

870122

54  
2ej

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE PERIODONTITIS  
JUVENIL FORMA GENERALIZADA Y  
PERIODONTITIS FORMA LOCALIZADA.

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A

Elva Leticia Jiménez Sandoval

Asesor: Dra. Josefina Terríquez Casillas

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



## **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.

## I N D I C E .

Introducción.....	1
CAPITULO I.- Generalidades del Periodonto Normal.....	3
La encía.....	4
Ligamento Periodontal.....	12
El cemento.....	18
Hueso Alveolar o apofisis alveolar.....	21
CAPITULO II.- Periodontitis y Periodontosis.....	24
A.- Terminología.....	26
B.- Definición de Periodontitis y Perio-- dosis.....	27
C.- Características clinicas e Histologi-- cas.....	28
CAPITULO III.- Periodontitis Juvenil forma generalizada y Pe-- riodontitis Juvenil forma localizada.....	37
CAPITULO IV.- Generalidades del tratamiento de la Periodonti-- tis Juvenil localizada y Periodontitis Juvenil - generalizada.....	54

Conclusiones.....58

Bibliografía.....60

## INTRODUCCION .

En la práctica de la Odontología moderna, existen dos enfermedades fundamentales que el Cirujano Dentista tiene que aprender y tratar, éstas enfermedades son: La Caries y la Enfermedad Periodontal con sus respectivas consecuencias.

En este caso nos enfocaremos sobre las enfermedades periodontales y más específicamente sobre la Periodontitis Juvenil y sus dos formas existentes; pero antes es necesario - hacer notar que para poder llegar a diagnosticar los problemas periodontales es necesario conocer lo que es un periodonto normal y cada uno de sus componentes, así de esta manera podremos evaluar correctamente el estado de nuestro paciente.

La Periodontitis Juvenil, es un tipo de Periodontopatía que es causa de pérdida prematura de dientes en adolescentes y adultos jóvenes; creando en ellos un gran problema físico y psicológico, ya que en esta etapa de su vida están más en contacto con la sociedad.

Es importante llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial entre las dos formas existentes de la Periodontitis Juvenil, para realizar una buena terapéutica en nuestros pacientes con este tipo de problemas.

Todo buen Cirujano Dentista de práctica general, además de estar comprometido de hacer cuanto podamos por ayu--

dar a resolver el problema que presenta nuestro paciente, es responsable de llevar a cabo un programa de prevención y de educación del paciente para mantener su salud dental.

## **CAPITULO I.-**

### **GENERALIDADES DEL PERIODONTO NORMAL**

- a.- La encia**
- b.- Ligamento**
- c.- Cemento**
- d.- Hueso Alveolar**

## CAPITULO I.-

GENERALIDADES DEL PERIODONTO NORMAL

El periodoncio es el tejido de protección y sostén del diente, y se compone de Ligamento Periodontal, Encía, Cemento y Hueso Alveolar. El cemento se considera como parte del Periodonto, porque, junto con el Hueso sirve de sostén de las fibras del Ligamento Periodontal. El periodoncio está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales, así como a cambios con la edad. Este capítulo trata de las características normales de los tejidos del Periodoncio cuyo conocimiento es necesario para comprender la enfermedad Periodontal.

El Periodonto es una entidad funcional, que actúa como una unidad, esta formada por cuatro estructuras que son:

- A.- LA ENCIA.
- B.- EL LIGAMENTO PARODONTAL
- C.- HUESO O APOFISIS ALVEOLAR
- D.- CEMENTO DENTAL

Se describirán a continuación cada una de las cuatro estructuras, con sus características respectivas.

## LA ENCIA

La mucosa bucal se compone de las tres zonas siguientes: la encía y el revestimiento del paladar duro, denominada mucosa masticatoria; el dorso de la lengua, cubierto por mucosa especializada, y la mucosa bucal que tapiza el resto de la cavidad bucal. La encía es la parte de la mucosa bucal que cubre las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.

### CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES

La encía se divide en las áreas: marginal, insertada e interdental.

#### ENCIA MARGINAL O ENCIA LIBRE:

Es el borde de encía que rodea los dientes, a modo de collar; es la que está en el margen. Mide de 1 a 1½ mm. forma la pared blanda del surco gingival. Puede separarse -- con una sonda periodontal. Forma la papila interdental ( situada por debajo de los puntos de contacto ).

Se encuentra separada por el surco marginal de la encía insertada.

#### SURCO GINGIVAL:

Es una hendidura o espacio poco profundo alrededor del diente cuyos límites son por un lado la superficie del diente y por el otro el epitelio que tapiza el margen libre de la encía. Tiene forma de V y su profundidad varía de 0 a 6 mm y su promedio es de 1.8 mm.

#### CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS NORMALES DE LA ENCIA MARGINAL:

Consta de un núcleo central de tejido conectivo - cubierto de epitelio escamoso estratificado. El epitelio de la cresta y de la superficie externa de la encía marginal es queratinizado, para-queratinizado, o de los dos tipos, contiene - prolongaciones o crestas epiteliales prominentes y se continúa con el epitelio de la encía insertada.

El tejido conectivo de la encía marginal es densamente colágeno y contiene un sistema de haces de fibras colágenas denominado fibras gingivales, las cuales tienen las funciones de: Mantener la encía marginal firmemente adosada contra el diente, para proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación sin ser separada de la superficie dentaria y unir la encía marginal libre con el cemento - de la raíz y la encía insertada adyacente.

Las fibras gingivales se disponen en 3 grupos:

#### GRUPO GINGIVODENTAL:

Estas son fibras de la superficies vestibular, --

lingual e interproximal. Se hayan incluídas en el cemento inmediatamente debajo del epitelio, en la base del surco gingival. En las superficies vestibular y lingual se proyectan desde el cemento, en forma de abanico, hacia la cresta y la superficie externa de la encía.

#### GRUPO CIRCULAR:

Son las fibras que corren a través del tejido - - conectivo de la encía marginal e interdental y rodean al diente a modo de anillo.

#### GRUPO TRANSEPTAL:

Situadas interproximalmente, forman haces horizontales que se extienden entre el cemento de dientes vecinos.

#### ENCIA INSERTADA O ADHERIDA:

Se continúa con la encía marginal. Es firme, resistente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes. Está separada por la línea mucogingival. Varía de menos de 1 a 9 mm. El puntillero que presenta es debido a las fibras de colágena. Cuando se encuentra inflamación desaparece este puntillero de cáscara de naranja.

#### ENCIA INTERDENTAL Y EL COL:

La encía interdental ocupa el nicho gingival, que

es el espacio interproximal situado debajo del área de contacto. Consta de 2 papilas: vestibular y lingual y el Col: es una depresión que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal. La encía interdental también es conocida como papila interdental o papila interproximal.

Incluso cuando los dientes están en contacto, el col puede faltar en algunos individuos cuando no hay contacto dentario interproximal, la encía se haya firmemente unida al hueso interdental y forma una superficie redondeada lisa sin papilas interdetales. La falta de queratina en el epitelio -- del col del adulto probablemente lo hace más susceptible al -- ataque bacteriano y a la enfermedad.

#### VASCULARIZACION, LINFATICOS Y NERVIOS.

Hay 3 fuentes de vascularización de la encía:

- 1.- Arteriolas supraparióísticas.- ( Algunas ramas de las arteriolas pasan a través del Hueso Alveolar hacia el Ligamento Periodontal ).
- 2.- Vasos del ligamento Periodontal.
- 3.- Arteriolas que emergen de la cresta del tabique interdental.

El drenaje linfático de la encía comienza en los linfáticos de las papilas de tejido conectivo. La inervación gingival deriva de fibras que nacen con nervios del ligamento periodontal y proviene de las terminaciones nerviosas del nervio trigémino como son los nervios: labial, bucal y palatino.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS Y MICROSCOPICAS NORMALES DE LA ENCIA.

