE DE LOS CASOS, EL FONDO DEL SURCO GINGIVAL ESTA MARCADO EN LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA ENCÍA POR UN FINO SURCO QUE CORRE PARALELO AL MARGEN GINGIVAL Y DEMARCA EL LÍMITE ENTRE ENCÍA IMBENTADA Y LA ENCÍA LIBRE, -

DENOMINADO SURCO MARGINAL LIBRE.

6.- UNIÓN MUCOGINGIVAL.

LA ENCÍA INSERTADA SE ENCUENTRA DEMARCADA DE LA MUCOSA ALVEOLAR POR ESTA UNIÓN, ENCONTRÁNDOSE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE AMBOS MAXILARES Y ESTANDO SUJETA TAMBIÉN A VARIACIONES DE FORMA Y POSICIÓN.

7.- SURCO GINGIVAL.

LA PARED BLANDA DEL SURCO GINGIVAL ESTÁ FORMADA POR LA PARTE INTERNA DE LA ENCÍA MARGINAL, ENCONTRÁNDOSE UNIDA AL DIENTE POR LA ADHERENCIA EPITELIAL EN LA BASE DE ÉSTE SURCO, CUBIERTO POR EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, QUE SE EXTIENDE DESDE EL LÍMITE CORONARIO DE LA ADHERENCIA EPITELIAL HASTA LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL, ÉSTE EPITELIO ES IMPORTANTE PORQUE ACTÚA COMO UNA MEMBRANA SEMIPERMEABLE QUE A TRAVÉS DE ELLA PASAN HACIA LA ENCÍA PRODUCTOS BACTERIALES LESIVOS Y LÍQUIDOS TISULARES DE LA ENCÍA SE FILTRAN HACIA EL SURCO GINGIVAL.

8.- DEPRESIÓN GINGIVAL.

ESTA DEPRESIÓN SE FORMA POR DEBAJO DE LOS PUNTOS DE -

CONTACTO DE LA ENCÍA INTERDENTAL QUE FORMA LAS PAPILAS --  
GINGIVALES VISIBLES EN LA REGIÓN LINGUAL. ÉSTA DEPRE---  
SIÓN ES MENOS ACCESIBLE A LA LIMPIEZA; EL ESTANCAMIENTO Y  
LOS CAMBIOS INFLAMATORIOS SON MÁS GRAVES EN ESTA ZONA.

#### 9.- ADHERENCIA EPITELIAL

ES TEJIDO A MODO DE COLLAR. COMPUESTO POR EPITELIO --  
ESCAMOSO ESTRATIFICADO, QUE SE UNE AL ESMALTE DEL DIENTE--  
POR UNA MEMBRANA BASAL COMPUESTA DE UNA LÁMINA DENSA Y --  
OTRA LÚCIDA A LA CUAL SE LE ADHIEREN LOS HEMIDESMOSOMAS, --  
SIENDO ÉSTOS, AGRANDAMIENTOS DE LA CAPA INTERNA DE CÉLU--  
LAS EPITELIALES, ASÍ MISMO LA ADHERENCIA EPITELIAL ESTÁ--  
REFORZADA AL DIENTE POR FIBRAS GINGIVALES, QUE JUNTO CON--  
LA ADHERENCIA EPITELIAL SE CONSIDERAN COMO LA UNIDAD FUN--  
CIONAL DENOMINADA UNIÓN DENTOGINGIVAL.

#### 10.- FIBRAS GINGIVALES.

EL TEJIDO DE LA ENCÍA ES BENSAMENTE COLÁGENO, QUE --  
CONTIENE UN SISTEMA DE HACES DE FIBRAS COLÁGENAS LLAMADAS  
FIBRAS GINGIVALES, LAS CUALES MANTIENEN ADOSADA FIRMEMEN--  
TE A LA ENCÍA CONTRA EL DIENTE, PROPORCIONANDO RESISTEN--  
CIA PARA SOPORTAR LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN, USIENDO

A LA ENCÍA MARGINAL CON EL CEMENTO Y CON LA ENCÍA INSER-  
TADA, DISPONIÉNDOSE FUNCIONALMENTE EN:

a) GRUPO RECTOINGIVAL.

— ÉSTAS FIBRAS SE ESTIENDEN DESDE EL CEMENTO RADICU--  
LAR A NIVEL DEL CUELLO DEL DIENTE HASTA LA INSERCIÓN EPI-  
TELIAL Y SE DIRIGEN LATERAL Y COBONARIAMENTE HACIA LA LÁ-  
MINA PROPIA DE LA ENCÍA.

b) GRUPO CIRCULAR.

ESTE PEQUEÑO GRUPO DE FIBRAS RODEAN A LOS DIENTES -  
SIN QUE TENGAN UN LUGAR ESPECÍFICO DE INSERCIÓN.

c) GRUPO TRANSEPTAL.

SE EXTIENDE EN SENTIDO INTERPROXIMAL DEL CEMENTO DE  
UN DIENTE AL CEMENTO DEL OTRO, POR ARRIBA DE HUESO Y MAM  
TENIENDO LA ARMONÍA DE LA ENCÍA, YA QUE PROPORCIONA UN--  
ESTRECHO CONTACTO DE ÉSTA CON EL DIENTE.

d) GRUPO ALVEOLOINGIVAL.

ÉSTAS FIBRAS SE EXTIENDEN DESDE LA CRISTA ALVEOLAR-  
Y SE INSERTAN EN LA LÁMINA PROPIA DE LA ENCÍA.

•) GRUPO DENTOPERIÓSTICAS.

TANTO EN LA CABA VESTIBULAR COMO POR LA LINGUAL ---  
EXISTEN FIBRAS QUE VAN DESDE EL PERIOSTIO DEL HUESO AL---  
VEOLAR HASTA EL CEMENTO DEL DIENTE EN SU PARTE CERVICAL.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE ENCÍA.

SE COMPONE DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO Y UN---  
ESTROMA DE TEJIDO CONECTIVO, DIFERENCIÁNDOSE A SU VEZ EL  
EPITELIO EN CUATRO CAPAS QUE SON:

- 1.- CAPA O ESTRATO BASAL; SE ENCUENTRA FORMADO  
POR CÉLULAS DE FORMA CUBOIDAL.
- 2.- CAPA O ESTRATO ESPESOSO; ESTÁ FORMADO POR  
CÉLULAS DE FORMA POLIGONAL.
- 3.- CAPA O ESTRATO GRANULAR; ÉSTA CAPA SE EN---  
CUENTRA FORMADA POR MÚLTIPLES ESTRATOS DE  
CÉLULAS LIGERAMENTE APLANADAS CON GRANULOS  
DE QUERATINIALINA.
- 4.- CAPA O ESTRATO CÓRNEO; FORMADO TAMBIÉN POR  
CAPAS DE CÉLULAS UN POCO MÁS APLANADAS QUE  
EN LA CAPA GRANULAR.

LA MITÓSIS ES REALIZADA EN EL ESTRATO BASAL Y POSI-  
BLEMENTE EN LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CAPA ESPINOSA, ---  
CONSTITUYENDO ÉSTA ZONA EL ESTRATO GERMINATIVO, POR OTRA  
PARTE TENEMOS QUE EL EPITELIO ES AVASCULAR, TRANSLÚCIDO-  
Y QUE SE NUTRE POR DIFUSIÓN, ESPERIMENTANDO UNA RENOVACI-  
ÓN CONTINUA CADA VEINTICUATRO HORAS.

#### UNIÓN ENTRE CÉLULA Y CÉLULA DEL EPITELIO.

SE REALIZA MEDIANTE LOS DESMÓSOMAS, QUE A SU VEZ ES  
TÁN CONSTITUIDOS POR DOS PLACAS DE UNIÓN Y DESPUES DE ÉS-  
TAS, HAY UNA ESTRUCTURA LAMINAR COMPUESTA POR CUATRO CA-  
PAS SEPARADAS POR TRES MÁS, Y POR ENCIMA DE LAS PLACAS -  
DE UNIÓN SALEN EN FORMA DE PINCEL UNAS TONOFIBRILLAS HA-  
CIA EL CITOPLASMA CELULAR.

#### UNIÓN ENTRE EL EPITELIO Y EL TEJIDO CONECTIVO.

SE DA A TRAVÉS DE UNA LÁMINA BASAL, COMPUESTA POR--  
UNA CAPA BASSA Y OTRA LÓCIDA, UNIÉNDOSE AL TEJIDO CONEC-  
TIVO POR MEDIO DE LOS HEMIDESMÓSOMAS, QUE SI ANTES YA --  
DESCRIBIMOS LA ESTRUCTURA DE UN DESMÓSOMA, SE COMPRENDE-  
RA QUE EL HEMIDESMÓSOMA ES LA MITAD DE UNO DE LOS YA DES-  
CRITOS.

### TEJIDO CONECTIVO.

ES BENSAMENTE COLÁGENO CON POCAS FIBRAS ELÁSTICAS.-  
FORMADO POR DOS CAPAS, UNA PAPILAR QUE CONTIENE PROTEC--  
CIONES PAPILARES ENTRE LOS BROTES EPITELIALES Y UNA RETI-  
CELAR CONTIGUA AL PERIOSTIO DEL HUESO ALVEOLAR.

### CARACTERÍSTICAS NORMALES DE ESCLÍA.

- 1.- COLOR; PUEDE SER ROSA PÁLIDO, PERO VARÍA -  
SEGÚN EL GRADO DE IRRIGACIÓN, QUERATINIZA-  
CIÓN EPITELIAL, PIGMENTACIÓN Y ESPESOR DEL  
EPITELIO.
- 2.- CONTORNO PAPILAR; LAS PAPILAS DEBEN DE LLE-  
NAR LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES HASTA EL-  
PUNTO DE CONTACTO.
- 3.- CONTORNO MARGINAL; EN ESTA ZONA, LA ESCLÍA-  
DEBE AFINARSE HACIA LA CORONA Y TERMINAR -  
EN BORDE DELGADO CON SENTIDO MESIO-DISTAL-  
DEBIENDO TENER FORMA FESTONEADA LOS MÁRGE-  
NES MINGIVALES.
- 4.- TEXTURA; ESTÉ DADA PRINCIPALMENTE POR DI--  
VERSOS GRADOS DE PUNTILLO EN LAS SUPERFI-

CURS VESTIBULARES DE LA ENCÍA INSERTADA, --  
DESCRITA EN OCASIONES COMO ASPECTO DE CÁSCA  
RA DE NARANJA.

### IRRIGACIÓN E INERVACIÓN.

- 1.- ARTERIOLAS SUPRAPERIÓSTICAS; IRRIGAN TODA-  
LA SUPERFICIE VESTIBULAR, ASÍ COMO TAMBIÉN  
LA LINGUAL DEL HUESO ALVEOLAR.
- 2.- VASOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL; SE EXTIEN-  
DEN HACIA LA ENCÍA, ANASTOMOSÁNDOSE LOS CA-  
PILARES EN LA ZONA DEL SURCO.
- 3.- ARTERIOLAS DE LA CRESTA ALVEOLAR; DEL TABI-  
QUÉ INTERDENTARIO SE EXTIENDEN PARALELOS A  
LA CRESTA ÓSEA, PARA ANASTOMOSARSE CON VA-  
SOS SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR.

EL DRENAJE LINFÁTICO EMPIEZA A REALIZARSE EN LOS --  
LINFÁTICOS DE LOS CAPILARES DEL TEJIDO CONECTIVO, AVAN-  
ZANDO HACIA LA RED COLECTORA Y DESPUÉS HACIA LOS NÓDULOS  
LINFÁTICOS REGIONALES.

LA INERVACIÓN DADA POR LAS FIBRAS QUE NACEN EN LOS-  
NERVIOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL Y DE LOS NERVIOS LABIAL,



BUCAL Y PALATINO.

B) LIGAMENTO PARODONTAL.

ES LA ESTRUCTURA DE TEJIDO CONECTIVO QUE RODEA A LA RAIZ Y LA UNE AL HUESO, SIENDO LA FUNCIÓN PRINCIPAL DEL LIGAMENTO LA DE MANTENER AL DIENTE EN EL ALVÉOLO, CONSIGUIENDO ASÍ UNA RELACIÓN FISIOLÓGICA ENTRE EL CEMENTO Y HUESO, EL LIGAMENTO PARODONTAL TIENE ADÉMÁS PROPIEDADES-NUTRITIVAS, DEFENSIVAS Y SENSORIALES.

EL ORIGEN DEL LIGAMENTO ES DEL MESÉNQUIMA QUE RODEA AL PRIMORDIO DENTAL (VAJINA DE HERTWIG).

TANTO DEL HUESO COMO DEL CEMENTO, SE DESARROLLAN FIBRAS ALVEOLARES Y CEMENTARIAS HABIENDO ENTRE ELLAS Y PARALELAS AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE OTRAS FIBRAS COLÁGENAS LAXAS QUE CONFORME AUMENTAN EN NÚMERO Y TAMAÑO LAS FIBRAS ALVEOLARES SE RAMIFICAN EN LOS EXTREMOS AL IGUAL QUE LAS CEMENTARIAS HASTA QUE PARECEN UNIRSE, ORIGINANDO ASÍ UN PLEXO INTERMEDIO QUE CUANDO ESTÁ EN FUNCIÓN EL DIENTE, ÉSTAS FIBRAS SE ENSANCHAN Y SON CONTINUAS ENTRE HUESO Y CEMENTO DESAPARECIENDO ESTE PLEXO INTERMEDIO.

SE LE DENOMINA FIBRAS DE SHARPEY, A LOS EXTREMOS DE LAS FIBRAS PRINCIPALES QUE SE INSERTAN EN EL CEMENTO Y--  
HUESO.

FIBRAS PRINCIPALES DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

- 1.- GINGIVALES LIBRES; ESTE GRUPO DE FIBRAS VAN A -  
PARTIR DEL CEMENTO HACIA LA ENCLÍA MARGINAL O LI-  
BRE, MANTENIENDO UNA ESTABILIDAD EN LA MISMA. -  
ANTE ALGÚN FACTOR MECÁNICO COMO PUEDE SER EL --  
AIRE QUE PERHETE QUE SE SEPARA DEL DIENTE 1.3mm.
- 2.- TRANSEPTALES; SE EXTIENDEN INTERPROXIMALMENTE -  
SOBRE LA CRESTA ALVEOLAR Y SE INCLUYEN EN EL CE  
MENTO DE DIENTES VECINOS, SU FUNCIÓN MÁS IMPOR-  
TANTE ES LA DE NO MANTENER CHOQUES O ROSAS COS-  
TINUDOS QUE SE PRESENTEN ENTRE ÉSTAS PIEZAS. Es  
TAS FIBRAS TRANSEPTALES CONSTITUYEN UN HALLAZGO  
NOTABLEMENTE CONSTANTE. SE RECONSTRUYEN INCLIA-  
SO UNA VEZ PRODUCIDA LA DESTRUCCIÓN DEL HUESO -  
ALVEOLAR EN LA ENFERMEDAD PARODONTAL.
- 3.- CRESTO ALVEOLARES; SE EXTIENDEN EN FORMA DE ARA  
NICO DESDE EL CEMENTO, POR DEBAJO DE LA AMEREX  
CIA EPITELIAL HASTA LA CRESTA ALVEOLAR, AYUDANDO

A RESISTIR LOS MOVIMIENTOS LATERALES DEL DIENTE.

- 4.- HORIZONTALES; SE EXTIENDEN EN ÁNGULO RECTO RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE, DIRIGIENDO SE DEL CEMENTO AL HUESO ALVEOLAR, SIENDO SU FUNCIÓN LA DE EQUILIBRAR EL EMPUJE CORONARIO DE LAS FIBRAS MÁS APICALES.
- 5.- OBLICUAS; SON LAS MÁS NUMEROSAS, Y VAN DEL CEMENTO RADICULAR EN DIRECCIÓN CORONARIA Y SENTIDO OBLICUO AL HUESO, SOPORTANDO LAS FUERZAS MASTICATORIAS PARA TRANSFORMARLAS EN TENSIÓN SOBRE EL HUESO ALVEOLAR.
- 6.- APICALES; SE ABREN EN FORMA DE ABANICO DESDE EL CEMENTO RADICULAR A NIVEL DEL ÁPICE DEL DIENTE-- HACIA EL HUESO.

#### FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

FÍSICAS: DENTRO DE ÉSTA FUNCIÓN, TENEMOS LA RESISTENCIA AL IMPACTO DE LA FUERZA OCLUSAL, QUE SEGÚN PARFITT NO ES EL LIGAMENTO PARODONTAL QUIEN LAS RESISTE, SINO CUATRO SISTEMAS DE ÉSTE, QUE SON:

- a) SISTEMA VASCULAR; AMORTIGUA EL CHOQUE, ABSORBIENDO LAS TENSIONES DE LAS FUERZAS OCLUSALES BRUSCAS.
- b) SISTEMA HIDRODINAMICO; SON LÍQUIDOS QUE TANTO DEL TEJIDO COMO DE PEQUEÑOS VASOS, PASAN A TRAVÉS DE AGUJEROS ALVEOLARES RESISTIENDO FUERZAS AXIALES.
- c) SISTEMA DE NIVELACIÓN; ESTÁ RELACIONADO ESTRECHAMENTE CON EL HIDRODINÁMICO, CONTROLANDO EL NIVEL DEL DIENTE EN EL ALVÉOLO.
- d) SISTEMA RESILIENTE; PERMITE QUE EL DIENTE TOMÉ SU POSICIÓN NORMAL DESPUÉS QUE CEGAN LAS FUERZAS --- OCLUSALES.

OTRA FUNCIÓN ES, LA TRANSMISIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES AL HUESO. LA DISPOSICIÓN DE LAS FIBRAS PERMITE -- ASIMILAR CUALQUIER FUERZA EJERCIDA, ORIGINANDO UNA TENDENCIA EL DESPLAZAMIENTO DE LA RAÍZ DENTRO DEL ALVÉOLO, YA-- QUE EL DIENTE PUEDE GIRAR SOBRE UN EJE, CAMBIANDO A MEDIDA QUE LA FUERZA AUMENTA, ASÍ TENEMOS QUE LA PARTE APICAL DE LA RAÍZ SE MUEVE EN DIRECCIÓN OPUESTA A LA POSICIÓN CORONARIA, YA QUE ESTE DESPLAZAMIENTO ORIGINA UNA DEFORMACIÓN CONCOMITANTE AL HUESO.

FUNCIÓN ESTRUCTURAL Y OCLUSAL DEL LIGAMENTO; TANTO EL DIENTE DEPENDE DEL LIGAMENTO PARA SOMETERLO A SU FUNCIÓN, COMO TAMBIÉN DEL ESTÍMULO QUE PROPORCIONE LA FUNCIÓN OCLUSAL AL MISMO PARA PODER CONSERVAR SU ESTRUCTURA, YA QUE SI NO EXISTE ESTA FUNCIÓN O AL DISMINUIR, EL LIGAMENTO PARODONTAL SE ATROFIARÍA.

FORMATIVA; EN ESTA FUNCIÓN INTERVIENE EL LIGAMENTO COMO PERIODONTO TANTO PARA EL CEMENTO COMO PARA EL HUESO, ESTIMULÁNDOLO DURANTE LOS MOVIMIENTOS FISIOLÓGICOS DEL DIENTE, PARA QUE LAS CÉLULAS MESENCIMATOSAS INDIFERENCIALES REEMPLAZANDO A OTRAS CÉLULAS, DEN ORIGEN A LA FORMACIÓN DE HUESO O CEMENTO SEGÚN EL RITMO DE LA ERUPCIÓN.

NUTRICIONAL; EL LIGAMENTO PROVEE TANTO A ENCÍA, HUESO Y CEMENTO DE ELEMENTOS NUTRITIVOS MEDIANTE VASOS SANGUÍNEOS, PROPORCIONANDO TAMBIÉN EL DRENAJE LINFÁTICO.

SENSORIALES; ESTÁ DADA A TRAVÉS DEL LIGAMENTO PARODONTAL, EL CUAL DETECTA FUERZAS EXTRAÑAS QUE ACTÚAN SOBRE LOS DIENTES, DESEMPEÑANDO UN PAPEL IMPORTANTE EN EL MECANISMO QUE CONTROLA LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

### IRRIGACIÓN.

DADA POR RAMAS DE LAS ARTERIAS ALVEOLARES, QUE PENETRAN EN LOS TABIQUES INTERDENTARIOS POR LOS CANALES NUTRICIONALES Y OTRAS RAMAS QUE LLEGAN DESDE LA ENCLÍA HASTA EL LIGAMENTO PARODONTAL.

### INERVACIÓN.

POR RACES DE TRIGÉMINO, QUE PASAN AL LIGAMENTO DESPUÉS DE EL ÁREA PERIAPICAL A TRAVÉS DE CANALES DEL HUESO ALVEOLAR.

### C) CEMENTO RADICLAR.

TEJIDO CONECTIVO CALCIFICADO QUE CUBRE LA RAIZ ANATÓMICA DEL DIENTE, TENIENDO COMO FUNCIÓN FIJAR LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL AL DIENTE.

FORMACIÓN; DURANTE LA FORMACIÓN DE LA RAIZ, LA VAJINA EPITELIAL DE HERZMIG ES PERFORADA POR PRECEDENTOBLASTOS, QUE DEPOSITAN CERCA DE LA DENTINA LA PRIMERA TAPA DE CEMENTO, CONVIRTIÉNDOSE ASÍ EN CEMENTOBLASTOS FUNCIONALES.

POR OTRA PARTE, EL CEMENTO SIGUE FORMÁNDOSE MEDIANTE

EL DEPÓSITO SUCESIVO DE NUEVAS CAPAS DE CEMENTO.

CEMENTO CELULAR Y ACELULAR.

AL QUEDAR COMPLETAMENTE FORRADA LA RAIZ, LA CEMENTO-  
GÉNESIS INICIAL CONCLUYE, SIENDO ACELULAR EL CEMENTO QUE-  
PRIMERAMENTE ES DEPOSITADO Y RELATIVAMENTE AFIBRILAR.

LOS DEPÓSITOS SECUNDARIOS SOBRE LA CAPA PRIMARIA SE-  
DENOMINA CEMENTO CELULAR, FORMANDO VARIAS CAPAS Y ENCON--  
TRANDOSE PRINCIPALMENTE EN EL TERCIO APICAL DE LA RAIZ.--  
MIENTRAS QUE LA ACELULAR SE FORMA EN LOS TERCIOS RESTAN--  
TES CORONARIOS.

LA SUPERFICIE DEL CEMENTO CELULAR ESTÁ CUBIERTA POR-  
UNA CAPA DE FORMACIÓN RECIENTE Y NO CALCIFICADA Y QUE A -  
SU VEZ ES CUBIERTA ÉSTA CAPA POR OTRA DENOMINADA CEMENTOJ  
DE.

CEMENTOCITOS.

SE LOCALIZAN EN EL CEMENTO DE TIPO CELULAR, EN LAQU-  
NAS SEMEJANTES A LOS OSTEOCITOS EN EL HUESO.

ASÍ COMO EN EL HUESO, EL CEMENTO CONTIENE FIBRAS COLÁGENA Y DE HIDROXIAPATITA, ORIGINADOS POR DEPÓSITOS INTERMITENTES AUNQUE CONTINUOS DE NUEVAS CAPAS DE CEMENTO.

COMO YA MENCIONÉ, LOS HACES DE FIBRAS COLÁGENA DEL LIGAMENTO PARODONTAL QUE PENETRAN AL CEMENTO, SE LLAMAN FIBRAS DE SHARPEY, VARIANDO EL NÚMERO Y EL DIÁMETRO EN ÉSTAS FIBRAS SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL Y LA SALUD DEL DIENTE, HABIENDO DIFERENCIAS QUÍMICAS ENTRE LAS FIBRAS DE SHARPEY DEL HUESO Y DEL CEMENTO, YA QUE ÉSTAS ÚLTIMAS ESTAN CALCIFICADAS, MIENTRAS QUE LAS DEL HUESO NO LO ESTÁN.

#### IRRIGACIÓN.

ESTÁ DADA A TRAVÉS DEL LIGAMENTO PARODONTAL, YA QUE EL CEMENTO ES AVASCULAR.

#### el HUESO ALVEOLAR.

ES LA PARTE DEL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR, QUE FORMA Y SOSTIENE A LOS DIENTES, DIVIDIÉNDOSE EN HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO Y HUESO DE SOPORTE.



HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO.

ES UNA LÁMINA DELGADA DE HUESO, QUE RODEA A LAS RAÍCES INSERTÁNDOSE EN ELLA FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

HUESO DE SOPORTE.

ES EL HUESO QUE RODEA A LA CORTICAL ÓSEA ALVÉOLAR DIVIDIÉNDOSE EN: PLACAS CORTICALES COMPACTAS, TANTO LA VESTIBULAR COMO LA LINGUAL Y HUESO ESPONJOSO, QUE SE HALLA ENTRE ÉSTAS PLACAS Y EL HUESO ALVÉOLAR PROPIAMENTE DICHO.

LA LÁMINA DURA O CORTICAL Y LÁMINA CRIBIFORME, RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA COMO UNA LÁMINA OPACA, ESTANDO PERFORADA Y A TRAVÉS DE ÉSTOS CRIFICIOS PASAN VASOS Y NERVIOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL. TAMBIÉN SE LE DENOMINA LÁMINA CRIBIFORME DEBIDO A ÉSTAS PERFORACIONES.

LA FORMA DE LA CRESTA ALVÉOLAR EN CONDICIONES NORMALES DEPENDE DE:

- 1) CONTORNO DEL ESMALTE Y ANCHO DEL ESPACIO INTERDENTAL.
- 2) GRADO DE EXTRUSIÓN O INTRUSIÓN DEL DIENTE.

- 3) MESIALIZACIÓN O DISTALIZACIÓN DE LOS DIENTES.
- 4) EL ANCHO DE LOS DIENTES.
- 5) FORMA DE LA UNIÓN CEMENTO-ESMALTE.

LA CORTICAL EXTERNA ES MÁS DENSA EN EL MAXILAR INFERIOR QUE EN EL SUPERIOR, DEBIDO A QUE EN EL INFERIOR HAY MENOS CANTIDAD DE HUESO ESPONJOSO Y QUE ÉSTE HUESO ESTÁ FORMADO POR TRABÍCULAS O VIGAS ÓSEAS LLENAS DE MÉDULA -- ÓSEA, TAMBIÉN LLAMADOS ESPACIOS MEDULARES, SIENDO DE TEJIDO HEMATOPATÉTICO QUE CON LA EDAD SE ATROFIA Y SE TRANSFORMA EN UNA MÉDULA ÓSEA AMARILLENTE.

POR LA PARTE INTERNA DE LAS CORTICALES EL HUESO ESTÁ CUBIERTO POR UN TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO LLAMADO PERIOSTIO EN EL QUE HAY CÉLULAS FORMADORAS DE HUESO.

#### CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DEL HUESO.

ES TEJIDO CONJUNTIVO CALCIFICADO, FORMADO A PARTIR DE UNAS CÉLULAS MADRES LLAMADAS OSTEOGENAS Y QUE SE COMIENZAN TAMBIÉN COMO OSTEOBLASTOS, LOS CUALES SECRETAN UNA MATRIZ ORGÁNICA INTERCELULAR, QUE AL IRLA SECRETANDO DAN

ORIGEN A UNOS PEQUEÑOS CANALÍCULOS DENTRO DE LOS CUALES-  
VAN LAS PROLONGACIONES CITOPLASMÁTICAS DE LOS OSTEOLAS-  
TOS, QUE AL ENCONTRARSE ROBEADOS DE LA SUSTANCIA SE DE-  
NOMINAN OSTEOCITOS, Y AL CONJUNTO DE CANALÍCULOS SE LES-  
LLAMA SISTEMA HAYERSIANO.

## CAPÍTULO II

### ETIOLOGÍA

LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL HAN SIDO CLASIFICADOS EN LOCALES Y SISTÉMICOS, AUNQUE SUS EFECTOS ESTÁN INTERRELACIONADOS, TA QUE EL EFECTO DE LOS-IRITANTES LOCALES PUEDEN SER AGRAVADOS NOTABLEMENTE POR-ESTADOS SISTÉMICOS DESFAVORABLES.

#### A) FACTORES LOCALES.

SON LOS QUE SE HALLAN EN EL MEDIO AMBIENTE INMEDIATO DEL PARODONTO Y CAUSAN INFLAMACIÓN, PRINCIPAL MECANISMO-PATOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL.

##### 1.- PLACA BACTERIANA.

EN PEQUEÑAS CANTIDADES, LA PLACA NO ES VISIBLE CLÍNICAMENTE SALVO QUE SEA TEBIDA POR SOLUCIONES REVELANTES -- (COMPRIMIDOS). A MEDIDA QUE SE ACUMULA SE CONVIERTE EN-UNA MASA GLOBULAR VISIBLE, CUYO COLOR VARÍA DEL GRIS AMA-

RELLENTO AL AMARILLO.

APARECE EN SECTORES SUPRAGINGIVALES, EN SU MAYOR PARTE SOBRE EL TERCIO GINGIVAL DE LOS DIENTES, SUBGINGIVAMENTE APARECE EN GRIETAS, DEFECTOS, RUGOSIDADES Y MÁRGENES DESBORDANTES DE RESTAURACIONES DENTALES.

LA FORMACIÓN DE PLACA SUPRAGINGIVAL COMIENZA POR LA ADHESIÓN DE LAS BACTERIAS A LA PELÍCULA ADQUIRIDA O LA SUPERFICIE DENTAL.

CANTIDADES MENSURABLES DE PLACA SE PRODUCEN DENTRO DE UNA HORA UNA VEZ LIMPIADO A FONDO EL DIENTE, Y LA ACUMULACIÓN MÁXIMA SE ALCANZA APROXIMADAMENTE A LOS 30 DÍAS O MEJOS.

LA PLACA DENTAL NO ES UN RESIDUO DE ALIMENTOS, ÉSTASE FORMA CON MAYOR RAPIDEZ DURANTE EL SUEÑO, CUANDO NO SE INSIEREN ALIMENTOS, QUE DESPUÉS DE LAS COMIDAS.

#### COMPOSICIÓN DE LA PLACA DENTAL.

CONSISTE PRINCIPALMENTE EN MICROORGANISMOS PROLIFERANTES, CÉLULAS EPITELIALES, LEUCOCITOS Y MACRÓFAGOS, SÓ-

LÍPIDOS ORGÁNICOS E INORGÁNICOS Y AGUA. LAS BACTERIAS ---  
CONSTITUYEN APROXIMADAMENTE 70% DEL MATERIAL SÓLIDO Y EL-  
RESTO ES MATRIZ INTERCELULAR.

#### CONTENIDO ORGÁNICO.

CONSISTE EN UN COMPLEJO DE POLISACÁRIDOS Y PROTEÍNAS  
CUYOS COMPONENTES PRINCIPALES SON CARBOHIDRATOS Y PROTEI-  
NAS, APROXIMADAMENTE 30% DE CADA UNO, Y LÍPIDOS, ALREDE-  
DOR DE 15%; EL RESTO DE LOS COMPONENTES REPRESENTAN PRO-  
DUCTOS EXTRACELULARES DE LAS BACTERIAS DE LA PLACA.

#### CONTENIDO INORGÁNICO.

LOS COMPONENTES INORGÁNICOS DE LA PLACA SON: CALCIO-  
Y FÓSFORO, CON PEQUEÑAS CANTIDADES DE MAGNESIO, POTASIO Y  
SODIO.

#### 2.- MATERIA ALBA.

ES UNA CAPA BACTERIANA ADQUIRIDA, DEPÓSITO AMARILLO-  
SO O BLANCO CRISÁLIDO BLANDO Y PEGAJOSO ALGO MENOS ADHESI-  
VO QUE LA PLACA DENTAL, ÉSTA SE VE CLARAMENTE SIN LA UTI-  
LIZACIÓN DE SUSTANCIAS REVELANTES.

ES UNA CONCENTRACIÓN DE MICROORGANISMOS, CÉLULAS EPI-  
TELIALES DESCAMADAS, LEUCOCITOS Y UNA MEZCLA DE PROTEÍNAS-  
Y LÍPIDOS SALIVALES CON POCAS PARTÍCULAS DE ALIMENTOS O --  
NINGUNA.

SE DEPOSITA SOBRE SUPERFICIES DENTALES; TERCIO GINGI-  
VAL DE LOS DIENTES, RESTAURACIONES, CÁLCULOS, DIENTES EN -  
MAL POSICIÓN Y ENCÍA.

LA MATERIA ALBA SE PUEDE FORMAR EN POCAS HORAS SOBRE-  
DIENTES PREVIAMENTE LIMPIADOS Y EN PERÍODOS EN QUE NO SE -  
HAN INGERIDO ALIMENTOS. ES POSIBLE QUITARLA MEDIANTE UN---  
CHORO DE AGUA, PERO SE PRECISA DE LA LIMPIEZA MECÁNICA PA  
RA ASEGURAR SU COMPLETA REMOCIÓN.

EL EFECTO IRRITATIVO DE LA MATERIA ALBA SOBRE LA ES--  
CÍA PROBABLEMENTE NACE DE LAS BACTERIAS Y SUS PRODUCTOS.

### 3.- CÁLCULO.

AUNQUE SE HA DEMOSTRADO QUE LOS RECUBRIMIENTOS BACTE-  
RIANOS ADQUIRIDOS (PLACA Y MATERIA ALBA) SON LOS PRINCIPA-  
LES FACTORES DE LA INICIACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARODON-

TALES, LA PRESENCIA DE CÁLCULOS ES DE GRAN INTERÉS PARA EL CLÍNICO.

EL CÁLCULO ESTÁ SIEMPRE CUBIERTO POR LA PLACA, DE MO-  
DO QUE SU IMPORTANCIA SE DEBE A SU RELACIÓN CON LAS BACTE-  
RIAS DE LA PLACA Y SUS PRODUCTOS.

SE LE DENOMINA TAMBIÉN TÁRTARO O SARRO QUE SE ACUMULA  
SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES, Y QUE SE CONVIERTE, SI  
SE LE DEJA AHÍ, EN UNA COCINA PÉTREA DE VOLUMEN MÁS O ME-  
NOS CONSIDERABLE.

CUANDO HAY CÁLCULOS LOS TEJIDOS GINGIVALES ESTÁN IN-  
FLAMADOS Y CUANDO LOS HAY EN LESIONES SUBGINGIVALES PROFUN-  
DAS, EL POTENCIAL DE REPARACIÓN Y REINSERCIÓN ES VIRTUAL-  
MENTE INEXISTENTE.

#### CÁLCULO SUPRACINGIVAL Y SUBCINGIVAL.

EL CÁLCULO ES UNA MASA ADHERENTE, CALCIFICADA O EN --  
CALCIFICACIÓN, QUE SE FORMA SOBRE LA SUPERFICIE DE DIENTES  
NATURALES Y PRÓTESIS DENTALES. SE COMPONE DE PLACA BACTE-  
RIANA MINERALIZADA.



CÁLCULO SUPRAGINGIVAL. - (CÁLCULO VISIBLE).

SE REFIERE AL CÁLCULO CORONARIO A LA CRESTA DEL MARGEN GINGIVAL Y VISIBLE EN LA CAVIDAD BUCAL. POR LO GENERAL ES BLANCO O BLANCO AMARILLENTO, DE CONSISTENCIA DURA, ARCILLOSA, Y SE LE DESPRENDE CON FACILIDAD DE LA SUPERFICIE DENTAL.

EL COLOR ES MODIFICADO POR FACTORES COMO EL TABACO O PIGMENTOS DE ALIMENTOS. PUEDE LOCALIZARSE EN UN SOLO DIENTE O EN UN GRUPO DE DIENTES, O ESTAR GENERALIZADO POR TODA LA BOCA.

EL CÁLCULO SUPRAGINGIVAL APARECE CON MAJOR FRECUENCIA Y EN CANTIDADES MAS ABUNDANTES, EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES DE LOS MOLARES SUPERIORES QUE ESTÁN FRANTE AL CONDUCTO DE STENSEN, LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS DIENTES ANTERIORES QUE ESTÁN FRANTE AL CONDUCTO DE WHARTON, Y MÁS EN INCISIVOS CENTRALES QUE EN LATERALES.

CÁLCULO SUBGINGIVAL.

SE ENCUENTRA DEBAJO DE LA CRESTA DE LA ENCÍA MARGINAL POR LO COMÚN EN BOLSA PARODONTALES, Y QUE NO ES VISIBLE--

DURANTE EL EXAMEN BUCAL.

LA LOCALIZACIÓN Y EXTENSIÓN DE LOS CÁLCULOS SUBGINGIVALES EXIGE EL SOMERO CUIDADOSO CON UN EXPLORADOR, SUELE SER DENSO Y DURO, PARDO OSCURO O VERDE NEGROZCO, DE CONSISTENCIA PÉTREA Y UNIDO CON FIRMEZA A LA SUPERFICIE DENTAL.

POR LO GENERAL, LOS CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y LOS SUBGINGIVALES SE PRESENTAN JUNTOS, PERO PUEDE ESTAR UNO SIN OTRO, TAMBIÉN SE HA DENOMINADO AL CÁLCULO SUPRAGINGIVAL COMO SALIVAL Y AL CÁLCULO SUBGINGIVAL COMO SÉRICO, BASÁNDOSE EN LA DISPOSICIÓN DE QUE, EL PRIMERO DERIVA DE LA SALIVA Y EL ÚLTIMO DEL SUERO SANGUÍNEO.

LOS CÁLCULOS SUPRA Y SUBGINGIVALES POR LO GENERAL APARECEN EN LA ADOLESCENCIA Y AUMENTAN CON LA EDAD. EL TIPO SUPRAGINGIVAL ES MÁS COMÚN.

#### 4.- HALA ODONTOLÓGICA.

LAS RESTAURACIONES DENTALES Y LAS PRÓTESIS MAL HECHAS SON CAUSAS COMUNES DE INFLAMACIÓN GINGIVAL Y DESTRUCCIÓN PARODONTAL. LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES INADECUADOS TAM-

SIÓN PUEDEN LESIONAR LOS TEJIDOS PARODONTALES.

a) MÁRGENES DE RESTAURACIONES: LOS MÁRGENES DESORDENADOS PROPORCIONAN LOS LOCARES IDEALES PARA LA MULTIPLICACIÓN DE BACTERIAS. TAMBIÉN SE HA DEMOSTRADO QUE HASTA -- RESTAURACIONES DE ALTA CALIDAD, SI SE COLOCAN DEBAJO DE LA ENCÍA, ACRESCENTARÁN LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y LA INFLAMACIÓN GINGIVAL.

b) CONTORNOS: LAS CORONAS Y RESTAURACIONES SOBRE CONTORNADAS TIENDEN A ACUMULAR PLACA Y POSIBLEMENTE EVITAN -- LOS MECANISMOS DE AUTOLIMPIEZA DE LOS CARILLOS, LABIOS Y LENGUA ADYACENTES. CONTACTOS PROXIMALES INADECUADOS O -- MAL LOCALIZADOS, Y EL NO REPRODUCE LA ANATOMÍA PROTECTORA NORMAL DE LOS REBORDES MARGINALES Y SURCOS DE DESARROLLO -- OCLUSALES CONDUCE AL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

c) CONCLUSIÓN: LAS RESTAURACIONES QUE NO CONCORDAN -- CON LOS PATRONES OCLUSALES DE LA BOCA CAUSAN DESARMONÍAS -- OCLUSALES QUE PUEDEN SER LESIVOS PARA LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE.

d) MATERIALES: LOS MATERIALES DE RESTAURACIÓN NO

SON LESIVOS POR SÍ SOLOS PARA LOS TEJIDOS PARODONTALES. -  
UNA EXCEPCIÓN SON LOS ACRÍLICOS DE AUTOCURADO.

LA CAPACIDAD DE RETENCIÓN DE PLACA DIFIERE SEGÚN EL  
MATERIAL DE RESTAURACIÓN, PERO TODOS PUEDEN SER LIMPIADOS  
ADECUADAMENTE SI SE PULEN Y SON ACCESIBLES AL CEPILLADO.

o) PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES: OCASIONAN UN AU-  
MENTO DE LA MOVILIDAD DE LOS DIENTES FILARES, INFLAMA-  
CIÓN GINGIVAL Y FORMACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES, CUANDO  
ÉSTAS NO SE ENCUENTRAN BIEN ADAPTADAS Y NO HAY UN CON-  
TROL REGULAR DE HIGIENE BUCAL.

f) PROCEDIMIENTOS DENTALES: EL USO DE DIQUES DE CO-  
BRE, BANDAS DE COBRE, MATRICES Y DISCOS DE MANERA TAL QUE  
LACEREN LA ENCÍA PRODUCE GRADOS VARIABLES DE INFLAMACIÓN.

### 5.- ENPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

EL ENPAQUETAMIENTO DE COMIDA ES LA AGSIÓN FORZA-  
DA DE ALIMENTOS EN EL PARODONTO, POR LAS FUERZAS OCLUSA-  
LES. SE PRODUCE EN SECTORES INTERPROXIMALES O EN SUPER-  
FICIES DENTALES VESTIBULARES O LINGUALES.

EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA ES UNA CAUSA MUY COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODONTAL. CON DEMASIADA FRECUENCIA EL HECHO DE NO RECONOCER Y SOLUCIONAR ORIGINA -- QUE EL TRATAMIENTO DE UN CASO DE ENFERMEDAD PARODONTAL - SEA POCO SATISFACTORIO.

#### 6.- RESPIRACIÓN BUCAL.

ES FRECUENTE VER GINGIVITIS ASOCIADA CON RESPIRACIÓN BUCAL. SU EFECTO ES ATRIBUIDO A IRRITACIÓN POR DESHIDRATACIÓN DE LA SUPERFICIE. LAS ALTERACIONES GINGIVALES-- INCLUYEN ERITEMA, EDEMA, AGRANDAMIENTO Y UN BRILLO SUPERFICIAL DIFUSO EN LAS ÁREAS EXPUESTAS.

LA RESPIRACIÓN BUCAL NO TIENE EFECTO SOBRE LA PREVALENCIA O EXTENSIÓN DE LA GINGIVITIS, EXCEPTO EN PACIENTES CON CÁLCULOS CONSIDERABLES: LOS RESPIRADORES BUCALES TIENEN GINGIVITIS MÁS GRAVE QUE LOS NO RESPIRADORES BUCALES CON ÍNDICES DE PLACA. SIMILARES: NO HAY RELACIÓN - ENTRE LA RESPIRACIÓN BUCAL Y LA PREVALENCIA DE GINGIVITIS EXCEPTO UN LIGERO AUMENTO DE LA GRAVEDAD.

## 7.- HÁBITOS.

LOS HÁBITOS SON FACTORES IMPORTANTES EN EL COMIENZO U EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PARODONTAL. CON FRECUENCIA, SE REVELA LA PRESENCIA DE UN HÁBITO INSOSPECHADO EN CASOS QUE NO RESPONDÍAN AL TRATAMIENTO PARODONTAL.

EMPUJE LINGUAL: LA LENGUA ES EMPUJADA HACIA ADELANTE CONTRA LOS DIENTES ANTEROINFERIORES, LOS CUALES SE INCLINAN Y TAMBIÉN SE DESPLAZAN EN SENTIDO LATERAL.

ÉSTOS HÁBITOS SE SUELEN ESTABLECER EN LA INFANCIA, Y ALGUNOS SUPONEN QUE HACEN DE LA ALIMENTACIÓN CON BIBE-  
RON CON PEZÓN DE DISEÑO INADECUADO. ASÍ MISMO, SE HAN CONSIDERADO LAS ENFERMEDADES NASOFARÍNGEAS Y ALÉRGICAS--  
COMO CAUSAS POSIBLES DEL EMPUJE LINGUAL.

EL EMPUJE LINGUAL EJERCE PRESIÓN LATERAL EXCESIVA, QUE PUEDE SER TRAUMATIZANTE PARA EL PARODONTO. ASÍ NIE-  
MO PRODUCE SEPARACIÓN E INCLINACIÓN DE LOS DIENTES ANTE-  
RIORES, CON OCLUSIÓN ABIERTA EN EL SECTOR ANTERIOR, POS-  
TERIOR O ZONA DE PREMOLARES.

BRUXISMO: ES EL APRETAMIENTO O RECHINAMIENTO AGRESI-

VO, REPETIDO O CONTINUO DE LOS DIENTES DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, O DURANTE AMBOS, ES MÁS FRECUENTE EN ADULTOS, PERO TAMBIÉN EN NIÑOS.

POR LO GENERAL, LOS PACIENTES NO ESTÁN CONSCIENTES DEL HÁBITO, PERO SE QUEJAN DE DOLOR O SENSACIÓN DE CANSANCIO EN MAXILARES O MÚSCULOS, EN PARTICULAR AL LEVANTARSE POR LA MAÑANA, QUE SE IRRADIA A LA CABEZA Y EL CUELLO, UNA SENSACIÓN DE ARDOR EN LOS MÚSCULOS O DOLOR DE CABEZA.

LA ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO ES DESCONOCIDA, PERO POR LO GENERAL SE LE ATRIBUYE A ANORMALIDADES OCLUSALES, ATENSIÓN EMOCIONAL, O AMBAS.

EL BRUXISMO PRODUCE ATRICIÓN DENTAL EXCESIVA, ENSAMBIAMIENTO DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES, Y EN CASOS AVANZADOS REDUCCIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL.

LOS HÁBITOS ENUMERADOS AL TRAUMATIZAR EL PARODONTO, AGRAVAN LA ENFERMEDAD PARODONTAL EXISTENTE Y LLEVAN A LA MOVILIDAD DENTAL.

B) FACTORES GENERALES Y SISTÉMICOS.

ESTOS DERIVAN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, REGU-  
LAN LA REACCIÓN DE LOS TEJIDOS A FACTORES LOCALES, DE MO-  
DO QUE EL EFECTO DE LOS IRITANTES LOCALES PUEDEN SER --  
ACRAVADOS NOTABLEMENTE POR ESTADOS SISTÉMICOS DESFAVORA-  
BLES.

1.- TRASTORNOS NUTRICIONALES.

PUEDEN SER DEBIDOS A UNA INGESTIÓN INSUFICIENTE O -  
DESEQUILIBRADA, A DEFECTOS DE ABSORCIÓN INTESTINAL O A -  
UNA PÉRDIDA EXCESIVA DE ELEMENTOS NUTRITIVOS ESENCIALES-  
POR VÍA INTESTINAL.

a) DEFICIENCIA DE VITAMINA A: OCASIONA ALTERACIONES  
EPITELIALES IMPORTANTES, COMO: ATROFIA, DEGENERACIÓN, AJ  
TÓLISIS, Y DESCANACION DE LAS CÉLULAS EPITELIALES QUE --  
TIENEN FUNCIONES SECRETORIAS Y DE RECUBRIMIENTO.

EN LA PIEL PUEDEN OBSERVARSE HIPERQUERATOSIS FOLICU-  
LAR, XEROSIS (PIEL SECA Y ARRUGADA) Y MARCADAS FORMACIO-  
NES CALLOSAS. PUEDEN APECTARSE LA NARIZ, FARINGE, TRA-  
QUEA Y BRONQUIOS, ORIGINANDO RONQUERA Y TOS SECA.



LA MUCOSA BUCAL, QUE NORMALMENTE ESTÁ TAPIZADA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, PUEDE RESULTAR ESTIMULADA A LA PRODUCCIÓN DE MÁS CANTIDAD DE QUERATINA Y RETENCIÓN DE LA MISMA OCASIONANDO ASI LESIONES QUERATÓSICAS.