##### COLOR:

Por lo general, el color de la encia insertada y marginal se describe como rosa coral y es producido por el - - aporte sanguíneo, el espesor y el grado de queratinización del epitelio, y la presencia de células que contienen pigmentos.

El color varía según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea. Es más claro en individuos rubios de tez blanca que en trigueños de tez morena.

La encía insertada está separada de la mucosa alveolar adyacente en la zona vestibular por una línea mucogingival claramente definida.

La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante y no rosada y punteada; esta comparación explica la diferencia del aspecto.

### PIGMENTACION FISIOLOGICA ( Melanina ):

La melanina, pigmento pardo que no deriva de la hemoglobina, produce la pigmentación normal de la piel, encía y el resto de la membrana mucosa bucal. Existe en todos los individuos, con frecuencia en cantidades insuficientes para ser detectada clínicamente, pero está ausente o muy disminuida en el albinismo.

La pigmentación melánica en la cavidad bucal es acentuada en los negros:

### TAMARO:

Corresponde a la suma del vol. de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común de la enfermedad gingival.

### CONSISTENCIA:

La encía es firme y resiliente y con excepción -- del margen libre movable, está fuertemente unida al hueso subyacente.

Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza -- del margen gingival.

### TEXTURA SUPERFICIAL:

La encía presenta una superficie finamente lobulada, como una cáscara de naranja, y se dice que es punteada. La forma y la extensión del punteado varían de una persona a otra y en diferentes zonas de una misma boca. El punteado varía con la edad. No existe en menores de cinco años, aparece en algunos niños alrededor de los cinco años, aumenta hasta la edad adulta, y con frecuencia comienza a desaparecer en la vejez.

El punteado es una forma de adaptación por especialización o refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana, y la reducción o pérdida del punteado es un signo común de enfermedad gingival, cuando se devuelve la encía a su estado de salud, después del tratamiento, reaparece el aspecto punteado.

### QUERATINIZACION:

• El epitelio que cubre la superficie externa de la encía marginal y la encía insertada es queratinizado o para -- queratinizado, o presenta combinaciones diversas de los dos es tados. Se considera que la queratinización es una adaptación protectora a la función, que aumenta cuando se estimula la encía mediante el cepillado dental. La queratinización de la mucosa bucal disminuye con la edad y la aparición de la menopausia.

El epitelio bucal experimenta una renovación continua, su espesor se conserva gracias a un equilibrio entre la

formación de nuevas células en las capas basal y espinosa, y -  
la descamación de las células viejas en la superficie.

#### POSICION:

Se refiere al nivel en que la encía marginal se -  
une al diente. Al medir con una sonda paradontal si hay más de  
3 milímetros se considera bolsa patológica.

#### RECESION GINGIVAL, ATROFIA GINGIVAL:

Es la exposición de la raíz por migración apical  
de la encía. La exposición excesiva se llama Recesión Patológica.

#### HALLAZGOS CLINICOS:

El examen de la encía incluirá análisis del color  
forma, tamaño, textura y consistencia de la encía, ubicación -  
de la unión muco-gingival; presencia o ausencia de una banda -  
de encía insertada. Profundidad del surco, ubicación de freni-  
llos, movilidad dental y posición del diente.

La movilidad del diente se determina balanceándo-  
lo entre dos instrumentos en dirección vestibulolingual. Los --  
dientes en general no muestran movilidad excepto tal vez por -  
los incisivos inferiores, en donde es normal encontrar una li-  
gera movilidad.

## LIGAMENTO PERIODONTAL.

Es la estructura del tejido conectivo que rodea - la raíz y la une al hueso. Es una continuación del tejido co-nectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de conductos vasculares del hueso.

Esta formado por: fibras, elementos celulares, vasos y nervios.

### FIBRAS PRINCIPALES:

Los elementos más importantes del ligamento perio-dontal son las fibras principales, que son colágenas, dispues-tas en haces. Los extremos de las fibras principales, que se - insertan en el cemento y hueso se llaman fibras de Sharpey.

• Las fibras principales se distribuyen en los si-  
guientes grupos:

### GRUPO DE FIBRAS TRANSEPTALES:

Se extienden interproximales sobre la cresta al-  
veolar y se incluyen en el cemento de dientes vecinos. Se re-  
construyen incluso cuando hay destrucción del hueso alveolar -  
en la enfermedad parodontal.

#### GRUPO DE FIBRAS DE LA CRESTA ALVEOLAR:

Se extienden oblicuamente desde el cemento por debajo del epitelio de unión hasta la cresta alveolar. Función: equilibrar el empuje coronario de las fibras más apicales, ayudando a mantener el diente dentro del alveolo y a resistir los movimientos laterales del diente.

#### GRUPO DE FIBRAS HORIZONTALES:

Se extienden perpendicularmente al eje mayor del diente, desde el cemento hacia el hueso alveolar. Su función es similar a las del grupo de la cresta alveolar.

#### GRUPO DE FIBRAS OBLICUAS:

Es el grupo más grande del ligamento Periodontal, se extienden del cemento, en dirección coronaria, en sentido oblicuo respecto al hueso. Soportan el grueso de las fuerzas masticatorias y las transforman en tensión sobre el hueso alveolar.

#### GRUPO DE FIBRAS APICALES:

Se irradia desde el cemento hacia el hueso, en el fondo del alveolo. No lo hay en raíces incompletas.

OTRAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

**FIBRAS ELASTICAS:**

Son relativamente pocas, se encuentran alrededor de vasos sanguíneos.

**FIBRAS OXITALAMICAS ( Acidoresistentes ).**

Se disponen alrededor de los vasos y se insertan en el cemento del tercio cervical de la raíz. No se conoce su función.

Se han detectado fibras colágenas pequeñas junto con las fibras colágenas principales. Estas fibras se les ha denominado indiferentes.

**ELEMENTOS CELULARES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL**

Son los fibroblastos, células endoteliales, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, macrófagos de los tejidos y cordones de células epiteliales, denominados " Restos -- epiteliales de malasez o células epiteliales en reposo ".

**FIBROBLASTOS.-** Forman colágeno.

**CEMENTOBLASTOS.-** Forman cemento sobre la superficie del cemento radicular.

OSTEOBLASTOS.- Forman hueso

OSTEOCLASTOS.- Reabsorven hueso

MACROFAGOS.- Células de defensa, fagocitan productos de desecho.

RESTOS EPITELIALES DE MALASEZ.- Se encuentran a nivel de los ápices de los dientes. Estos disminuyen con la edad o se calcifican y forman cementículos o formar quistes periapicales o quistes radiculares.

VASCULARIZACION.- Proviene de las arterias alveolares superior o inferior.

INERVACION.- El ligamento periodontal se haya innervado por fibras nerviosas sensoriales capaces de transmitir sensaciones táctiles, de presión y dolor por las vías trigéminas.

#### FUNCIONES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

Son: Físicas, formativas, nutricionales y sensoriales.

### FUNCION FISICA:

Las funciones físicas del ligamento periodontal - abarcan:

Trasmisión de fuerzas oclusales al hueso.

Inserción del diente al hueso

Mantenimiento de los tejidos gingivales en sus re laciones adecuadas con los dientes.

Resistencia al impacto de las fuerzas oclusales - ( absorción del choque ), y provisión de una " en voltura de tejido blando " para proteger los va-- sos y nervios de lesiones producidas por fuerzas mecánicas.