PUEDE HABER DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN SALIVAL QUE PRODUCE SEQUEDAD Y ARDOR DE BOCA, ADEMÁS PUEDE ALTERARSE LA SENSACIÓN GUSTATIVA.

TAMBIÉN PUEDEN AFECTARSE LOS ANELOBLASTOS SECRETORIOS Y LOS DIENTES EN CURSO DE FORMACIÓN PUEDEN RESULTAR HIPOPLÁSICOS COMO LO MANIFIESTA LAS DEPRESIONES, FISURAS O IRREGULARIDADES DEL ESMALTE.

LA METAPLASIA DE LAS CÉLULAS EPITELIALES DE LA Córnea, CONJUNTIVA Y GLÁNDULAS LAGRIMALES CON SUS CONDUCTOS PUEDE OCASIONAR NECROSIS, ULCERACIONES, INFECCIÓN Y SEQUEDAD DE ÉSTAS ESTRUCTURAS.

PUEDEN OBSERVARSE CEGUERA NOCTURNA, ESROPTALMÍA (SEQUEDAD) Y QUERATONALACIA (REBLANDECIMIENTO DE LA Córnea).

b) DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO DE VITAMINA B: ES RARO QUE ENFERMEDAD BUCAL SE DEBA A DEFICIENCIA DE UN SOLO -- COMPONENTE DEL COMPLEJO B. POR LO GENERAL, LA DEFICIENCIA ES MÚLTIPLE.

LAS ALTERACIONES BUCALES COMUNES A DEFICIENCIAS DEL COMPLEJO B SON: GINGIVITIS, GLOSITIS, GLOSODINIA, QUEILITIS ANGULAR E INFLAMACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA MUCOSA -- BUCAL. LA GINGIVITIS DE LAS DEFICIENCIAS DE VITAMINA B ES INESPECÍFICA, CAUSADA POR IRRITACIÓN LOCAL, NO POR DEFICIENCIA, PERO ESTÁ SUJETA AL EFECTO MODIFICADOR DE LA ÚLTIMA.

VITAMINA (VITAMINA B1) LAS ALTERACIONES BUCALES ATRIBUIDAS A LA DEFICIENCIA DE VITAMINA SON: LA SENSIBILIDAD ACENTUADA DE LOS TEJIDOS BUCALES; LESIONES DE TIPO HERPÉTICO DEL PALADAR, MUCOSA DE LAS MEJILLAS Y LENGUA; Y NEURALGIA DEL TRIGÉMINO.

INYECTANDO VITAMINA B1 ANTES DE LAS INTERVENCIONES-- SE HA OBSERVADO LA RÁPIDA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS-- DE LAS EXTRACCIONES Y DE LAS HERIDAS PRODUCIDAS POR EL -- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PERIODONTOCLASIA.

**RIBOFLAVINA (VITAMINA B2):** LAS ALTERACIONES BUCALES DE LA DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA SON LA GLOSITIS Y QUEILITIS ANGULAR.

LA GLOSITIS SE CARACTERIZA POR UNA COLORACIÓN PÚRPURA Y ATROFIA DE LAS PAPILAS SUPERFICIALES DE LA LENGUA QUE OCASIONAN UN ASPECTO BRILLANTE Y LISO.

LA QUEILITIS ANGULAR COMIENZA COMO UNA INFLAMACIÓN DE LAS COMISURAS LABIALES, A LO QUE SIGUE EROSIÓN, ÚLCERACIÓN Y FORMACIÓN DE FISURAS.

**ÁCIDO NICOTÍNICO (NIACINA):** LAS ALTERACIONES BUCALES SON CON FRECUENCIA, ESTOMATITIS; INFLAMACIÓN DIFUSA, ENPLACAS O GENERALIZADA DE LA MUCOSA BUCAL, CON ACOMPAÑAMIENTO DE ARDOR Y SENSACIÓN DOLOROSA.

LA LENGUA EN LA DEFICIENCIA AGUDA DE ÁCIDO NICOTÍNICO ES DE COLOR ROJO CARNE Y DOLOROSA CON ARDOR (GLOSOPEDOSIS). EN LA DEFICIENCIA CRÓNICA DE ÁCIDO NICOTÍNICO, LA LENGUA ESTÁ ADELGAZADA Y FISURADA, CON SERCOS SUPERFICIALES, HUGOSIDADES MARGINALES Y ATROFIA DE LAS PAPILAS FUNGIFORMES Y FILIFORMES.

EL BALLAZGO MÁS FRECUENTE ES LA GINGIVITIS ULCEROSA CROSANTA ACUDA, POR LO GENERAL EN ÁREAS DE IRRITACIÓN LO CAL.

PIRIDOXINA (VITAMINA B6): LA DEFICIENCIA DE PIRIDOXINA PUEDE ORIGINAR ESTOMATITIS, GLOSITIS O LESIONES DE TIPO SERRORREICO ALREDEDOR DE LA BOCA, NARIZ Y OJOS.

LA GLOSITIS ES SEMEJANTE A LA QUE GENERA LA DEFICIENCIA DE ÁCIDO NICOTÍNICO ENROJECIMIENTO CON PEQUEÑAS-ÚLCERAS EN LA MUCOSA BUCAL Y QUEILITIS ANGULAR.

ÁCIDO FÓLICO: LA DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO ORIGINA ANEMIA MACROCÍTICA CON ERITROPOYESIS MECALOBLÁSTICA.-ALTERACIONES BUCALES COMO ESTOMATITIS GENERALIZADA, CONGLOSITIS ULCERADA, QUEILITIS Y QUEILOSI.

VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA): FACTOR ANTIPERNICIOSO DE LA ANEMIA. LOS TEJIDOS AFECTADOS POR LA FALTA DE ÉSTA VITAMINA PARECEN SER LOS NERVIOS PERIFÉRTOS, LA LENGUA Y LA SANGRE.

c) DEFICIENCIA DE VITAMINA C: LA DEFICIENCIA GRAVE-

DE VITAMINA C PRODUCE ESCORBUTO, UNA ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR DIÁTESIS HEMORRÁGICA Y RETARDO DE LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS.

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ESCORBUTO SON: FATIGA, JAEBO, LETARGIA, PÉRDIDA DEL APETITO, DELGADIZ, DOLORES FUGACES EN ARTICULACIONES Y MIEMBROS, PETEQUIAS EN LA PIEL (ESPECIALMENTE EN TORNADO A LOS POLÍCULOS FILOSOS) EPISTAXIS, EQUIMOSIS (PRINCIPALMENTE EN EXTREMIDADES INFERIORES).

4) DEFICIENCIA DE VITAMINA D: LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN LOS NIÑOS PRODUCE RAQUITISMO Y OSTEOMALACIA EN LOS ADULTOS. PUEDEN SER PRONUNCIADOS LOS EFECTOS -- DEL RAQUITISMO SOBRE LOS MAXILARES, Y LOS DIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN PERÍODO DE FORMACIÓN.

LOS DIENTES CADUCOS NO SUELEN AFECTARSE, PERO PUEDEN ESTARLO LAS CORONAS DE LOS INCISIVOS CENTRALES PERMANENTES Y DE LOS PRIMEROS MOLARES Y A VECES DE LOS INCISIVOS LATERALES Y LAS CÚSPIDES.

## 2.- TRASTORNOS DE TIPO HORMONAL.

EN GENERAL, LAS GLÁNDULAS Y TEJIDOS ENDOCRINOS SON-

AQUELLOS QUE SECRETAN SUSTANCIAS QUÍMICAS (HORMONAS) A LA CIRCULACIÓN Y QUE AL EXISTIR ALGUNA ALTERACIÓN PRODUCEN CAMBIOS IMPORTANTES EN EL ORGANISMO.

a) HIPERTIROIDISMO: UNA IMPORTANTE MANIFESTACIÓN BU- CAL DEL HIPERTIROIDISMO ES LA OSTEOPOROSIS DEL CRÁNEO Y - DE LOS MAXILARES DE DIVERSO GRADO, LOS ENFERMOS JÓVENES - PUEDEN PRESENTAR UNA CAÍDA PREMATURA DE LOS DIENTES DE LE- CHE Y UNA ERUPCIÓN PRECOZ DE LA DENTICIÓN DEFINITIVA. SE HAN DESCRITO CASOS DE NIÑOS NACIDOS DE MADRES HIPERTIROI- DEAS QUE YA TENÍAN DIENTES AL NACER.

b) DIABETES: AUNQUE NO HAY LESIONES ESPECÍFICAS DE - LOS TEJIDOS BLANDOS BUCALES O LESIONES DENTALES QUE SEAN- PATOGENÓMICAS DE LA DIABETES MELLITUS, EL DENTISTA PUEDE RECOGER CIERTOS DATOS QUE LE HAGAN SOSPECHAR LA EXISTEN- CIA DE ESTA ENFERMEDAD.

ÉSTOS DATOS SON DE DOS TIPOS:

LOS OBTENIDOS EN LA HISTORIA Y LOS OBTENIDOS EN LA - EXPLORACIÓN. CUANDO LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN --- GUAL Y LA HISTORIA SE CONFIRMAN UNO AL OTRO, EL DENTISTA- ESTÁ OBLIGADO A SOLICITAR PRUEBAS ESPECÍFICAS DE DIAGNÓS- TICO.

HISTORIA: SE DEBE SIEMPRE PREGUNTAR AL ENFERMO SOBRE LA EXISTENCIA DE DIABETES EN CUALQUIERA DE SUS FAMILIARES DE SANGRE, CUANTO MÁS NUMEROSOS, Y PRÓXIMOS SEAN LOS ANTECEDENTES DIABÉTICOS, MAYOR ES LA PROPENSIÓN DEL ENFERMO A TENER EL CASO DIABÉTICO.

SÍNTOMAS GENERALES: ES RUTINARIO PREGUNTAR SOBRE LAS MANIFESTACIONES CLÁSICAS DE LA DIABETES MELLITUS, ÉSTAS--SON: POLIFAGIA, POLIDIPSIA, POLIURIA, NICTURIA, PÉRDIDA - DE PESO Y DEBILIDAD; EN LAS MUJERES; PRURITO VAGINAL, BAR A LUZ NIÑOS GRANDES Y ABORTO ESPONTÁNEO HABITUAL.

SÍNTOMAS ORALES: BOCA SECA, ARDOR DE LA MUCOSA BUCAL Y ABSCESOS GINGIVALES O PARODONTALES RECIDIVANTES SON LAS MANIFESTACIONES ORALES MÁS FRECUENTES.

EXPLORACIÓN: EL EXPLORADOR DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS CUANDO HAYA:

- DESTRUCCIÓN PROGRESIVA PARODONTAL EN UNA PERSONA - JÓVEN.
- DESTRUCCIÓN PARODONTAL PROGRESIVA E INEDUCABLE QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO Y EN LA QUE HAY UNA SUPURACIÓN CONSTANTE DE LOS SURCOS O BOLSAS GINGIVALES.

- ABSCESOS PARODONTALES RECIDIVANTES.
- ABSCESOS GINGIVALES O PARODONTALES EN LOS CORTES.

#### TÉCNICAS DE LABORATORIO.

SOBRE TODO EL DESCUBRIMIENTO DE ANOMALÍAS DE LA GLUCEMIA DETERMINADA A CIERTOS INTERVALOS DE TIEMPO DESPUÉS-DE UNA DOSIS DE PRUEBA DE GLUCOSA. (70 -100 mg%).

c) PUBERTAD: LA PUBERTAD SE ACOMPAÑA DE UNA RESPUESTA EXAGERADA DE LA ENCÍA A LA IRRITACIÓN LOCAL. INFLAMACIÓN PRONUNCIADA, COLORACIÓN ROJO AZULADA, EDEMA Y AGRANDAMIENTO SON EL RESULTADO DE IRRITANTES LOCALES QUE DE ORDINARIO GENERAN UNA RESPUESTA GINGIVAL RELATIVAMENTE LEVE.

A MEDIDA QUE SE ACERCA LA EDAD ADULTA, LA INTENSIDAD DE LA REACCIÓN GINGIVAL DECRECE, INCLUSO CUANDO SIGUEN ESTANDO PRESENTES LOS IRRITANTES LOCALES. AUNQUE LA PREVALENCIA Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL AUMENTAN EN LA PUBERTAD, ES PRECISO COMPRENDER QUE LA GINGIVITIS NO ES DE APARICIÓN UNIVERSAL DURANTE ÉSTE PERÍODO; CON EL CUIDADO ADECUADO DE LA BOCA SE PUEDE PREVENIR.

d) EMBARAZO: EL EMBARAZO POR SÍ MISMO NO PRODUCE GIN



GINGIVITIS. LA GINGIVITIS EN EL EMBARAZO TIENE SU ORIGEN -- EN LOS IRRITANTES LOCALES, IGUAL QUE EN PERSONAS NO EMBARAZADAS.

EN AUSENCIA DE IRRITANTES LOCALES NO HAY CAMBIOS NOTABLES EN LA ENCÍA. LOS IRRITANTES LOCALES CAUSAN LA -- GINGIVITIS; EL EMBARAZO ES UN FACTOR MODIFICADOR SECUNDARIO.

EL EMBARAZO AFECTA A ÁREAS INFLAMADAS CON ANTERIORIDAD; NO ALTERA ENCÍAS SANAS. EN ALGUNOS CASOS LA ENCÍA-INFLAMADA FORMA MASAS CIRCUNSCRITAS DE "ASPECTO TUMORAL", DENOMINADAS "TUMORES DEL EMBARAZO".

### 3.- AFECIONES HEMATOLÓGICAS.

a) ANEMIA: SE CARACTERIZA POR LA DISMINUCIÓN ANORMAL DE LA HEMOGLOBINA CIRCULANTE ACOMPAÑADA GENERALMENTE DE -- LA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE HEMATÍES.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS SON:

- 1.- PALIDEZ DE LAS ENCÍAS Y DE LA MUCOSA BUCAL.
- 2.- GLOSITIS.
- 3.- ESTOMATITIS ANGULAR.

#### 4.- ESTOMATITIS INFECCIOSA.

b) LEUCEMIA: LA LEUCEMIA ES UNA NEOPLASIA MALIGNA -- QUE AFECTA A LAS CÉLULAS FORMADORAS DE LOS ELEMENTOS SANGÜÍNEOS. EL HECHO PRIMARIO ES LA PROLIFERACIÓN ANORMAL DE LOS LEUCOCITOS Y DE SUS PREDECESORES INMADUROS.

LAS MANIFESTACIONES BUCALES CONSISTEN EN MANIFESTACIONES DE FÚRPURA; TENDENCIA DE LAS ENCÍAS DE ASPECTO NORMAL A SANGRAR FÁCILMENTE, PEQUEÑOS PUNTOS HEMORRÁGICOS EN LAS ENCÍAS O EN LA MUCOSA BUCAL, ENGROSAMIENTO DE LAS ENCÍAS, ULCERACIONES DE LA LENGUA O DE LA MUCOSA DE LAS MEJILLAS.

c) HEMOFILIA: ES UNA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DE ORIGEN GENÉTICO Y LIGADA AL SEXO QUE SE PRESENTA EN LOS DESCENDIENTES VARONES DE UNA MUJER PORTADORA. EL DEFECTO HEREDITARIO CONSISTE EN UNA DEFICIENCIA DE UN FACTOR PLASMÁTICO QUE IMPIDE LA COAGULACIÓN NORMAL DE LA SANGRE.

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL SON: HEMORRAGIAS QUE PUEDE PRODUCIRSE POR LOS TRAUMATISMOS MÁS PEQUEÑOS, COMO INTERVENCIONES OPERATORIAS, PROFILÁCTICAS,

O EN LA RÓTURA DE VASOS SANGUÍNEOS, OCASIONADA POR LA INTRODUCCIÓN DE UNA AGUJA HIPODÉRMICA TRAUMATIZANTE.

EXISTEN 3 TIPOS DE HEMOFILIA: A, B y C.

HEMOFILIA A.- CARACTERIZADA POR LA DEFICIENCIA DE LA GLOBULINA ANTIHEMÓFÍLICA (AHG).