La destrucción del ligamento periodontal y del -- hueso alveolar por la enfermedad periodontal, rompe el equili- brio entre el periodoncio y las fuerzas oclusales. Cuando los tejidos de soporte disminuyen como consecuencia de la enferme- dad, aumenta la carga sobre los tejidos que quedan. Las fuer-- zas oclusales que son favorables para el ligamento periodontal intacto pueden ahora convertirse en lesivas.

### FUNCION FORMATIVA:

El ligamento cumple las funciones del periostio - para el cemento y el hueso. Las células del ligamento periodon- tal participan en la formación y resorción de estos tejidos, -

formación y resorción que se producen durante los movimientos fisiológicos del diente, en la adaptación del periodoncio a -- las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones, al igual que todas las estructuras del periodoncio, el ligamento periodontal se remodela constantemente.

#### FUNCIONES NUTRICIONALES Y SENSORIALES.

El ligamento periodontal provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante los vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático.

La inervación del ligamento periodontal confiere sensibilidad propioceptiva y táctil, que detecta y localiza -- fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y desempeña un - papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria.

### EL CEMENTO.

Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz anatómica. Puede ejercer un papel - mucho más importante en la evolución de la enfermedad periodon tal de lo que se ha demostrado hasta ahora.

Hay dos tipos de cemento radicular:

Acelular ( primario)

Celular ( secundario )

Los dos se componen de una matriz interfibrilar - calcificada y fibrillas colágenas.

#### CEMENTO ACELULAR O PRIMARIO:

Las fibras de Sharpey ocupan la mayor parte de su estructura. Desempeña un papel principal en el sostén del diente.

#### CEMENTO CELULAR O SECUNDARIO:

Esta menos calcificado que el acelular. Con la edad, la mayor acumulación de cemento es de tipo celular en la mitad apical y en la zona de las furcaciones.

### CEMENTO INTERMEDIO:

Es una zona mal definida de la unión amelocementaria que contiene remanentes celulares de la vaina de Hertwing incluidos en la substancia fundamental calcificada.

### UNION AMELOCEMENTARIA:

El cemento que se haya inmediatamente debajo de la unión amelocementaria es de importancia clínica especial en los procedimientos de raspaje radicular. En la unión amelocementaria.

Hay 3 clases de relaciones del cemento:

- El cemento cubre el esmalte en su mayoría de los casos.
- Hay una unión de borde a borde en algunos casos.
- Y muy pocos casos no se ponen en contacto el cemento y el esmalte.

### FUNCION DEL CEMENTO:

Protege la dentina, une las fibras del ligamento periodontal.

La resorción cementaria puede originarse en causas locales o sistémicas o puede no tener etiología evidente -- ( idiopática ).

#### CAUSAS LOCALES:

Traumatismos de la oclusión, quistes, tumores, movimientos ortodónticos, lesiones periapicales y enfermedad periodontal.

#### CAUSAS SISTEMICAS:

Infecciones debilitantes como: tuberculosis y neumonía, deficiencias vitamínicas, etc.

### HUESO ALVEOLAR O APOFISIS ALVEOLAR.

La apófisis alveolar es el hueso que forma y sostiene los alveolos dentales. Se compone de la pared interna de los alveolos, de hueso delgado, compacto, denominado hueso alveolar propiamente dicho ( lámina cribiforme ). El hueso alveolar de sostén, que consiste en trabeculas esponjosas, y tablas vestibular y lingual, de hueso compacto. El tabique interdental consta de hueso esponjoso de sostén encerrado dentro de -- ciertos límites compactos.

Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el - ligamento periodontal hacia la parte interna del alveolo son - soportados por el trabeculado esponjoso que a su vez es sostenido por tablas corticales, vestibular y lingual.

#### HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO:

Lámina dura, lámina cribiforme ( debido a que presenta perforaciones por donde pasan los vasos sanguíneos y nervios que conectan el hueso al ligamento periodontal ). Pared - interna del alveolo, hueso delgado rodea las raíces de los - - dientes. Este hueso recibe anclaje de las fibras principales - del ligamento periodontal.

#### HUESO DE SOPORTE:

Comprende las placas corticales compactas: vestibular y lingual de los procesos alveolares.

### HUESO ESPONJOSO:

Se encuentra entre las placas o tablas corticales y el hueso alveolar propiamente dicho.

El hueso que se encuentra entre las raíces de - - dientes multiradicales recibe el nombre de hueso interradicular.

El aporte sanguíneo proviene de las ramas de la - arteria alveolar, los vasos del periostio corren sobre las placas vestibular y lingual de los dientes, el aporte mayor viene de los vasos alveolares.

El hueso es el reservorio de calcio del organismo toma parte en el mantenimiento del equilibrio de calcio orgánico.

El hueso alveolar se remodela constantemente como respuesta a las fuerzas oclusales. El hueso se reabsorbe en - áreas de presión y en áreas de tensión se forma.

Entre el hueso alveolar y las fuerzas de la oclusión existe un equilibrio, pero, puede suceder que las fuerzas oclusales excedan a la capacidad de adaptación del hueso cuando esto se produce una lesión llamada " Trauma de Oclusión ".

Cuando las fuerzas oclusales se reducen, el hueso se reabsorbe, disminuyendo su volúmen así como también en el espesor de las trabéculas. Esto se llama: " Atrofia por desuso o Atrofia funcional ".

El contorno del hueso se adapta a la prominencia de las raíces, y a las depresiones verticales intermedias, que convergen hacia el margen.

## **CAPITULO II.-**

### **PERIODONTITIS Y PERIODONTOSIS**

**a.- Terminología**

**b.- Definición de Periodontitis y Periodontosis**

**c.- Características clínicas e histológicas**

## CAPITULO II.-

PERIODONTITIS Y PERIODONTOSIS.

Para hacer claro este capítulo y poder entender - la Periodontitis y la Periodontosis es conveniente hacer mención de la clasificación de Glickman para el diagnóstico de -- los casos clínicos que presentan enfermedad periodontal des-- tructiva crónica.

La siguiente clasificación incluye todas las formas de enfermedad periodontal destructiva crónica a la luz de recientes investigaciones que han proporcionado una diferente interpretación y categorización de hallazgos clínicos y de laboratorios. Tratar de brindar una herramienta útil para el análisis y el diagnóstico de los casos clínicos.

ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA  
CRONICA:

El término enfermedad periodontal crónica, describe todas las formas de enfermedad periodontal causadas primariamente por factores locales ( Placa bacteriana y Trauma de - la Oclusión ).

## CLASIFICACION

## I.- Periodontitis:

A.- Simple

B.- Compuesta

C.- Forma Juvenil:

1.- Generalizada

2.- Localizada o Periodon-  
tosis

## II.- Trauma de la Oclusión.

## III.- Atrofia Periodontal

Tanto el trauma de oclusión como la atrofia perio-  
dental en sus formas más puras, son fenómenos de adaptación a  
las modificaciones del medio ambiente. Se incluyen en la cate-  
goría de las enfermedades para clasificar y por conveniencia -  
para el clínico.

## A.- TERMINOLOGIA:

### PERIODONTITIS O PARODONTITIS.

Significa inflamación del periodoncio y nomina -- aquellas enfermedades donde se ha producido la destrucción del hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal, al igual que la de los tejidos gingivales. Se debe a la placa bacteriana. - Esto genera bolsas y exposición del cemento hacia el contenido de la bolsa Periodontal.

### PERIODONTOSIS:

Este término es utilizado para referirnos a uno - de los procesos destructores menos comprendidos que afectan el periodoncio de niños y adultos jóvenes. Se inicia en el hueso alveolar y no en el cemento. Es una enfermedad degenerativa, - no inflamatoria de los tejidos de soporte.

Para describir esta afección se emplearon los tér-  
minos Atrofia Alveolar Avanzada, Precoz, Atrofia Juvenil, Para-  
dosis Juvenil, Parodontopatía Juvenil, Parodontosis Juvenil  
Parodontosis Profunda y Polialveolitis Izquémica.

**B.- DEFINICION:**PERIODONTITIS.

La Periodontitis es el tipo más común de enfermedad periodontal producida por la extensión hacia los tejidos - periodontales de soporte de la inflamación iniciada en la encía y es una secuela de la gingivitis.

La Periodontitis puede ser clasificada como simple o marginal, en la cual la destrucción de los tejidos perio- dontales se relaciona únicamente con la inflamación, en la - - cual la destrucción de tejido ocasionada por la inflamación se modifica mediante el trauma de la oclusión y formas juveniles, que constituyen un grupo especial de lesiones avanzadas en niños y adolescentes. La Periodontitis es de tipo intraóseo.

PERIODONTOSIS.

Es una destrucción degenerativa, no inflamatoria del parodonto, caracterizada por migración y aflojamiento de - los dientes, en presencia o ausencia de proliferación epite- - lial, formación de bolsas o enfermedad gingival secundaria. Es una enfermedad degenerativa de los tejidos de sostén del diente, que se presenta en pacientes de ambos sexos en la 2da. o - 3ra. década de la vida y aparece con mayor frecuencia en mujeres. La destrucción periodontal es de tipo infraóseo.

## C.- CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS:

### PERIODONTITIS:

#### I.- PERIODONTITIS SIMPLE:

Generalmente hay inflamación crónica de la encía.

Bolsas.

Pérdida ósea

Se localiza en un solo diente o en grupo de dientes.

Aparece en su estado avanzado en la quinta y sexta etapa de la vida.

#### SINTOMAS:

1.- Suele ser indolora

2.- Sensibilidad a cambios térmicos, alimentos y a la estimulación táctil.

3.- Dolor irradiado profundo y sordo durante la masticación y después de ella ( causado por el acunamiento forzado de alimentos dentro de las bolsas periodontales ).

4.- Dolor punsante y sensibilidad a la percusión, proveniente de abscesos periodontales o gingivitis ulceronecrotizante aguda.

5.- Síntomas pulpares: Sensibilidad a dulces.

Cambios térmicos

Dolores punzantes por caries

#### ETIOLOGIA:

Placa dental, cálculos, restauraciones defectuosas y empaquetamiento de alimentos.

#### II.- PERIODONTITIS COMPUESTA:

##### CARACTERISTICAS CLINICAS:

Son las mismas que la Periodontitis simple con las siguientes excepciones:

Hay más incidencia de bolsas infraóseas.

Pérdida ósea angular ( vertical ) más que horizon-  
tal.

Ensanchamiento del espacio del ligamento periodon-  
tal.

HALLAZGOS MAS COMUNES DE:

Movilidad dentaria y tiende a hacerse intensa.

ETIOLOGIA:

Se origina por los efectos combinados de la placa bacteriana y la inflamación resultante y el trauma de la oclusión.

El diagnóstico diferencial es difícil pero se hace en base a la rapidez del avance de la destrucción periodontal y su respuesta al tratamiento.

PERIODONTOSIS O PERIODONTITIS JUVENIL.

Esta forma incluye lesiones destructivas avanzadas en niños y adolescentes.

La distribución de las lesiones es la base de su clasificación en las formas generalizadas y localizada.

La forma localizada ataca los primeros molares y los incisivos.

La forma generalizada la totalidad de los dientes

#### PERIODONTITIS JUVENIL FORMA GENERALIZADA. CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS:

Estas son las lesiones correspondientes a trastornos sistémicos como el síndrome de Papillon Lefevre, Hipofosfatemia, Agranulocitosis, Síndrome de Down y otros. Según la enfermedad sistémica poseen diferentes características; se hablará detalladamente de sus características en el capítulo III.

Pero en general en esta forma los pacientes presentan destrucción periodontal avanzada y algunos dientes quedan completamente desprovistos de hueso, y presentan movilidad y migración patológica. También hay inflamación gingival grave generalizada con agrandamiento gingival y exudado purulento de las bolsas. La historia médica, el examen y los análisis de laboratorios son esencialmente negativos sin alteraciones notables en otros huesos.

#### PERIODONTITIS JUVENIL FORMA LOCALIZADA. CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOLOGICAS:

Orban y Weinman introdujeron el término " Perio--  
dontosis " y describieron 3 etapas:

#### ETAPA UNO:

Consistente en degeneración y desmólisis de las -  
fibras principales del ligamento periodontal y probable deten-  
ción de la formación del cemento; hay resorción simultánea del  
hueso alveolar debido a la falta de estimulación funcional del  
diente y mayor presión tisular ocasionada por el edema y la --  
proliferación capilar.

En esta etapa, la migración del diente es el pri-  
mer signo clínico y ocurre sin inflamación detectable.

#### LA SEGUNDA ETAPA:

Se caracteriza por la rápida proliferación del --  
epitelio de unión a lo largo de la raíz, y a veces, la prolife-  
ración de los restos de malasez. En esta etapa, aparecen los -  
primeros signos de inflamación. Clínicamente, las dos primeras  
etapas son breves y no pueden diferenciarse una de otra.

#### LA TERCERA ETAPA:

Se caracteriza por inflamación progresiva y forma-  
ción de bolsas profundas de tipo infraóseo. Esta etapa vista -  
más a menudo.

Estudios recientes han revelado importantes diferencias entre los tipos " Juvenil " y " Adulto " de destrucción periodontal, particularmente desde los puntos de vista inmunológicos y microbiológicos. Sin embargo, todavía no dan una clave de la razón de la peculiar distribución de las lesiones en la boca; señalan una etiología particularmente relacionada con la existencia de microbios anaerobios y a una posible predisposición inmunológica.

La presencia de reabsorción alveolar en el niño pequeño puede crear una confusión entre Periodontosis y Periodontitis; los factores locales ambientales, el tipo y el patrón de la reabsorción y la movilidad y migración de los dientes deberán ser cuidadosamente evaluados para hacer el diagnóstico diferencial.

Varios investigadores han sugerido clasificar a la enfermedad periodontal en 2 tipos: Como Periodontitis Juvenil en contra posición con la Periodontitis Adulta.

Esta subdivisión de la Periodontitis tiene una base científica firme a la Periodontitis Juvenil, es una enfermedad que suele presentarse en particular en gente joven, especialmente en mujeres adolescentes normales, que exhiben dientes limpios; parece poseer un componente hereditario. Tiene predilección por los incisivos centrales y los primeros molares, aunque de ninguna manera está limitada a estos dientes.

Las lesiones, que pueden también afectar la denti

ción primaria, presentan inflamación patente, progreso rápido, formación de bolsas aisladas profundas y tortuosas, desplazamiento y movilidad de los dientes y falta de reacción positiva a las medidas terapéuticas habituales.

Además de las manifestaciones clínico patológicas definidas, observadas, la respuesta inmunológica de las personas que presentan la lesión juvenil parece diferir tanto de -- las personas normales como de las personas con la forma adulta de la enfermedad. Además, las formas adulta y juvenil de Periodontitis pueden diferir con respecto a la flora de la bolsa. - La flora de las bolsas de la gente joven, con una enfermedad - que progresa rápidamente, que contienen más de la mitad de bas tones gram negativos que presentan un alto potencial patogénico, en contraste con la flora de las bolsas de adultos con la forma progresiva lenta de la enfermedad.

La Periodontitis Juvenil presenta una destrucción periodontal de tipo infraóseo por lo que se le diferencia a la Periodontitis de adultos ya que esta es de tipo intraóseo además por su distribución, edad, predilección por adultos jóvenes, su falta de cambios gingivales llamativos, su localización inicial en los primeros molares e incisivos y su destrucción periodontal extensa, aunque localizada, con un mínimo de cambios gingivales, y hay de manera típica, pocas cantidades - de placa y cálculos.