HEMOFILIA B.- (ENFERMEDAD DE CHRISTMAS) DEBIDA A LA DEFICIENCIA DE UN COMPONENTE DE LA --- TROMBOPLASTINA PLASMÁTICA (PTC).

HEMOFILIA C.- DEBIDA A LA DEFICIENCIA DE UN PREDECE-SOR DE LA TROMBOPLASTINA PLASMÁTICA -- PTA (MENOS GRAVE NO LIGADA AL SEXO).

4) TROMBOCITOPENIA: SE DENOMINA PÚRPURA TROMBOCITOPÉ-NICA A LOS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS DEBIDOS A LA INTENSA - DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAQUETAS CIRCULANTES, GENERAL-MENTE NIVELES INFERIORES A 5,000/mm CÚBICO, PROVOCANDO HE-MORRAGIAS ESPONTÁNEAS.

## CAPÍTULO III

### ENFERMEDADES GINGIVALES.

EL TIPO MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL ES LA INFLAMACIÓN SIMPLE CAUSADA POR LA PLAGA BACTERIANA ADHERIDA A LA SUPERFICIE DENTAL. SIN EMBARGO, EN LA ENCÍA OCURREN PROCESOS PATOLÓGICOS QUE NO SON CAUSADOS POR LA IRRITACIÓN LOCAL, COMO ATROFIA, HIPERPLASIA Y NEOPLASIA.

NO TODOS LOS CASOS DE GINGIVITIS SON OBLIGATORIAMENTE IGUALES POR EL HECHO DE QUE PRESENTAN ALTERACIONES INFLAMATORIAS, Y CON FRECUENCIA ES PRECISO DISTINGUIR ENTRE INFLAMACIÓN Y OTROS PROCESOS PATOLÓGICOS QUE PUDIERAN Hallarse EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

#### GINGIVITIS AGUDA.

ES DOLOROSA, Y SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES DE CORTA DURACIÓN.

### GINGIVITIS CRÓNICA.

ENFERMEDAD QUE SE INSTALA CON LENTITUD, ES DE LARGA DURACIÓN E INDOLORA, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON EXACERBACIONES AGUDAS. LA GINGIVITIS CRÓNICA ES EL TIPO MÁS COMÚN. LOS PACIENTES POCAS VECES RECUERDAN HABER SENTIDO SÍNTOMAS AGUDOS. ES UNA LESIÓN FLUCTUANTE EN LA CUAL, - LAS ZONAS INFLAMADAS PERSISTEN O SE TORNAV NORMALES, Y -- LAS ZONAS NORMALES SE INFLAMAN.

### INFECCIONES GINGIVALES.

- a) GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.
- b) GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.
- c) PERICORONITIS.

### GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA DESTRUCTIVA DE LA ENCÍA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA Y QUE COMIENZA EN LAS PUNTAS DE LAS PÁFILAS INTERDENTALES DISMINUYÉNDOSE A LA ENCÍA MARGINAL. -E PUEDE PRESENTARSE EN UN SOLO DIENTE, EN UN GRUPO DE DIENTES O ABARCAR TODA LA BOCA.

### MANIFESTACIONES ORALES.

EL DOLOR ES LA PRINCIPAL MOLESTIA, QUE SE INTENSIFI-

CA AL CONTACTO CON LOS ALIMENTOS CONDIMENTADOS O CALIENTES Y CON LA MASTICACIÓN, EL ALIENTO TIENE UN OLORES DESAGRADABLE, EL PACIENTE TIENE CONCIENCIA DE UNA CANTIDAD EXCESIVA DE SALIVA "PASTOSA" HEMORRAGIA GINGIVAL ESPONTÁNEA O HEMORRAGIA ABUNDANTE ANTE EL ESTÍMULO MÁS LIVRE, SE DESCRIBE UNA SENSACIÓN CARACTERÍSTICA DE DIENTES COMO -- "ESTACAS DE MADERA".

### ETIOLOGÍA.

NO ESTÁN CLARAS LAS CAUSAS PRECISAS DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. ES DE NATURALEZA INFECCIOSA, AUNQUE NO COMÚNMENTE TRANSMISIBLE, SE CARACTERIZA -- POR LA APARICIÓN REPENTINA, FRECUENTEMENTE DESPUÉS DE -- UNA ENFERMEDAD DEBILITANTE O INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA.

PRESALECE LA OPINIÓN DE QUE ES CAUSADA POR UN COMPLEJO DE MICROORGANISMOS BACTERIANOS, BACILOS FUSIFORMES, ESPIROQUETAS, VIBRIONES Y ESTREPTOCOCCOS.

### DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN HALLAZGOS CLÍNICOS. EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PUEDEN CONSIDERARSE DOS TRASTORNOS EN PARTICULAR. ÉSTOS SON ESTOMATITIS HERPÉTICA-

PRIMARIA Y MÁS RARAS VECES, LEUCEMIA AGUDA.

EN LA ESTOMATITISHERPÉTICA LAS ENCÍAS A MENUDO TIENEN UN COLOR ROJO Y PUEDEN DESARROLLARSE ÚLCERAS EN LOS BORDES GINGIVALES, PRECEDIDAS POR VESÍCULAS EN FORMA DE CÚPULA, SE OBSERVAN GANGLIOS LINFÁTICOS CERVICALES CRECIDOS, Y A MENUDO, MALESTAR GENERAL CON FIEBRE, LA CUAL -- PUEDE SER INTENSA. LAS MANIFESTACIONES CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN HERPÉTICA QUE LA DIFERENCIAN EN FORMA DE FINIDA DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SON:

- 1.- LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES INDIVIDUALES.
- 2.- LA DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES, Y
- 3.- EL GRADO DEL MALESTAR GENERAL.

SI EL PACIENTE ESTÁ PÁLIDO O MUESTRA MALESTAR EVIDENTE, DEBE LLEVARSE A CABO UN ESTUDIO HEMATOLÓGICO, PARTICULARMENTE PARA DESCARTAR ANEMIA, LEUCOCITOSIS DÉBIDA A OTRAS CAUSAS, LEUCOPENIA O LEUCEMIA AGUDA.

#### TRATAMIENTO.

PUEDEN DELINEARSE TRES ASPECTOS PRINCIPALES DEL TRATAMIENTO; A SABER:

- 1.- MEDIDAS FÍSICAS (HIGIENE ORAL) PARA REDUCIR LA INFECCIÓN AGUDA.
- 2.- USO DE ANTISÉPTICOS OXIDANTES.
- 3.- APLICACIÓN DE ANTIMICROBIANOS DE ACCIÓN GENERAL.

MEDIDAS FÍSICAS: ELIMINARSE LA PLACA Y EL CÁLCULO -- MEDIANTE LA DESCAMACIÓN MINUCIOSA Y LAVADO, CEPILLADO DENTAL Y ENJUAGUES BUCALES DE UN ANTISÉPTICO DILUIDO TIBIO.

ANTISÉPTICOS OXIDANTES: ÁCIDO CRÓMICO, PERÓXIDO DE HIDRÓGENO, HIPOCLORITO O PERBORATO DE SODIO. ÉSTOS SE APLICAN EN LOS BORDES GINGIVALES AISLADOS Y SECOS.

ÉSTOS ANTISÉPTICOS PARTICULARMENTE EL ÁCIDO CRÓMICO NO DEBEN UTILIZARSE EN FORMA REPETIDA; Y CUANDO UNA O DOS APLICACIONES NO SE ACOMPAÑA DE UNA CURACIÓN MANIFIESTA, ENTONCES PROBABLEMENTE HAN SIDO INADECUADAS LAS MEDIDAS DE HIGIENE ORAL.

ANTIMICROBIANOS: COMO EL METRONIDAZOL, SI NO EJERCE ALGÚN EFECTO ENTONCES ES FACTIBLE QUE SEA INCORRECTO EL DIAGNÓSTICO DE GINGIVITIS ULCERONOSCRASANTE AGUDA.



### GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.

ES UNA EFECIÓN QUE APARECE COMO UNA LESIÓN DIFUSA, ERITEMATOSA Y BRILLANTE DE LA ENCÍA Y LA MUCOSA ADYACENTE, CON GRADOS VARIABLES DE EDEMA Y HEMORRAGIA GINGIVAL.

EN EL PERÍODO PRIMARIO, SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE VESÍCULAS CIRCUNSCRITAS ESPÉRICAS GRISAS EN LA ENCÍA MUCOSA LABIAL O VESTIBULAR, PALADAR BLANDO, FARINGE, MUCOSA SUBLINGUAL Y LENGUA. A LAS 24 HORAS, LAS VESÍCULAS SE ROMPEN Y DAN LUGAR A PEQUEÑAS ÚLCERAS DOLOROSAS CON UN BORDE ROJO, Y UNA PORCIÓN CENTRAL HUNDIDA, -- ANARILLENTO O BLANCO GRISÁCEA.

### MANIFESTACIONES ORALES.

LAS VESÍCULAS ROTAS SON LOS FOCOS DE DOLOR, SENSIBLES AL TACTO, VARIACIONES TÉRMICAS Y CONDIMENTOS, JUCOS DE FRUTAS Y AL MOVIMIENTO DE ALIMENTOS ÁSPEROS. HAY IRRITACIÓN GENERALIZADA DE LA CAVIDAD BUCAL QUE IMPIDE COMER Y BEBER.

### ETIOLOGÍA.

LA GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA ES UNA INFECC-

CIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL CAUSADA POR EL VIRUS HERPES SIM-  
PLE, APARECE CON MAYOR FRECUENCIA EN LACTANTES Y NIÑOS-  
MENORES DE 6 AÑOS, PERO TAMBIÉN SE VE EN ADOLESCENTES Y-  
ADULTOS. SU FRECUENCIA ES IGUAL EN HOMBRRES QUE EN MUJE-  
RES.

#### DIAGNÓSTICO.

SE BASA EN HALLAZGOS CLÍNICOS. HAY QUE DIFEREN-  
CIAR LA GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA DE LA GINGIVI-  
TIS ULCERONECROSANTE AGUDA, DEL ERITEMA MULTIFORME, Y DE  
LA GINGIVITIS DISCRAMATIVA.

EN EL ERITEMA MULTIFORME, LAS VESÍCULAS SON MÁS EX-  
TENSAS Y AL ROMPERSE FORMAN UNA SEUDOMEMBRANA.

EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ES UNA FORMA RELATI-  
VAMENTE RARA DE ERITEMA MULTIFORME, QUE SE CARACTERIZA--  
POR LESIONES HEMORRÁGICAS VESICULARES EN LA CAVIDAD BU-  
CAL, LESIONES OCULARES HEMORRÁGICAS Y LESIONES AMPOLLA-  
RES DE PIEL.

EN LA GINGIVITIS DISCRAMATIVA HAY DISCRAMACIÓN DEL --  
EPITELIO Y EXPOSICIÓN DEL TEJIDO SUBYACENTE. ES UNA EN-  
FERMEDAD CRÓNICA.

### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA -- AGUDA CONSISTE EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN FUNDAMENTAL-- Y APLICACIÓN DE MEDIDAS PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL.

AUREOMICINA 250 MILIGRAMOS CUATRO VECES AL DÍA DE-- BASTE TRES DÍAS O EN POMADA AL 3% APLICADA TOPICAMENTE O ENJUGATORIO.

### PERICORONITIS.

LA DENOMINACIÓN PERICORONITIS SE REFIERE A LA INFLA-- MACIÓN DE LA ENCÍA QUE ESTÁ EN RELACIÓN CON LA CORONA DE UN DIENTE INCOMPLETAMENTE ERUPCIONADO. ES MÁS FRECUEN-- TE EN LA ZONA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS O PARCIALMENTE ERUPCIONADOS.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

HAY ACUMULACIÓN DE ALIMENTOS Y PROLIFERACIÓN BACTE-- RIANA EN EL ESPACIO DE LA CORONA DEL DIENTE Y EL CAPU--- CHÓN DE LA ENCÍA QUE CUBRE LA CORONA. EL LÍQUIDO INFLAMA-- TORIO Y EL EDUADO CELULAR PRODUCE UN AUMENTO DE VOLUMEN DEL CAPUCHÓN QUE IMPIDE EL CIERRE COMPLETO DE LOS MAXILA-- RES. EL CUADRO CLÍNICO ES EL DE UNA LESIÓN SUPURATIVA.

INFLAMADA, MUY ROJA, EXQUISITAMENTE SENSIBLE. CON DOLOR--  
RES IRRADIADOS AL OÍDO, GARGANTA Y PISO DE LA BOCA.

TRATAMIENTO.

PRIMERA VISITA.

1.- SE LAVA SUAVEMENTE LA ZONA CON AGUA TIBIA PARA--  
ELIMINAR LOS RESIDUOS SUPERFICIALES Y EXUDADO --  
DE LA SUPERFICIE, Y SE APLICA ANESTESIA TÓPICA.

2.- SE PINTA LA ZONA CON ANTISÉPTICO, SE LEVANTA --  
SUAVEMENTE EL CAPUCHÓN CON RASPADOR. SE QUI--  
TAN LOS RESIDUOS SUBYACENTES Y SE LAVA LA ZONA--  
CON AGUA TIBIA. EN ESTA PRIMERA VISITA ESTÁ --  
CONTRAINDICADO HACER CURETAJES EXTENSOS O PROCE--  
DIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

3.- INSTRUCCIONES AL PACIENTE:

ENJAGUATORIOS CADA HORA, CON UNA SOLUCIÓN DE --  
UNA Cucharadita DE SAL EN UN VASO DE AGUA TIBIA  
REPOSO, ABUNDANTES LIQUIDOS Y ANTIBIÓTICOS.

SI EL CAPUCHÓN GINGIVAL ESTÁ INFLAMADO. SE HACE UNA  
INCISIÓN ANTEROPOSTERIOR CON UN BISTURÍ DE BARD-PARKER --  
#13 PARA ESTABLECER UN DRENAJE Y SE INTRODUCE EN ELLA --

UNA MECHA DE GASA DE 0.6 cm.

SEGUNDA VISITA.

POR LO GENERAL LA LESIÓN HA MEJORADO NOTABLEMENTE.-  
SI SE COLOCÓ UN DRENAJE SE RETIRA. SE SEPARA SUAVEMENTE  
EL CAPUCHÓN DEL DIENTE Y SE LAVA LA ZONA CON AGUA TIE-  
PLA. EL PACIENTE CONTINUARÁ CON LAS INDICACIONES DEL -  
DÍA ANTERIOR Y VOLVERÁ AL DÍA SIGUIENTE.

TERCERA VISITA.

EN ÉSTA SESIÓN SE DETERMINA SI CONSERVAR EL DIENTE-  
O EXTRAERLO. DEPENDERÁ DE LA POSIBILIDAD DE UNA ERUP-  
CIÓN EN BUENA POSICIÓN FUNCIONAL.

SI SE DECIDE CONSERVAR EL DIENTE, SE REALIZAN LOS -  
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PERTINENTES.

BAJO ANESTESIA SE INICIA LA INCISIÓN INMEDIATAMENTE  
DELANTE DEL BORDE DE LA RAMA ASCENDENTE Y SE ESTIENDE HA-  
CIA ABAJO Y ADELANTE, EN DIRECCIÓN A LA SUPERFICIE BIS-  
TAL DE LA CORONA, TAN CERCA COMO SEA POSIBLE DEL NIVEL -  
DE LA UNIÓN AMOLOCEMENTARIA. ESTO DESPRENDERÁ UNA POR-  
CIÓN DE TEJIDO EN FORMA DE CUÑA QUE INCLUYE EL CAPUCHÓN-

GINGIVAL. ES NECESARIO ELIMINAR EL TEJIDO DISTAL AL DIENTE, ASÍ COMO EL CAPUCHÓN QUE CUBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS QUE SE MANIFIESTAN EN CAVIDAD ORAL.

1.- ENFERMEDADES VIRALES.

- a) HERPANGINA                      b) HERPES ZOSTER.

2.- ENFERMEDADES FUNGICAS.

- a) CANDIDIASIS AGUDA.    b) CANDIDIASIS CRÓNICA.

HERPANGINA.