En resumen, las características principales de la periodontosis son:

- 1.- Su aparición en personas jóvenes (15 y 25 - -

años).

- 2.- Una distribución más o menos bien definida en periodonto de molares e incisivos.
- 3.- La rápida pérdida de hueso y ensanchamiento - del espacio del ligamento periodontal asociados y
- 4.- El aflojamiento y migración de los dientes -- afectados.

La Periodontitis presente en adultos:

- 1.- Se presenta una inflamación crónica con la siguiente fibrosis.
- 2.- Hay presencia de placa bacteriana y sarro.
- 3.- Existe pérdida ósea, pérdida de inserción, -- formación de bolsas de tipo intradseo, movilidad dentaria y pérdida de diente.
- 4.- Existe supuración y formación de abscesos.

5.- Hay alteraciones de color en la encía, puede haber grados variables de hiperplasia y retracción y sangrado frente a un ligero traumatismo.

**CAPITULO III.-**

**PERIODONTITIS JUVENIL, FORMA GENERALIZADA Y PERIODONTITIS  
JUVENIL, FORMA LOCALIZADA.**

## CAPITULO III.-

PERIODONTITIS JUVENIL, FORMA GENERALIZADA Y PERIODONTITIS  
JUVENIL, FORMA LOCALIZADA.

Durante muchos años se consideró que la enfermedad periodontal en los niños y en adultos jóvenes era de un carácter degenerativo y no inflamatorio, hasta que el síndrome había avanzado considerablemente. No obstante el gran esfuerzo realizado por muchos investigadores hábiles, no fue posible identificar un factor degenerativo incontrovertible. Ha habido mucha hipótesis aunque todas han resultado deficientes en un aspecto u otro.

La Periodontitis Juvenil no suele parecerse al caso habitual de la enfermedad encontrada en un paciente de edad media. Algunas veces es deficiente en sus signos visuales o inflamación gingival. Lo que parece ser, en ocasiones, una encía de aspecto normal, en realidad resulta ser enfermedad periodontal destructiva crónica al realizar el examen bucal mediante el sondeo.

Este no siempre es el caso. Algunos pacientes presentan inflamación gingival hasta un grado que resulta sorprendente. Cuando encontramos ciertas reacciones tisulares típicas y características de gran número de enfermedades que suelen estar relacionadas con la edad madura en los niños como por ejemplo: Diabetes, Neoplasias, etc.

La Periodontitis Juvenil incluye lesiones destructivas avanzadas en niños y adolescentes. 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. La cantidad de destrucción manifestada no está acorde con la cantidad de irritantes locales presentes.

La Periodontosis puede afectar tanto los dientes temporales como los permanentes con mayor daño de los dientes anteriores y su aflojamiento y migración. En realidad, sólo de cuando en cuando se produce periodontitis en la dentición primaria y en 5 de 100 de los adolescentes.

La etiología de la Periodontitis Juvenil es desconocida y son casos raros. Aunque como factores etiológicos han sido sugeridas deficiencias nutritivas, enfermedades debilitantes, trastornos hormonales y desequilibrios metabólicos, rara vez resulta posible, aun con hospitalización y estudios de laboratorio completos, llegar a determinar la causa.

Cohen sugirió que el fracaso en hayar una influencia general, puede deberse a la falta de una prueba de laboratorio exacta o a que los factores etiológicos primarios, po-- dian no estar presentes en el momento de la evaluación metabólica.

En la dentición permanente, se describió una pauta clásica de destrucción ósea a modo de una pérdida en arco -

que se extendía de distal del 2do. premolar a mesial del 2do. molar. En las regiones posteriores en esta pauta clásica, la pérdida es bilateral y similar o idéntica en ámbos lados. Clínicamente, empero, la pauta de pérdida ósea puede variar notablemente.

Sólo en raras instancias están afectados los molares, puede estar afectada una sola superficie proximal de un molar. Habitualmente se ve lesión en una sola cara proximal, pero, ocasionalmente, en dos. La cantidad y distribución de la pérdida ósea, depende de que el paciente tenga la forma localizada o la generalizada de la enfermedad y de que la enfermedad sea diagnosticada en una etapa inicial o tardía.

Los factores locales, incluido tártaro y oclusión traumática, aunque estén a menudo relacionados con la afección en los adultos, rara vez son evidentes como factores predisponentes importantes en los niños.

#### PERIODONTITIS JUVENIL FORMA GENERALIZADA:

Este tipo de periodontitis juvenil ataca toda la dentición o gran parte de ella y generalmente se presenta con trastornos sistémicos como: Síndrome de Papillón Lefevre o - - Hiperqueratosis Palmoplantar.

Es un síndrome caracterizado por lesiones cutáneas hiperqueratósicas, destrucción avanzada del periodoncio y en algunos casos, calcificación de la dura madre. Las altera--

ciones cutáneas y periodontales suelen aparecer juntas antes - de los cuatro años de edad. Las lesiones cutáneas consisten en hiperqueratosis e ictiosis ( enfermedad en la piel, hay sequedad de ésta formación de escamas epidérmicas ) de zonas localizadas en las palmas de las manos, las plantas de los pies, las rodillas y los codos.

Las lesiones periodontales consisten en inflamación temprana que conduce a pérdida ósea y caída del diente. - Los dientes primarios caen alrededor de los cinco o seis años de edad. Después, la dentición permanente erupciona normalmente, pero al cabo de unos años los dientes son exfoliados por - la enfermedad periodontal destructiva. Alrededor de los 15 - - años, los pacientes suelen estar ya desdentados, con excepción de los terceros molares. Estos también son exfoliados unos - - años después de haber erupcionado.

El síndrome es heredado y parece seguir un patrón recesivo autosómico. Los padres pueden no estar afectados, pero ambos deben portar genes autosómicos para que el síndrome - aparezca en la descendencia. Puede presentarse en hermanos, -- los varones y las mujeres son afectados por igual, la frecuencia estimada es de 1 a 4 por millón.

SINDROME DE DOWN ( Sinónimos: Mongolismo, Trisomía 21 ):

Es una enfermedad congénita causada por una anomalía cromosómica y caracterizada por deficiencia mental y - retardo en el crecimiento. La prevalencia de la enfermedad periodontal en el síndrome de Down es elevada y aunque hay placa

cálculos y bolsas periodontales, la intensidad de la destrucción periodontal excede la injustificable por factores locales solamente.

La enfermedad periodontal del síndrome de Down se caracteriza por bolsas periodontales profundas con índices de placa elevados y gingivitis moderada. Estos hallazgos suelen ser generalizados, pero tienden a ser más intensos en la zona anterio-inferior, en esta zona también hay algunas veces recesión avanzada, vinculada con la inserción alta de frenillo. -- Asi mismo, las lesiones necrotizantes agudas son frecuentes.

No se ha ofrecido explicación válida del aumento de la prevalencia e intensidad de la destrucción periodontal en niños con síndrome de Down. Fueron mencionadas las siguientes: Deterioro físico general de los pacientes a edad temprana disminución de la resistencia a infecciones debido a mala circulación, especialmente en zonas terminales de vascularización como son los tejidos gingivales, o procesos neurodistróficos. En las bocas de estos niños, el número de bacteroides melanino génicos está aumentado.

#### HIPOFOSFATASIA:

Esta es una enfermedad esquelética familiar rara que en algunos casos presenta pérdida de los dientes primarios particularmente los incisivos. Se ha sugerido que hay una relación con la actividad anormal de la fosfatasa alcalina, pero no se ha comprobado.

## GRANULOMA EOSINOFILO Y SINDROMES RELACIONADOS:

Este es un grupo de enfermedades que se caracterizan por la proliferación de células eosinófilas y mononucleares que infiltran la médula ósea y otros tejidos. Tres son las entidades comunmente incluidas en este grupo:

- 1.- GRANULOMA EOSINOFILO.- Que es la más benigna y presenta lesiones óseas unifocales, y
- 2.- ENFERMEDAD DE HAND-SCHULLER - CHRISTIAN.- que presenta lesiones óseas multifocales y se da principalmente en niños pequeños ( en la cual existen hiperplasia de las células reticuloendoteliales ) ésta alteración no parece ser hereditaria.
- 3.- ENFERMEDAD DE LETTERER - SIWE.- Diseminada a todos los grandes órganos y ataca bebés y niños pequeños ( es una enfermedad mortal, en la cual el paciente sufre de fiebre, infecciones recurrentes y se presenta en niños menores de 3 años ).

Una de las manifestaciones iniciales, particularmente de la enfermedad de Hand-Schuller-Christian, pero también de las otras, puede ser lesiones radiolúcidas en los maxilares e intensa inflamación gingival con pérdida ósea conduce al aflojamiento y caída de los dientes.

### CARDIOPATIA CONGENITA:

En niños con esta enfermedad se puede presentar la enfermedad gingival y otros síntomas bucales. En casos de tetralogía de Fallot que se caracteriza por estenosis pulmonar agrandamiento ventricular derecho, un defecto en el tabique interventricular o mal posición de la aorta hacia la derecha, -- los cambios bucales incluyen coloración rojo púrpura de los labios y grave gingivitis marginal y destrucción periodontal. La lengua es: Sabural, fisurada y edematosa, y hay rojez extrema de las papilas fungiformes y filiformes. El número de capilares subepiteliales aumenta, y alcanza su valor normal después de la cirugía cardíaca.

### TETRALOGIA DE EISENMENGER:

Hay insuficiencia pulmonar y soplo diastólico; -- los labios, carrillos y membranas mucosas vestibulares están cianóticos, pero mucho menos que en la tetralogía de Fallot. -- La gingivitis marginal generalizada intensa es un hallazgo común en casos en que hay transposición de la aorta y la vena caava superior, se observa una coloración cianótica y gingivitis marginal menores. Estos casos presentan inflamación marcada de la encía de la parte anterior de la boca.

### DIABETES:

En la niñez, la diabetes no controlada puede ir acompañada de destrucción pronunciada del hueso alveolar. Aunque la inflamación gingival es un hallazgo frecuente en estos casos, la magnitud de la pérdida de hueso alveolar es mayor --

que la generalmente observada en niños con lesiones gingivales comparables.

#### PARALISIS CEREBRAL:

Hipoplasia, atrición, maloclusión y disfunción -- temporomandibular están aumentadas en la parálisis cerebral. - Puesto que la higiene bucal constituye un problema, la frecuencia de lesiones periodontales y caries es alta.

#### SINDROME DE CHEDIACK - HIGASHI:

Esta rara enfermedad autosómica recesiva se caracteriza por albinismo parcial y mayor susceptibilidad a las infecciones. La enfermedad se diagnóstica en niños.

#### ANEMIA ERITROBLASTICA ( Anemia de Cooley ).

Esta es una alteración hereditaria que se caracteriza por presentar anemia hemolítica, esplenomegalia, eritrocitos nucleados en la sangre y lesiones esqueléticas generalizadas. Los cambios en el esqueleto son mínimos o no existen durante el primer año de vida.

#### LA OSTEOPOROSIS:

Característica de la enfermedad se produce temprano en la niñez y va seguida de esclerosis. Las alteraciones -- óseas más características se registran en los metacarpianos y

fémures.

Las alteraciones bucales incluyen palidez y cianosis de mucosa y maloclusión marcada, debido al crecimiento exagerado del reborde alveolar del maxilar superior. Hay separación de los dientes y por tanto, espacios interproximales grandes.

El examen radiográfico revela la rarefacción generalizada de los maxilares y la alteración del patrón trabecular, que presenta aquí la forma de un enrejado heterogéneo - - irregular, con obliteración de la cortical alveolar en algunas zonas.

#### LEUCEMIA AGUDA Y SUBAGUDA:

Los cambios que se producen son color rojo azulado, difuso, cianótico, de toda la mucosa gingival ( cuya superficie se vuelve brillante ). Hay diversos grados de inflamación gingival, redondeamiento de las papilas interdentes, ulceración y necrosis.

El lugar de la afección es por lo general un área sometida a traumatización, como la mucosa cercana a la línea de la oclusión o la del paladar. Se presenta como una úlcera o absceso que resiste el tratamiento y se difunde con rapidez. En razón de que hay dificultad en controlar la extensión de la infección y la gravedad de las complicaciones tóxicas, a veces hay un desenlace mortal en estos casos.

## DEFICIENCIAS NUTRICIONALES:

Los cambios correspondientes a las deficiencias - de los componentes del complejo vitamínico B y la vitamina C a veces son secundarios a perturbaciones gastrointestinales.

## EL COMPLEJO DE VITAMINAS B:

Es raro que la enfermedad bucal se deba a deficiencia de un solo componente del complejo B. Las alteraciones bucales son:

Gingivitis.

Glositis

Queilitis Angular e

Inflamación de la totalidad de la mucosa bucal.

## LA DEFICIENCIA DE VITAMINA C:

En personas produce escorbuto se caracteriza por diátesis hemorrágica y retardo de la cicatrización de heridas. Hay mayor susceptibilidad a infecciones. La deficiencia aguda produce edema y hemorragia en el ligamento periodontal, osteoporosis en el hueso alveolar y movilidad dental, en la encía - hay hemorragia, edema y degeneración de las fibras colágenas,

pero la deficiencia aguda de vitamina C no causa la frecuencia de la gingivitis, ni la aumenta, altera la respuesta de los tejidos periodontales de soporte de tal manera que el efecto destructivo de la inflamación gingival sobre el ligamento periodontal y el hueso alveolar se acentúa.

La destrucción exagerada es en parte, consecuencia de la incapacidad de establecer una reacción delimitante - defensiva ante la inflamación y en parte, de las tendencias -- destructivas que tienen su origen en la deficiencia propiamente dicha.

En casos sumamente raros la Periodontitis Juvenil forma generalizada esta desvinculada de trastornos sistémicos detectables.

#### PERIODONTITIS JUVENIL FORMA LOCALIZADA:

Esta enfermedad incluye lo que ahora llamamos " - Periodontitis Juvenil Idiopática " o " Periodontosis ".- Esta enfermedad ataca sólo las zonas de primeros molares e incisivos.

La periodontitis juvenil afecta varones y mujeres por igual, y es más frecuente entre la pubertad y los 25 años. Es más prevalente en adolescentes de sexo femenino.

La distribución en la boca es característica pero

todavía inexplicable. Algunos investigadores consideran que como las primeras piezas afectadas son los incisivos centrales y los primeros molares de uno o ambos maxilares, los cuales hacen erupción más o menos al mismo tiempo, algún trastorno de importancia debe haber acontecido entre los 5 y 7 años de edad del paciente, que deja secuelas de malformación del colágeno de las fibras principales de su ligamento parodontal, el cual se hace manifiesto al aumentar la función de estas piezas. Se cree también que algún disturbio general interfiere con la nutrición y función de las células de los tejidos de soporte del diente.

Las lesiones aparecen con mayor intensidad en los incisivos superiores e inferiores y suelen ser bilaterales, pero con el tiempo se generalizan. La menor destrucción se da en la zona de los premolares inferiores.