LA HERPANGINA ES UNA FORMA BASTANTE COMÚN DE LA BUCCA FARINGITIS, TIENE UN CURSO BREVE DE 7 a 10 DÍAS, CON POCAS COMPLICACIONES Y SÍNTOMAS LEVES. ES CAUSADA POR EL VIRUS COXSACKIE, GRUPO A, CEPA 4.

LESIONES BUCALES.

HAY INFLAMACIÓN AGUDA DE LA BUCOFARINGE Y ZONAS POSTERIORES A LA BOCA, COMO PALADAR BLANCO, ÚVULA Y PARTES POSTERIORES DEL PALADAR DURO. APARECEN NUMEROSAS VESÍ-

CULAS QUE SE ROMPEN PRONTO DEJANDO PEQUEÑAS ÚLCERAS.

LA LESIÓN BUCOFARÍNGEA PUEDE SER RELATIVAMENTE DOLOROSA, Y PUEDE HABER DISFACIA SI LA INFLAMACIÓN ACARREA EDEMA INTENSO.

#### DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNÓSTICO SE HACE SOBRE LA BASE DEL CUADRO CLÍNICO CARACTERÍSTICO. LA HERPANGINA HA SIDO FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADA CLÍNICAMENTE COMO "GARGANTA ESTREPTOCÓCICA."

#### TRATAMIENTO.

NO HAY TRATAMIENTO ESPECÍFICO. EL TRATAMIENTO DE SOPORTO INCLUYE ALIMENTACIÓN BLANDA Y ENJAGATORIOS ORINALES SUAVES COMO AGUA OXIGENADA DILUIDA.

ANTIBIÓTICOS POR VÍA SISTÉMICA.

#### HERPES ZÓSTER.

LA ENFERMEDAD SE MANIFIESTA CON UNA FASE DE TIPO NEURÁLGICO. A LOS DOS O TRES DÍAS HAY DOLOR Y ARDOR EN LAS VESÍCULAS QUE SE FORMAN A LO LARGO DEL TRAYECTO DEL-

#### NERVIO AFECTADO.

EL QUINTO PAR CRANIANO ES ATACADO EN 15% DE LOS CASOS. CUANDO ESTÁN AFECTADAS LAS RAMAS DEL MAXILAR SUPERIOR Y MAXILAR INFERIOR, LAS LESIONES APARECEN EN LA PIEL, EN LA MUCOSA BUCAL O EN AMBAS. LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA LENGUA, EL PALADAR BLANDO Y LOS CARRILLOS SON LOS SITIOS INTRABUCALES MÁS FRECUENTES.

#### TRATAMIENTO.

ADemás DEL TRATAMIENTO PALIATIVO LOCAL SU TERAPÉUTICA ES A BASE DE MEDICAMENTOS CAPACES DE ELEVAR LOS MECANISMOS DE DEFENSA, COMO LA GLOBULINA GAMMA QUE NO TIENE UNA FASE CURATIVA ESPECÍFICA, SINO QUE ATENÚA LA VIRULENCIA DEL MICROORGANISMO EN ACCIÓN. SE UTILIZAN ANTIBIÓTICOS, PERO SU VALOR SE LIMITA A QUE CONTROLAN INFECCIONES SECUNDARIAS.

#### CAMBIOBASIS AGUDA.

LA CAMBIOBASIS AGUDA ES LA INFECCIÓN MICÓTICA MÁS COMÚN DE LA MUCOSA BUCAL. SE PRESENTA EN TRES TIPOS DE PACIENTES: EL ADULTO DEBILITADO, EL LACTANTE Y EL ADULTO



DEBILITADO, EL LACTANTE Y EL ADULTO QUE HA ESTADO SOMETIDO A TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS POR CIERTO TIEMPO. EL MICROORGANISMO CAUSAL ES CÁNDBIDA ALBICANS.

#### LESIONES BUCALES.

LAS LESIONES BUCALES APARECEN EN CUALQUIER PARTE DE LA SUPERFICIE MUCOSA, SON DE COLOR BLANCO CREMOSO, QUE SE ASEMEJA A LECHE COAGULADA, ADHERENTES Y, SE SE LAS RETIRA POR LA FUERZA, DEJAN PUNTOS SANGRANTES.

#### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA CANDIDIASIS BUCAL AGUDA ES LA NISTATINA, EN SUSPENSIÓN O COMPRIMIDOS.

UNA CUCHARADA DE LA SUSPENSIÓN (100.000 UNIDADES/ml) SE DESPLAZA SUAVEMENTE DENTRO DE LA BOCA DURANTE UN MINUTO Y LUEGO SE LA INCIERE. ESTO DEBE REPETIRSE CUATRO VECES DIARIAS DURANTE 7 a 10 DÍAS.

#### CANDIDIASIS CRÓNICA.

ESTE ES UN TIPO RARO DE CANDIDA ALBICANS, QUE PRODUCE UNA INFECCIÓN QUE DESARROLLA EN UNA LESIÓN GRANULOMATO

SA; COMIENZA EN LA INFANCIA O EN LA NIÑEZ TEMPRANA Y PUEDE PERSISTIR VARIOS AÑOS.

LAS LESIONES BUCALES VAN ACOMPAÑADAS DE LESIONES EN OÍDOS Y PIEL.

LA AFECCIÓN FINAL DE LOS PULMONES, MUCHAS VECES CON LESIONES DE RIÑÓN CONCOMITANTE, TERMINA EN LA MUERTE EN UN PORCENTAJE ALTO DE CASOS. EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA POR ESTUDIOS DE LABORATORIO.

#### TRATAMIENTO.

ADMINISTRACIÓN DE AMPOTERICINA B, AGENTE MICÓTICO - POTENTE PERO RELATIVAMENTE TÓXICO.

#### AGRANDAMIENTOS GINGIVALES.

##### 1.- AGRANDAMIENTOS INFLAMATORIOS.

- a) ABSCESO GINGIVAL.      b) ABSCESO PARODONTAL

##### 2.- AGRANDAMIENTOS CONDICIONADOS.

NORMAL: a) AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO.

b) AGRANDAMIENTO DE LA POBERTAD.

### ABSCESO GINGIVAL.

ES UNA LESIÓN LOCALIZADA, DOLOROSA DE EXPANSIÓN RÁPI  
DA, QUE POR LO GENERAL SE INSTALA RAPIDAMENTE. SE LIMI  
TA AL MARGEN GINGIVAL O PAPILA INTERDENTAL.

EN COMIENZOS SE PRESENTA COMO UNA INFLAMACIÓN ROJA-  
CUTA SUPERFICIE ES LISA Y BRILLANTE. ENTRE LAS 24 Y 48  
HORAS ES COMÚN QUE LA LESIÓN SEA FLUCTUANTE Y PUNTIAGUDA  
CON UN ORIFICIO EN LA SUPERFICIE, DEL CUAL PUEDE SER ES-  
PULSADO UN EXUDADO PURULENTO. SI SE DEJA QUE AVANCE, -  
LAS LESIONES SE ABREN ESPONTÁNEAMENTE.

### ETIOLOGÍA.

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO AGUDO ES DEJ  
PUESTA A IRRITACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS, COMO CERDAS DEL  
CEPILLO DENTAL, CÁSCARA DE MANZANA Y CAPARAZÓN DE LANGOS  
TA INTRODUCIDOS EN LA ESCÍA POR LA FUERZA.

### TRATAMIENTO.

BAJO ANESTESIA TÓPICA, SE INCIDE LA ZONA FLUCTUANTE  
CON UN BISTURÍ DE BASSO-PARKES Y SE ENSANCHA SUAVEMENTE -  
LA INCISIÓN PARA FACILITAR EL DRENAJE.

SE LIMPIA LA ZONA CON AGUA TIBIA Y SE LA CURRE CON UN AFÓSITO DE GASA. UNA VEZ QUE CESE LA HEMORRAGIA, SE DESPIDE AL PACIENTE HASTA EL DÍA SIGUIENTE Y SE LE INDICA QUE SE ENJUAGUE CADA DOS HORAS CON AGUA TIBIA.

CUANDO EL PACIENTE VUELVE, LA LESIÓN SUELE ESTAR -- DISMINUIDA DE TAMAÑO Y SIN SÍNTOMAS. SE APLICA ANESTESIA TÓPICA Y SE RASPA Y CURSITA LA ZONA. SI EL TAMAÑO RESIDUAL DE LA LESIÓN ES DEMASIADO GRANDE, SE LA ELIMINA QUIRÚRGICAMENTE.

#### ABSCESO PARODONTAL.

EL ABSCESO PARODONTAL ES UNA INFLAMACIÓN PURULENTA-LOCALIZADA EN LOS TEJIDOS PARODONTALES, SE PUEDE FORMAR-COMO SIGUE:

- 1.- POR EXTENSIÓN DE LA INFECCIÓN DE UNA BOLSA PARODONTAL, CUANDO ESTÁ OBTURADO EL DRENAJE HACIA-LA LUZ DE LA BOLSA.
- 2.- ELIMINACIÓN INCOMPLETA DE CÁLCULOS DURANTE EL -TRATAMIENTO DE LA BOLSA PARODONTAL.
- 3.- DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO DEL DIENTE O PERFORA-

CIÓN DE LA PARED LATERAL DE LA RAIZ DURANTE EL-  
TRATAMIENTO ENDODÓNTICO.

LOS ABSCEOS PARODONTALES PUEDEN SER AGUDOS O CRÓNI-  
COS.

ABSCESO PARODONTAL AGUDO.

EN EL ABSCESO AGUDO HAY DOLOR IRRADIADO PULSÁTIL, -  
SENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN DE LA ENCÍA, SENSIBILIDAD A-  
LA PERCUSIÓN DEL DIENTE, MOVILIDAD DENTAL, MANIFESTACIONES  
GENERALES COMO FIEBRE Y MALESTAR.

APARECE COMO UNA ELEVACIÓN OVOIDE DE LA ENCÍA, EN -  
LA ZONA LATERAL DE LA RAIZ. LA ENCÍA ES EDEMATOSA Y ROJA  
CON UNA SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. EN LA MAYORÍA DE-  
LOS CASOS, ES POSIBLE EXPULSAR PES DEL MARGEN GINGIVAL -  
MEDIANTE PRESIÓN DIGITAL SUAVE.

DE CUANDO EN CUANDO, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS-  
DE ABSCESO PARODONTAL AGUDO SIN LESIÓN CLÍNICA NOTABLE.

TRATAMIENTO.

1.- SE AÍSLA EL ABSCESO CON TROZOS DE GASA, SE SECA

Y SE PINTA CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA SEGUIDO DE ANESTESIA TÓPICA Y ESPERAR DOS O 3 MINUTOS.

- 2.- CON UNA HOJA BARD-PARKER #12, SE HACE UNA INCISIÓN VERTICAL, DESDE EL PLIEGUE MUCOGINGIVAL -- BASTA EL MARGEN GINGIVAL, PENETRANDO HASTA TEJIDO FIRME PARA ASEGURARSE DE QUE SE ALCANZARON LAS ZONAS PURULENTAS PROFUNDAS.

DESPUÉS DE LA PRIMERA SALIDA DE SANGRE Y PUS, IRRI- GUESE CON AGUA TIBIA Y AMPLÍESE SUAVEMENTE LA INCISIÓN-- PARA FACILITAR EL DRENAJE. UNA VEZ QUE CESE EL DRENAJE SE SECA LA ZONA Y SE PINTA CON ANTISÉPTICO.

- 3.- INDICACIONES: ENJUAGATORIOS CADA HORA CON UNA SOLUCIÓN DE UNA CUCHARADITA DE SAL EN UN VASO-- DE AGUA TIBIA, PENICILINA U OTROS ANTIBIÓTI-- COS. ABUNDANTES LÍQUIDOS, ANALGÉSICOS PARA EL DOLOR.

#### ABSCESO PARODONTAL CRÓNICO.

SE PRESENTA COMO UNA FÍSTULA QUE SE ABRE EN LA MUQUOSA GINGIVAL EN ALGUNA PARTE CORRESPONDIENTE A LA RAIZ. EL ORIFICIO DE LA FÍSTULA PUEDE SER UNA ABERTURA MUY PE-

QUEÑA, DIFÍCIL DE DETECTAR. POR LO GENERAL ES ASINTOMÁTICO.

EL PACIENTE SUELE REGISTRAR ATAQUES QUE SE CARACTERIZAN POR DOLOR SORDO, MORDICANTE, LEVE ELEVACIÓN DEL DIENTE Y EL DESEO DE MORDER Y FROTAR EL DIENTE. HAY QUE DIFERENCIAR UN ABSCESO PARODONTAL DE UN ABSCESO PERIAPICAL.

SI EL DIENTE NO ES VITAL, ES PROBABLE QUE LA LESIÓN SEA PERIAPICAL.

UNA FÍSTULA DE UNA LESIÓN PERIAPICAL, SE LOCALIZA MÁS APICALMENTE, MIENTRAS QUE UNA FÍSTULA QUE DRENA EN LA ZONA LATERAL DE LA RAIZ INDICA UNA LESIÓN PARODONTAL.

SIN EMBARGO, EN ALGUNOS CASOS, ESPECIALMENTE EN NIÑOS, LA FÍSTULA DE LA LESIÓN PERIAPICAL DRENA A UN COSTADO DE LA RAIZ, Y NO EN EL ÁPICE.

#### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO PARODONTAL CRÓNICO PUEDE SER POR OPERACIÓN POR COLGAJO O GINGIVECTOMÍA.

OPERACIÓN POR COLGAJO.

- 1.- SE AISLA LA ZONA CON CERA, SE SECA Y SE PINTA CON ANTISÉPTICO, SE INYECTA PARA ASEGURAR LA ANESTESIA.
- 2.- SE BOMBEA EL ABSCESO PARA DETERMINAR LA EXTENSIÓN DE LA LESIÓN.
- 3.- INCISIONES: SE ELIMINAN LOS CÁLCULOS SUPERFICIALES Y SE HACEN DOS INCISIONES VERTICALES DESDE EL MARGEN GINGIVAL HASTA EL PLEGUE MUCOVESTIBULAR, UNA VEZ HECHAS LAS INCISIONES VERTICALES, SE HACE UNA INCISIÓN MESIODISTAL A TRAVÉS DE LA PAPILA INTERDENTAL, CON HISTURÍ PARODONTAL SE DESPRENDE EL COLGAJO Y SE SOSTIENE CON UN SEPARADOR DE TEJIDOS.
- 4.- SE ELIMINA EL TEJIDO DE GRANULACIÓN CON CURETAS. SE ALISAN LAS SUPERFICIES RADICULARES CON AZADAS Y CURETAS. SI HAY FÍSTULA SE LE EXPLORA Y CURETEA.

NO SE TOCA EL HUESO, EXCEPTO EN CASOS EN QUE LA FÍSTULA ESTÉ MUY CERCA AL HUESO, SI ASÍ FUERA SE ELIMINAN LOS PUENTES MARGINALES DE HUESO,



POQUE POR LO GENERAL ESTÁN AFECTADOS PATOLÓGI-  
CAMENTE Y ACTÚAN COMO CUERPOS EXTRAÑOS QUE EN-  
TORPECEN LA CICATRIZACIÓN.

5.- RECOLOCACIÓN DEL COLCAJO: SE LIMPIA LA ZONA CON  
AGUA TIBIA, Y SE VUELVE EL COLCAJO A SU SITIO,-  
SE CUBREN LAS SUPERFICIES CON UN TROZO DE GASA,  
QUE SE SOSTIENE HASTA QUE CESA LA HEMORRAGIA,  
SE QUITA LA GASA, SE SUTURA Y SE CUBRE CON UN--  
APÓSITO PARODONTAL.

6.- INDICACIONES: QUE NO SE ENJUNQUE POR ESPACIO DE  
24 HORAS DESPUÉS DE LAS CUALES PODRA USAR UN EN-  
JUGATORIO DE SABOR AGRADABLE, DILUIDO AL TERCIO  
EN AGUA TIBIA, CADA 2 HORAS.