El comienzo de destrucción ósea es incidioso, especialmente durante el periodo circumpuberal, entre los 11 y los 13 años de edad. La característica más notable de la periodontitis juvenil temprana es la falta de inflamación clínica. Al final de las etapas incipientes comienzan a formarse bolsas profundas en torno a esos dientes y, clínicamente, los síntomas más comunes son movilidad y migración de incisivos y primeros molares.

A medida que la enfermedad avanza, puede presentarse otra sintomatología. Las superficies radiculares desnudas se tornan sensibles a cambios de temperatura, alimentos y estímulos táctiles como los provocados por cerdas del cepillo

o las hojas de las curetas. Al masticar puede sentirse dolor profundo, sordo e irradiado, probablemente debido a la irritación de las estructuras de soporte originada por los dientes móviles y el empaquetamiento de comida. En esta etapa puede haber formación de abscesos y existe agrandamiento de ganglios regionales en individuos afectados.

Se considera que la pérdida ósea vertical anterior de los dientes, hay un aumento aparente del tamaño de la corona clínica, acumulación de placa y cálculos e inflamación clínica. La Periodontitis Juvenil avanza rápidamente. Las pruebas disponibles señalan que la velocidad de la pérdida ósea es tres o cuatro veces mayor que en la periodontitis típica. En pacientes afectados, la resorción ósea avanza hasta que los dientes son tratados, caen solos o son extraídos.

Varios autores han descrito un patrón familiar de pérdida ósea alveolar y han implicado un factor genético en la periodontosis. Benjamín y Baer, en el estudio más completo sobre patrones familiares, describen la enfermedad en gemelos idénticos, hermanos y primos primeros, así como en padres e hijos, se le ha calificado como un posible genotipoautosómico recesivo, siguiendo la línea materna.

Se ha realizado un trabajo considerable en relación con los constituyentes químicos de la sangre y recientemente un informe ha demostrado una proporción mucho mayor de personas con sangre tipo B entre pacientes con periodontosis, en comparación a la población en general. Las evaluaciones dietéticas así como los exámenes psicológicos no han resultado --

fructíferos para aislar la causa de la periodontosis.

La colonización bacteriana de la cavidad oral humana a través de la vida ha sido solo inicialmente explorada. En el nacimiento, la cavidad oral humana contiene pocos organismos pero cortamente después de eso, numerosas especies bacterianas incluyendo streptococos y neisserias colonizan los sitios orales. Esta temprana colonización es aparentemente derivada por transición mayormente de la madre.

Los estudios muestran que familias de pacientes con periodontitis juvenil localizada son todos infectados con el mismo actinomiceto con-comitante, indicando una transmisión intrafamiliar de esta bacteria, esto puede en parte, explicar la naturaleza de la enfermedad familiar como se había mencionado anteriormente.

Aunque como factores etiológicos han sido sugeridas deficiencias nutritivas, enfermedades debilitantes, trastornos hormonales y desequilibrios metabólicos, rara vez resulta posible, aun cuando con hospitalización y estudios de laboratorios completos llegan a determinar la causa. Se puede hacer primero el diagnóstico en examen radiográfico.

Se puede ver una pérdida generalizada de hueso alveolar a menudo del tipo vertical que suele afectar dientes aislados. Esta destrucción es en forma de arco, no en la forma común de V que tiene la generalidad de bolsas infraóseas, esta destrucción es más marcada por mesial de los primeros molares,

principalmente por contactos abiertos desarrollandose la migración patológica, así como la gravedad de la afección.

Las pruebas indican que la pérdida ósea no se origina en ninguna falta o defecto del desarrollo o congénito. El hueso alveolar en pacientes de este grupo de edad se desarrolla normalmente con la erupción dental y, únicamente después - el hueso alveolar se reabsorbe. Es clásico observar una migración distovestibular de los incisivos superiores y la aparición de diastemas. Parece que los incisivos inferiores poseen una menor propensión a migrar. Los patrones oclusales y la presión lingual pueden modificar la magnitud y el tipo de migración. Junto con la migración alrededor de los primeros molares e incisivos en personas que no tengan alguna otra enfermedad - es un signo diagnóstico clásico de Periodontitis Juvenil.

La enfermedad generalmente se manifiesta primero en la adolescencia, especialmente en mujeres, pero tiende a ceder en cuanto a su gravedad en la última parte de la segunda - década.

Existe una flora bacteriana particular, consistente en bacilos gramnegativos, además existe un actinobacilo actinomiceto concomitante que es gram negativo tiene forma de pequeño bastón el cual es un significativo segmento de la microflora de la bolsa periodontal, esta bacteria puede causar severas infecciones tales como: Endocarditis bacteriana, cuando esta es transmitida de sitios no orales.

Las sondas periodontales contaminadas con actinomiceto concomitante pueden transferir esta bacteria de lesiones periodontales a sitios sanos en pacientes con periodontitis juvenil localizada.

La periodontosis puede afectar tanto los dientes temporales como los permanentes con mayor daño de los dientes anteriores y su aflojamiento y migración y como la inflamación gingival no es uno de sus casos en hallar una influencia general. Puede deberse a la falta de una prueba de laboratorio - exacta o a que los factores etiológicos primarios podían no estar presentes en el momento de la evaluación metabólica.

Así pues también es importante mencionar que desde los puntos de vista bacteriológico y también inmunológico - la Periodontitis localizada difiere de la forma generalizada y que las dos son diferentes del tipo Post-Juvenil o sea de adulto.

También existe una correlación entre la severidad de Periodontitis Juvenil y la edad de el paciente y nos encontramos que cada año aproximadamente un diente del paciente - tiende a ser involucrado.

La evolución clínica de la periodontitis juvenil es rápida y predecible. No obstante, hay un fenómeno denominado " Apagamiento ", que se da en muchos casos. El " Apagamiento " se refiere a una súbita e inexplicable reducción del ritmo de destrucción ósea, casi siempre entre aproximadamente los

25 y los 29 años. En estos casos, el comienzo de la resorción alveolar habría ocurrido entre la adolescencia media y finales de la adolescencia, y no durante el periodo circumpuberal. Aun que se han postulado muchas teorías, sobre este fenómeno, ninguna se basa sobre hechos científicos.

#### CAPITULO IV.-

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO DE LA  
PERIODONTITIS JUVENIL LOCALIZADA Y  
PERIODONTITIS JUVENIL GENERALIZADA.

## CAPITULO IV.-

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS JUVENIL LOCALIZADA Y PERIODONTITIS JUVENIL GENERALIZADA.

No existe en el momento actual un tratamiento de la Periodontosis o Periodontitis Juvenil en sus dos formas: localizada y generalizada, que pueda, en forma predecible dar resultados favorables; ya que la destrucción del parodonto continuará irremisiblemente hasta que el paciente pierda todas las piezas dentarias, lo que puede ocurrir antes de los 25 ó 30 -- años.

Por éste hecho no es posible observar ésta enfermedad en pacientes de más edad; lo único que se puede hacer en favor del enfermo, es tratar por todos los medios de conservar las piezas dentarias el mayor tiempo posible.

El tratamiento en niños con periodontosis ha sido un fracaso. Pero en un intento por salvar o liberar la boca de infección y demorar la involucración de los dientes permanentes se recomendó la eliminación de los dientes temporales que habían perdido su sostén óseo.

En un caso de un niño de 2 y medio años con síndrome de Papillon-Lefevre en el cual se habían aflojado todos los dientes temporales y las radiografías seriadas completas - revelaron una severa reabsorción ósea por la inflamación gingi

val, el malestar del paciente y las bolsas periodontales infectadas fueron eliminados todos los dientes a los 3 años. En casi toda la raíz se encontró la acumulación de placa basófila - característica.

Tres meses después se realizaron prótesis completas. El niño las tolero bien, funcional y psicológicamente. -- Los primeros molares y los incisivos centrales inferiores erupcionaron. El hueso alveolar de sostén y los tejidos gingivales se presentaban normales.

Los informes previos, sin embargo, indicaban que los dientes permanentes resultarían afectados. En la dentición permanente el tratamiento de elección es mantener el caso libre de irritantes locales y de inflamación gingival para evitar que el caso avance más rápidamente al formarse bolsas parodontales. Como las piezas tienden continuamente a salirse de su lugar, el desequilibrio oclusal que ésto representa se agrava por la falta de hueso alrededor de estas piezas, por lo que una revisión periódica de la oclusión del paciente está indicada en estos casos.

Las primeras piezas en perderse, son tal vez las primeras molares. Cuando ésto acontece debe planearse cuidadosamente la reconstrucción, puesto que un puente puede agravar el estado de las piezas remanentes al crear mayores esfuerzos en las piezas, soportes, siendo en algunos casos aconsejable no reponer las piezas faltantes para lograr que los remanentes permanezcan más tiempo en la boca.

Cuando son varias las piezas perdidas, la reposición debe hacerse en forma mucosoportada exclusivamente, para evitar los trastornos que mencionamos anteriormente. Además, es claro que mientras la mayor parte de los casos reaccionan mejor con la mejoría de la higiene bucal, alisamiento de las raíces y eliminación de bolsas, encaminadas hacia el control del crecimiento y acumulación de placa, algunos números importantes de casos no responden a la terapéutica, no obstante el rigor con la que ésta sea aplicada.

Se aconseja que al hacer la extracción de los dientes con pérdida ósea severa hacer el raspaje y curetaje de los remanentes junto con un programa de higiene para el control de placa bacteriana y en algunos casos en que se necesite la realización de diversas técnicas quirúrgicas en áreas con niveles de destrucción que así lo indiquen.

Actualmente se ha agregado a las diversas medidas terapéuticas, la medicación por vía sistémica de antibióticos por ejemplo: La chlortetraciclina que ejerce su acción sobre los microorganismos encontrados en las bolsas periodontales de los pacientes con Periodontosis.

Los estudios indicaron que existe un efecto benéfico de la terapia con tetraciclinas ya que se concentra en el surco gingival. También podemos administrar por vía oral Fenoximetil penicilina en lugar de tetraciclina, no obstante no provee ninguna ventaja sobre los convencionales colgajos quirúrgicos y terapia de mantenimiento en el tratamiento de la periodontitis juvenil.

Ya que no existe un conocimiento total de la etiología de la Periodontosis y debido a que ningún enfoque de terapéutica ha incluido estudios longitudinales de vigilancia -- clínica para documentar el éxito del tratamiento específico, - se considera en términos generales, que el pronóstico para conservar la dentadura en presencia de periodontosis es muy pobre

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

## CONCLUSIONES.

En la práctica general del Cirujano Dentista, -- cuando se presenta un paciente con problema de enfermedad periodontal avanzada es muy importante hacer primeramente la revisión del estado en general de nuestro paciente, previamente se habrá hecho su historia clínica, posteriormente se le hará la revisión de cara, revisaremos sus tejidos blandos ( como -- son carrillos, lengua paladar, etc. ) y haremos la revisión de los tejidos duros ( como son dientes y molares ) de la boca o sea que haremos la exploración de la cavidad oral.

Una vez hecho lo anterior para que el Cirujano -- Dentista llegue a un diagnóstico es indispensable que tenga -- los conocimientos básicos de un Parodonto normal para poder -- detectar las patologías existentes en su paciente y así efectuar un tratamiento más acertado.

También cuando existe una enfermedad en la cual -- tengamos que llegar a un diagnóstico diferencial como en esta investigación en la cual se trata de la enfermedad periodontal llamada Periodontitis Juvenil, existen 2 formas: La localizada y la forma generalizada; es importante establecer el diagnóstico diferencial para llegar al diagnóstico definitivo.

Es muy importante que al encontrarnos con este tipo de padecimiento o de enfermedad Periodontal le expliquemos a los padres si es que se trata de un adolescente el que sufra de este problema periodontal o en su caso si se trata de un --

adulto joven el que padece esta enfermedad periodontal, debemos explicar o aclarar que esta enfermedad es muy complicada y que debido a que todavía se hacen investigaciones sobre su tratamiento, que no existe un tratamiento en el momento actual para la Periodontitis o Periodontosis Juvenil que pueda con certeza dar resultados favorables o efectivos, pero que trataremos de hacer todo lo que humanamente posible por tratar de liberar la boca de infección y trataremos de demorar la pérdida de dientes y molares.

También es importante hacer énfasis que necesitamos mucho de su cooperación, que no solo depende del Cirujano Dentista, el que se esfuerce por ayudarlo en su problema, sino que él puede ayudarse así mismo y que tiene que poner todo su empeño, para que él en su casa efectúe constantemente una higiene adecuada que nosotros le enseñaremos como tener su técnica de cepillado adecuada y que tendrá que asistir a su control de placa periódicamente, que de esta manera paciente y dentista lograrán prolongar el tiempo de conservación de sus piezas dentales y manteniendo también una más adecuada salud dental, dentro de lo posible.

## BIBLIOGRAFIA.

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

- 1.- CARRANZA, FERMIN; A. CARRANO, JUAN  
Periodoncia  
Ira. Edición  
Editorial Mundi, 1978  
Argentina  
p.p. 43, 44, 243-246, 251-362
  
- 2.- CHRISTERSSON, LARA A; SLOTS, JORGEN; J. ZAMBON, - -  
JOSEPH ETAL.  
Transmission and colonization of actinobacillus ac-  
tinomyces mitans in localized juvenile periodon-  
tis.  
Journal of periodontology. March 1985. Vol. 56 #3  
pp 127-129
  
- 3.- GLICKMAN, IRVING  
Periodontologia Clinica.  
Ira. Edición  
Interamericana, 1982  
México  
pp 1-67, 197-203, 304-311, 488, 492-493, 521-525
  
- 4.- KUNIHIRA, D.M; CAINE, F.A.; PALCANIS, K.G.; BEST, -  
A.M.; RANNEY, R.R.  
A clinical trial of phenoxymethyl penicillin for ad-  
juunctive treatment of juvenil periodontitis.  
Journal of periodontology, June 1985. Vol. 56 #6  
pp 352-359

- 5.- Mc DONALD, RALPH  
Odontología para el niño y el adolescente  
2da. Edición  
Editorial Mundi, 1975  
Argentina.  
pp 228, 231-234
- 6.- PRICHARD, JOHN.  
Enfermedad periodontal avanzada.  
4ta. Edición  
Editorial Labor, S.A., 1981  
España.  
pp 67-76, 149
- 7.- RAMFJORD, ASH.  
Periodontología  
Edición única  
Panamericana, 1982  
Argentina  
pp 90-96, 114-118, 570
- 8.- RODRIGUEZ FIGUEROA, CARLOS A.  
Parodencia.  
3ra. Edición  
Mendez Oteo, 1982  
México  
pp. 169-173
- 9.- SAXEN, LEENA; MURTOMAA, HEIKII  
Age-related expression of juvenile periodontitis.  
Journal of clinical periodontology. January, 1985  
Vol. 12 #1  
pp 21-25

- 10.- SAUL SCHLUGER; A. YUODELI, RALPH; C. PAGE, ROY  
Enfermedad Periodontal.  
1ra. Edición  
Continental, 1981  
México  
pp 23-67, 86-89, 312-317
- 11.- STEPHEN, STONE; J. KALIS; PAUL.  
Periodontologia  
Interamericana, 1978  
1ra. Edición  
México  
pp 1-19, 83-85