A LA SEMANA SIGUIENTE, SE RETIRA EL APÓSITO Y LAS--  
SUTURAS Y SE ENSEÑA EL CONTROL DE LA PLACA.

#### TRATAMIENTO POR CINQUESEXTOMÍA.

1.- SE AISLA LA ZONA, SE SECA Y SE PINTA CON UNA SO-  
LUCIÓN ANTISÉPTICA Y SE INYECTA PARA ASEGURAR--  
LA ANESTESIA ADECUADA.

2.- SE SONDEA EL ABSCESO PARA DETERMINAR LA EXTENSIÓN DE LA LESIÓN.

3.- INCISIÓN: SE ELIMINAN CÁLCULOS SUPRACINCIVALES Y SE HACE UNA INCISIÓN SEMILUNAR ALREDEDOR DE 2cm. CON BISTURÍES PARODONTALES #20 G y 21 G.

LA ENCÍA INCIDIDA SE ELIMINA CON UNA AZADA QUIRÚRGICA #190.

4.- SE ELIMINA EL TEJIDO DE GRANULACIÓN Y LOS CÁLCULOS, Y SE ALISAN LAS RAÍCES. NO SE TOCA EL HUESO.

SE LIMPIA LA ZONA CON AGUA TIBIA Y SE CURSE CON UN APÓSITO DE GASA HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA DESPUÉS SE COLOCA UN APÓSITO PARODONTAL.

5.- SE DESPIDE AL PACIENTE CON LA HOJA DE INSTRUCCIONES QUE SE ENTREGA DESPUÉS DE UNA GINGIVECTOMÍA.

A LA SEMANA SIGUIENTE SE RETIRA EL APÓSITO, SE ENSEÑA AL PACIENTE EL CONTROL DE PLACA.

LA SALUD GINGIVAL SE RESTAURA ENTRE LAS 6 y 8 SEMANAS, Y SE OBSERVA REPARACIÓN ÓSEA RADIOGRÁFICA DESPUÉS--

DE 9 MESES.

#### AGRANDAMIENTO DEL EMBARAZO.

EN EL EMBARAZO, EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL PUEDE SER MARGINAL O GENERALIZADO, O PRESENTARSE COMO MASAS MÚLTIPLES DE ASPECTO TUMORAL.

EL EMBARAZO NO PRODUCE LA LESIÓN: EL METABOLISMO ALTERADO DE LOS TEJIDOS INTENSIFICA LA RESPUESTA A LOS IRRITANTES LOCALES.

LA ENCÍA AGRANDADA ES ROJO BRILLANTE O MAGENTA, BLANCA Y FRIABLE, DE SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. SANGRA ESPONTÁNEAMENTE O A UNA PROFUNDACIÓN LEVE.

EL LLAMADO TUMOR DEL EMBARAZO NO ES UNA NEOPLASIA. ES UNA RESPUESTA INFLAMATORIA A LA IRRITACIÓN LOCAL, Y ES MODIFICADO POR EL ESTADO DE LA PACIENTE, SUELE PRESENTARSE DESPUÉS DEL TERCER MES DE EMBARAZO, PERO ES POSIBLE QUE APAREZCA ANTES.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

ES UNA MASA ESFÉRICA CIRCUNSCRITA, APLANADA, SEMEJAN

TE A UN BORDO, POR LO GENERAL, DE COLOR ROJO OSCURO O MAGENTA, DE SUPERFICIE LISA Y BRILLANTE. ES UNA LESIÓN SUPERFICIAL E INVADIE EL HUESO SUBYACENTE.

ES INDOLORO, SALVO QUE SU TAMAÑO Y FORMA SEAN TALES QUE PERMITAN LA ACUMULACIÓN DE RESIDUOS BAJO SU MARGEN O SE INTERPONGAN EN LA OCLUSIÓN, EN CUYO CASO PUEDE HABERSE ÚLCERAS DOLOROSAS.

#### TRATAMIENTO.

LA INFLAMACIÓN DEL AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA INTERDENTAL Y MARGINAL SE TRATAN POR RASPADO Y CURETADO.

EL TRATAMIENTO DE LOS AGRANDAMIENTOS GINGIVALES DE ASPECTO TUMORAL CONSISTE EN LA EXCISIÓN QUIRÚRGICA MÁS EL RASPADO Y ALISADO DE LAS SUPERFICIES DENTALES. EL AGRANDAMIENTO RECIDIVARÁ, SALVO QUE SE ELIMINEN TODOS LOS IRREGULARIDADES. EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA ES UN FACTOR FRECUENTE.

#### AGRANDAMIENTO EN LA PUEBLEDAD.

ES COMÚN OBSERVAR EL AGRANDAMIENTO DE LA ENCÍA DURANTE LA PUEBLEDAD. ELLO SUCEDE TANTO EN VARONES COMO EN MUJERES.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

JERES Y EN ÁREAS DE IRRITACIÓN LOCAL.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EL AGRANDAMIENTO ES MARGINAL E INTERDENTAL Y SE CARACTERIZA POR TENER PAPILAS INTERPROXIMALES ABULTADAS. POR LO GENERAL, SOLO SE AGRANDA LA ENCÍA VESTIBULAR, Y LAS SUPERFICIES LINGUALES QUEDAN RELATIVAMENTE SANAS. PRESENTA TODAS LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL INFLAMATORIA CRÓNICA.

### TRATAMIENTO

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN LA PUBERTAD SE TRATA -- POR RASPAJE Y CURETAJE, Y ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FUENTES DE IRRITACIÓN, Y MEDIANTE EL CONTROL DE PLACA. EL PROBLEMA EN ÉSTOS PACIENTES LO CONSTITUYE LA RECIDIVA A CAUSA DE MALA HIGIENE BUCAL.

## CAPÍTULO IV

### ENFERMEDADES PARODONTALES

LA PARODONTITIS ES EL TIPO MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD--  
PARODONTAL PRODUCIDA POR LA EXTENSIÓN HACIA LOS TEJIDOS -  
PARODONTALES DE SOPORTE DE LA INFLAMACIÓN INICIADA EN LA-  
ENCÍA.

#### PARODONTITIS MARGINAL AGUDA.

ES UN PROCESO INFLAMATORIO AGUDO BIEN LOCALIZADO QUE  
INVADE LAS ZONAS INTERPROXIMAL Y MARGINAL DEL PARODONTO.-  
EL DOLOR ES INTENSO, LA ENCÍA ESTÁ EDEMATOSA, INFLAMADA E  
INTENSAMENTE SENSIBLE AL SONDEO.

EL HUESO SUBYACENTE ESTÁ INVADIDO Y PRESENTA UNA RÁ-  
PIDA DISOLUCIÓN DE SUS COMPONENTES CORTICAL Y TRABECULAR.

#### PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA.

LA PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA, SUELE SER INDOLORA,-

PERO PUEDEN MANIFESTARSE SÍNTOMAS COMO:

- 1.- SENSIBILIDAD A CAMBIOS TÉRMICOS A ALIMENTOS Y LA ESTIMULACIÓN TÁCTIL, COMO CONSECUENCIA DE LA DENUDACIÓN DE LAS RAÍCES.
- 2.- DOLOR IRRADIADO PROFUNDO Y SORDO DURANTE LA MASTICACIÓN Y DESPUÉS DE ELLA, CAUSADO POR EL ACUMULAMIENTO FORZADO DE ALIMENTOS DENTRO DE LAS BOLSAS PARODONTALES.
- 3.- SÍNTOMAS AGUDOS COMO DOLOR PUNZANTE Y SENSIBILIDAD A LA PERCUSIÓN PROVENIENTE DE ABSCESOS PARODONTALES O GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SOBREADREGADA.
- 4.- SÍNTOMAS PULPARES COMO: SENSIBILIDAD A DULCES,-- CAMBIOS TÉRMICOS O DOLOROS PUNZANTES, COMO CONSECUENCIA DE PULPITIS.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

EL PACIENTE PUEDE QUEJARSE DE SANGRADO DE LAS ENCÍAS O DE UN SABOR DESAGRADABLE. HAY MIGRACIÓN DE LA INSERCIÓN EPITELIAL A LO LARGO DE LA RAÍZ HACIA EL ÁPICE. RESORCIÓN DE HUESO ALVEOLAR. FORMACIÓN DE BOLSAS SUPRABASAS

E INFRABÓSEAS, Y MOVILIDAD DENTARIA.

#### BOLSA SUPRABÓSEA.

LA LESIÓN INFLAMATORIA NO SE LIMITA SOLAMENTE A LA--  
ENCÍA, SINO QUE SE HA EXTENDIDO POR LOS TEJIDOS SUBYACEN-  
TES (ES DECIR, HUESO Y ESPACIOS MEDULARES).

LA BASE DE LA BOLSA SE ENCUENTRA EN UN PUNTO O SERIE  
DE PUNTOS CORONALES A LA CRESTA ÓSEA.

RADIOGRÁFICAMENTE, UNA IMAGEN DE RESORCIÓN ÓSEA HORIZ-  
ZONTAL SUGIERE LA FORMACION DE UNA BOLSA SUPRABÓSEA.

#### BOLSA INFRABÓSEA.

ESTÁ LOCALIZADA A UN NIVEL APICAL A LA CRESTA ÓSEA.  
RADIOGRÁFICAMENTE, LA POSIBILIDAD DE UNA BOLSA INFRABÓSEA  
LA SUGIERE UN DEFECTO ÓSEO VERTICAL.

#### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE LA PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA PUE-  
DE SER POR RASPADO O GINGIVECTOMÍA.



**RASPAJE Y CURETAJE:** ES EL TRATAMIENTO PARA LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS PARODONTALES PROFUNDAS SUPRACÓSEAS E INFRACÓSEAS DONDE LOS CÁLCULOS QUE SE HALLAN SOBRE LA RAZA PUEDEN VERSE EN SU TOTALIDAD MEDIANTE LA SEPARACIÓN DE LA PARED DE LA BOLSA CON UN CHORO DE AIRE TIBIO.

**GINGIVECTOMÍA:** ES EL TRATAMIENTO PARA LA ELIMINACIÓN DE BOLSAS SUPRACÓSEAS PROFUNDAS DONDE LOS DEPÓSITOS QUE SE HALLAN SOBRE LA RAZA NO PUEDEN VERSE CUANDO LA PARED DE LA BOLSA ES SEPARADA CON UNA SONDA O CHORO DE AIRE TIBIO. TAMBIÉN EN TODAS LAS BOLSAS SUPRACÓSEAS INDEPENDIENTEMENTE DE SU PROFUNDIDAD, SI LA PARED DE LA BOLSA ES FIBROSA Y FIENE.

#### RASPAJE Y CURETAJE.

PRIMERAMENTE: ANESTESIAMOS LA ZONA Y AISLAMOS CON ROLLOS DE ALGODÓN O GASAS PINCELANDO LA ZONA CON UN ANTISÉPTICO SUAVE, COMO EL MERTHIOLATE O METAPREN.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE RASPAJE Y CURETAJE, SE LIMPIA LA ZONA INTERMITENTEMENTE CON TORUNDAS DE ALGODÓN-SATURADAS CON UNA MEZCLA A PARTES IGUALES DE AGUA TIBIA Y AGUA OXIGENADA AL 35.

SEGUNDO: ELIMINAREMOS LOS CÁLCULOS SUPRACINGIVALES -  
CON RASPADORES SUPERFICIALES. ESTO TENDRÁ POR CONSECUEN-  
CIA LA RETRACCIÓN DE LA ENCÍA DENTADO A LA HEMORRAGIA DE--  
SANGRENEADA, INCLUSO POR LA INSTRUMENTACIÓN MÁS SUAVE.

TERCERO: ELIMINAREMOS LOS CÁLCULOS SUBCINGIVALES-  
INTRODUCIENDO UNA CURETA HASTA EL FONDO DE LA BOLSA, POR-  
DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DEL CÁLCULO Y LO DESPRENDEMOS.

CUARTO: ALISAMOS LA SUPERFICIE DENTAL UTILIZANDO CU-  
RETAS PARA ASEGURAR LA ELIMINACIÓN DE DEPÓSITOS PROFUNDOS  
DE CEMENTO NECRÓTICO Y EL ALISAMIENTO DE LAS SUPERFICIES-  
RADICULARES.

QUINTO: ELIMINAREMOS EL REVESTIMIENTO INTERNO ENFER-  
MO DE LA PARED DE LA BOLSA CON CURETAS DE BORDES CORTAN-  
TES EN AMBOS LADOS, DE MODO QUE EN LA MISMA OPERACIÓN SE-  
ALISE LA SAIX.

FINALMENTE SE PULE LA SUPERFICIE DENTAL CON TAZAS PE-  
LIDORAS DE GOMA CON ZISCATE MEJORADO O UNA PASTA DE PIEDRA  
PÓREZ FINA CON AGUA.

EL CAMPO SE LIMPIA CON AGUA TIBIA Y SE EJERCE PRESIÓN SUAVE PARA ADAPTAR LA ENCÍA AL DIENTE. EL USO DE BARNIZ-PARA TEJIDOS, PARA CUBRIR LA ZONA ES OPCIONAL.

SE RECOMIENDA AL PACIENTE, PRESTAR ATENCIÓN ESPECIAL A LA LIMPIEZA DE SUS DIENTES, LIMPIEZA QUE PRIMERO SERÁ-- SUAVE Y LUEGO SE AUMENTARÁ GRADUALMENTE EL VIGOR DEL CEPILLO, LA LIMPIEZA INTERDENTAL Y EL USO DEL HILO, SEGUIDO DE IRRIGACIÓN CON AGUA.

#### GINGIVECTOMÍA.

LAS BOLSAS LAS EXPLORAMOS CON UNA SONDA PARADONTAL Y LAS MARCAMOS CON UNA PINZA MARCADORA DE BOLSAS. INTRODUCIMOS LA PINZA CON EL EXTREMO RECTO HASTA EL FONDO DE LA BOLSA Y MARCAMOS LA PROFUNDIDAD CON EL EXTREMO PARA PUNZAR HACIENDO PUNTOS SANGRANTES EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA BOLSAS.

INCISIÓN: SE HACE POR APICAL A LOS PUNTOS SANGRANTES Y LA EXTENDAMOS HASTA EL FINAL A NIVEL DEL FONDO DE LA BOLSA. DONDE NUESTRA ENCÍA SEA GRUESA, EL BISEL PUEDE-- SER LARGO, POR EL CONTRARIO, EN PRESENCIA DE ENCÍA DELGADA, NUESTRO BISEL SERÁ CORTO, SE PUEDE USAR LA INCISIÓN-- CONTINUA O DISCONTINUA.

INCISIÓN DISCONTINUA: SE COMIENZA EN LA SUPERFICIE -- VESTIBULAR DEL ÁNGULO DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE AVANZA HACIA ADELANTE, SIGUIENDO EL CURSO DE LAS BOLSAS, HASTA EL ÁNGULO DISTOVESTIBULAR DEL DIENTE QUE SIGUE.

LA OTRA INCISIÓN SE COMIENZA ANÍ DONDE LA ANTERIOR -- CRUZA EL ESPACIO INTERDENTAL, Y ASÍ SE REPITE EN CADA DIENTE POR OPERAR.

INCISIÓN CONTINUA: SE COMIENZA EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DEL ÚLTIMO DIENTE Y SE LLEVA HACIA ADELANTE SIN INTERRUPCIÓN, SIGUIENDO EL CURSO DE LAS BOLSAS HASTA LA LÍNEA-MEDIA. EL PROCESO SE REPITE EN LA SUPERFICIE LINGUAL.

INCISIÓN DISTAL: UNA VEZ QUE REALIZAMOS LAS DOS INCISIONES, TANTO POR VESTIBULAR COMO POR LINGUAL O PALATINO, LAS UNIREMOS MEDIANTE UNA INCISIÓN EN LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE RESUPCIONADO, HACIÉNDOLA CON UN BISTURÍ - 20 G Y POR DEBAJO DEL FONDO DE LA BOLSA, DEBIENDO DE BISELAR A HOMB QUE COINCIDA CON LAS OTRAS DOS INCISIONES.

ELIMINAR EL TEJIDO DE GRANULACIÓN CON CURETAS ANTES - DE COMENZAR EL RASPADO MECÁNICO.

ELIMINAR EL CÁLCULO Y EL CEMENTO NECRÓTICO Y ALISAR - LA SUPERFICIE RADICULAR CON RASPADORES Y CURETAS.

DESPUÉS LA ZONA SE LAVA VARIAS VECES CON AGUA TIBIA Y SE CUBRE CON UN TROZO DE GASA DOBLADO EN FORMA DE U.

SE INDICA AL PACIENTE QUE OCLUTA SOBRE LA GASA, LA CUAL SE DEJA PUESTA HASTA QUE CESE LA HEMORRAGIA.

COLOCACIÓN DEL APÓSITO: EL APÓSITO SE MODELA EN DOS CILINDROS DE LA LONGITUD DE LA ZONA TRATADA.

SE DOBLA UN EXTREMO DEL CILINDRO EN FORMA DE GANCHO Y SE COLOCA ALREDEDOR DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE Y EL RESTO DEL CILINDRO SE LLEVA HACIA ADELANTE HASTA LA LÍNEA MEDIA, PRESIONÁNDOLO SUAVEMENTE A LO LARGO DEL MARGEN GINGIVAL INCIDIDO. EL SEGUNDO CILINDRO SE APLICA EN LA SUPERFICIE LINGUAL Y SE UNE A LAS ZONAS INTERPROXIMALES. MEDIANTE PRESIÓN SUAVE SOBRE LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL DEL APÓSITO.

#### PARODONTITIS COMPLEJA CRÓNICA.

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SON LAS MISMAS QUE EN LA PARODONTITIS SIMPLE CRÓNICA CON LAS SIGUIENTES EXCEPCIONES: HAY UNA INCIDENCIA MÁS ALTA DE BOLSAS INFRAÓSEAS, Y PÉRDIDA ÓSEA ANGULAR (VERTICAL) MÁS QUE HORIZONTAL, ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

LA MOVILIDAD DENTARIA TIENDE A APARECER ANTES Y A SER MÁS INTENSA.

LA PARODONTITIS COMPLEJA SE ORIGINA POR LOS EFECTOS - COMBINADOS DE LA PLACA BACTERIANA Y LA INFLAMACIÓN RESULTANTE, Y EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN.

#### ENFERMEDADES DISTRÓFICAS.

a) HIPERPLÁSICAS.    b) ATRÓFICAS.    c) DEGENERATIVAS.

#### HIPERPLÁSICAS.

LOS TRASTORNOS VERDADERAMENTE HIPERPLÁSICOS POR LO GENERAL PUEDEN DISTINGUIRSE POR EL COLOR PÁLIDO Y LA CONSISTENCIA FERRE DE LAS ENCÍAS.

#### FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA.

ESTE TRASTORNO RARO SE CARACTERIZA POR HIPERPLASIA FIBROSA BUNDA DE LAS ENCÍAS.

EL INICIO DEL CRECIMIENTO GINGIVAL PUEDE SER TEMPRANO EN LA LACTANCIA ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES O BIEN PUEDE NO DESARROLLARSE HASTA UNA ETAPA ULTERIOR DE LA INFANCIA. LAS ENCÍAS PUEDEN ESTAR TAN BUIDAMENTE CRECIDAS-

COMO PARA CUBRIR POR COMPLETO A LOS BIENES Y SON PÁLIDAS, FIRMES Y DE TEXTURA LISA O PUNTUDA.

#### TRATAMIENTO.

EL TEJIDO GINGIVAL EXCESIVO SOLO PUEDE ELIMINARSE MEDIANTE LA INCISIÓN QUIRÚRGICA, PERO ES POSIBLE QUE SE VUELVA A FORMAR. SI TIENE QUE LLEVARSE A CABO GINGIVECTOMÍA, DEBE RETARDARSE EL MAYOR TIEMPO POSIBLE, DE PREFERENCIA -- NASTA DESPUÉS DE LA PUBERTAD QUE ES CUANDO LA TASA DE CRECIMIENTO DE LOS TEJIDOS ES MÁS LENTA.

DEBE PRESTARSE ATENCIÓN A LA HIGIENE ORAL PARA EVITAR QUE LOS EFECTOS DE LA INFECCIÓN SE SUPERPONGAN.

#### HIPERPLASIA POR FENITOÍNA.

LA HIPERPLASIA GINGIVAL DE PACIENTES QUE TOMAN FENITOÍNA (EPASUTIS, BILANTIN) PARA EL CONTROL DE LA EPILEPSIA COMIENZA COMO TODO UN AGRANDAMIENTO ISOCÓLORO, QUE AFECTA -- PRINCIPALMENTE A LAS PAPILAS INTERDENTALES, LAS CUALES SE-- TORNAN BULBOSAS Y SE SUPERPONEN A LOS DIENTES.

DE MANERA TÍPICA LAS ESCIAS ESTÁN FIRMES Y PÁLIDAS, -- TIENEN FUERA DE MORA CON UNA SUPERFICIE FINAMENTE LOBULADA QUE NO TIENDE A SANGRAR.

POR LO GENERAL LA HIPERPLASIA ES GENERALIZADA, PERO -  
MÁS INTENSA EN LAS REGIONES ANTERIORES, SUPERIOR E INFE---  
RIOR.

#### TRATAMIENTO.

EN LA HIPERPLASIA NO INFLAMATORIA CAUSADA POR LA PERIO-  
DONTA, LA SUPRESIÓN DE LA DROGA ES EL ÚNICO MÉTODO PARA --  
ELIMINARLA.

LA HIPERPLASIA CAUSADA POR PERIODONTIA MÁS INFLAMACIÓN-  
CAUSADA POR LA IRRITACIÓN LOCAL, SE TRATA POR CIRCUNFECTO--  
MÍA Y ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FUENTES DE IRRITACIÓN LOCAL  
A MÁS DEL CONTROL MINUCIOSO DE LA PLACA POR PARTE DEL PA--  
CIENTE.

#### ATRÓFICAS.

LA ATRÓFIA DE LOS TEJIDOS PARADONTALES PRODUCE RECE--  
SIÓN GINGIVAL Y EXPOSICIÓN GRADUAL DE LAS RAÍCES DEL DIENTE.  
ESTE TRASTORNO PRINCIPALMENTE SE PRODUCE CON EL AU--  
MENTO DE LA EDAD Y EL USO SOBRE LOS TEJIDOS, Y APARTE DEL-  
RETRAIMIENTO, LAS ENCÍAS CARACTERÍSTICAMENTE SON SALUDA---  
BLES.

#### ATROFIA POR DESUSO.

LA ATRÓFIA POR DESUSO SE PRODUCE CUANDO LA ESTIMULA--  
CIÓN FUNCIONAL QUE SE DEMANDA PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS



TEJIDOS PARODONTALES DISMINUYE INTENSAMENTE O FALTA.

SE CARACTERIZA POR EL ADELGAZAMIENTO DEL LIGAMENTO PARODONTAL, ADELGAZAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE FIBRAS PARODONTALES, ENGROSAMIENTO DEL CEMENTO Y REDUCCIÓN DE LA ALTURA DEL HUESO ALVEOLAR Y OSTEOPOROSIS, QUE SE PRESENTA COMO UNA DISMINUCIÓN DEL NÚMERO Y ESPESOR DE LAS TRABÉCULAS ÓSEAS. APARTE DEL RETRAIMIENTO, LAS ENCÍAS CARACTERÍSTICAMENTE SON SALVABLES.

#### RECESIÓN GINGIVAL

ÉSTE FENÓMENO SE DEBE PRINCIPALMENTE A LOS CAMBIOS NATURALES QUE ACOMPAÑAN A LA EDAD. A MEDIDA QUE AVANZA LA EDAD LOS BORDES GINGIVALES SE RETRAEN DE LAS CORONAS DE LOS DIENTES, PERO POR LO GENERAL ESTÁN SANOS, LOS DIENTES POR SUPUESTO NO PRESENTAN CAMBIOS.

CLÍNICAMENTE LAS ENCÍAS SUELEN SER DE COLOR PÁLIDO Y TIENEN UNA CONSISTENCIA FIRME, PERO PARTE DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES ESTÁN EXPUESTAS.

#### TRATAMIENTO.

LA PRINCIPAL CONSIDERACIÓN ESTIBA EN MANTENER LÍMPIDOS LOS BORDES GINGIVALES, ESPECIALMENTE EN LOS ESPACIOS INTERSTICIALES CRECIDOS. PARA ESTE DEBEN USARSE PALILLOS DE MADERA,

LA PREVENCIÓN DE LA GINGIVITIS CRÓNICA ES LA ÚNICA MEDIDA ÚTIL EN CASOS DE RECESIÓN PRESENTIL NO PUEDE HACERSE NADA PARA RESTABLECER EL TEJIDO PERDIDO.

LA SENSIBILIDAD DE LA DENTINA A MENUDO PUEDE REDUCIRSE MEDIANTE LA APLICACIÓN DE ASTRINGENTES POTENTES COMO: UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE ZINC. PARA LOS DIENTES POSTERIORES NITRATO DE PLATA.

LA SOLUCIÓN SE APLICA A LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES QUE SE HAN SECADO Y AISLADO DE LAS ENCÍAS; EL PROCEDIMIENTO SE REPITE HASTA QUE LA DENTINA SE DESENSIBILICE EFECTIVAMENTE.

#### DEGENERATIVAS.

ESTA FORMA INCLUYE LESIONES DESTRUCTIVAS AVANZADAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

#### PARODONTITIS JUVENIL. (PARODONTOSIS).

ESTA ES UNA ENFERMEDAD RARA CARACTERIZADA POR RESORCIÓN ALVEOLAR CON MOVILIDAD DE LOS DIENTES, QUE AFECTA A PACIENTES JÓVENES, LOS DIENTES TAMBIÉN PUEDEN INCLINARSE O LLEGAR A TENER EXTRUSIÓN.

LA DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES ES LA BASE DE SU CLASIFICACIÓN EN LAS FORMAS GENERALIZADA Y LOCALIZADA. LA PRIMERA ABARCA LA TOTALIDAD DE LOS DIENTES, MIENTRAS QUE -

LA SEGUNDA ATACA LOS PRIMEROS MOLARES Y LOS INCISIVOS.

FORMA GENERALIZADA: LAS LESIONES CORRESPONDEN A TRASTORNOS SISTÉMICOS COMO HIPOFOSFATENIA, ACRANULOCITOSIS, -- SÍNDROME DE DOWS Y OTROS. POSEEN DIFERENTES CARACTERÍSTICAS SEGÚN LA ENFERMEDAD SISTÉMICA.

FORMA LOCALIZADA: INCLUYE LO QUE AHORA LLAMAMOS PARODONTITIS JUVENIL IDIOPÁTICA O PARODONTOSIS.

LA CAUSA DE LA PARODONTOSIS DE HECHO SE DESCONOCE, PE RO RECIENTEMENTE SE HA SUGERIDO QUE LA PRESENCIA DE CIER--TOS BACILOS ANAEROBIOS GRAMNEGATIVOS PUEDEN SER FACTORES -- CONTRIBUYENTES O CAUSALES.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

LA CARACTERÍSTICA MÁS NOTABLE ES LA FALTA DE INFLAMACIÓN CLÍNICA Y LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES SON MOVILIDAD Y MI GRACIÓN DE INCISIVOS Y PRIMEROS MOLARES. LA MENOR DES--TRUCCIÓN SE DA EN LA ZONA DE PREMOLARES INFERIORES.

A MEDIDA QUE LA ENFERMEDAD AVANZA, LAS SUPERFICIES RA DICULARES DENTADAS SE TORNAV SENSIBLES A CAMBIOS DE TEMPE RATURA, ALIMENTOS Y ESTÍMULOS TÁCTILES COMO LOS PROVOCADOS POR CERRAS DE CEPILLO O LAS HOJAS DE LAS CURETAS.

AL MASTICAR PUEDE SENTIRSE DOLOR DEBIDO A LA IRRITA--CIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE ORIGINADA POR LOS BIEN-

TES MÓVILES Y EL EMPAQUETAMIENTO DE COMIDA.

LA PÉRDIDA ÓSEA VERTICAL ALREDEDOR DE LOS PRIMEROS MOLARES E INCISIVOS EN PERSONAS QUE NO TENGAN ALGUNA OTRA ENFERMEDAD ES UN SIGNO DIAGNÓSTICO CLÁSICO DE PARODONTITIS JUVENIL.

LAS MANIFESTACIONES RADIOGRÁFICAS INCLUYEN "PÉRDIDA DE HUESO PROFUNDA E IRREGULAR Y EL DESPLAZAMIENTO DE LOS DIENTES ANTERIORES".

#### TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO POR FUERZA ES SINTOMÁTICO Y DE UTILIDAD LIMITADA. LOS DIENTES GRAVEMENTE AFECTADOS DEBEN EXTRAERSE. HAY Poca ESPERANZA PARA RESTABLECER LOS DIENTES INESTABLES A SUS POSICIONES ORIGINALES.

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

UNO DE LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES QUE PUEDE DARNME -- CUENTA DURANTE EL DESARROLLO DE MI TESIS, FUE QUE EL TIPO-- MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL ES LA INFLAMACIÓN SIMPLE-- CAUSADA POR LA PLACA BACTERIANA Y LA ENFERMEDAD PARODONTAL ES PRECEDIDA POR ESTA, CUANDO LA INFLAMACIÓN SE EXTIENDE -- A LOS TEJIDOS PARODONTALES DE SOPORTE. SIN EMBARGO, EN-- LA ENCÍA OCURREN PROCESOS PATOLÓGICOS QUE NO SON CAUSADOS-- POR LA IRRITACIÓN LOCAL, COMO ATROFIA, HIPERPLASIA Y NEO-- PLASIA. ADEMÁS NO TODOS LOS CASOS DE GINGIVITIS SON IGUA-- LES POR EL HECHO DE QUE PRESENTEN INFLAMACIÓN, ES PRECISO-- DISTINGUIR ENTRE INFLAMACIÓN Y OTROS PROCESOS PATOLÓGICOS-- QUE PUDIERAN HALLARSE EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PARODON-- TAL.

POR ÚLTIMO, CADA ODONTÓLOGO GENERAL DEBERÍAS ESTAR FA-- MILIARIZADOS CON LOS PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO PARODONTAL, PORQUE EL NO DIAGNOSTICAR E TRATAR O HACER EL TRATAMIENTO PARODONTAL DISPONIBLE A NUESTROS PACIENTES CAU-- SARÁ PROBLEMAS DENTALES INNECESARIOS Y PÉRDIDA DE DIENTES.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- CAMSON R.A.  
CIRUGÍA Y PATOLOGÍA ODONTOLÓGICAS.  
EDITORIAL MANUAL MODERNO S.A. DE C.V.  
MÉXICO, D.F., 1983  
3a. EDICIÓN.  
534 PÁGINAS.
  
- 2.- GLICEMAN.  
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
MÉXICO, D.F., 1983  
5a. EDICIÓN.  
1073 PÁGINAS.
  
- 3.- GUSTON ARTHUR C.  
TRATADO DE FISIOLÓGÍA MÉDICA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
MÉXICO, D.F., 1978  
5a. EDICIÓN.  
1159 PÁGINAS.
  
- 4.- BRUCE GUSTAVO O.  
TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
4a. EDICIÓN.  
616 PÁGINAS.
  
- 5.- Mc. GRAM-HILL  
PERIODONTOLOGÍA.  
EDITORIAL INTERAMERICANA, VOLUMEN 2  
DIAGONAL 1988  
427 PÁGINAS.

6.- THOMA.

PATOLOGIA ORAL.  
EDITORIAL SALVAT EDITORES S.A.  
BARCELONA, ESPAÑA 1973  
6a. EDICION  
1373 PÁGINAS.

7.- ZEGARELLI EDWARD V.

DIAGNÓSTICO EX PATOLOGIA ORAL.  
EDITORIAL SALVAT S.A.  
MALLORCA 43 BARCELONA, ESPAÑA 1981  
651 PÁGINAS.