

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



*2e1 851*

---

**BASES Y CONCEPTOS DE LA ENFERMEDAD**

**GINGIVO - PERIODONTAL**

**T E S I S**

**QUE PRESENTA:**

**MARIO JUAN SOTO ARCOS**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**MEXICO, D. F.**

**1982**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## I N D I C E.

	Pág.
PROLOGO.	I
INDICE.	III
INTRODUCCION.	V
<b>Cap. 1.- EL PARODONTO.</b>	<b>1</b>
1.1.- ENCIA.	1
1.1.1.- División.	1
1.1.2.- Histología.	2
1.1.3.- Características Normales.	4
1.2.- LIGAMENTO PARODONTAL.	4
1.2.1.- Histología.	4
1.2.2.- Funciones.	6
1.3.- CEMENTO.	6
1.3.1.- Histología.	6
1.3.2.- Unión Amelo-Cementaria.	7
1.3.3.- Funciones del Cemento.	7
1.4.- HUESO ALVEOLAR.	7
1.4.1.- División.	7
1.4.2.- Histología.	8
1.4.3.- Funciones.	8
<b>Cap. 2.- ETIOLOGIA.</b>	<b>9</b>
2.1.- FACTORES LOCALES.	9
2.1.1.- Factores provocados.	9
2.1.2.- En el medio bucal.	10
2.1.3.- Manifestaciones dentales.	11
2.2.- FACTORES GENERALES.	14
2.2.1.- Insuficiencias vitamínicas.	14
2.2.2.- Insuficiencias minerales.	15
2.2.3.- Trastornos hormonales.	15
2.2.4.- Discrasias Sanguíneas.	17
2.2.5.- Alergias.	18
2.2.6.- Fármacos.	18
2.3.- FACTORES PSICOSOMATICOS.	19

	<b>Pág.</b>
<b>Cap. 3.- CLASIFICACION Y TRATAMIENTO.</b>	<b>20</b>
<b>3.1.- ESTADOS INFLAMATORIOS.</b>	<b>20</b>
3.1.1.- Gingivitis.	20
3.1.2.- Tipos especiales.	21
3.1.3.- Periodontitis.	25
3.1.4.- Pericoronitis.	27
3.1.5.- Absceso paradental.	29
<b>3.2.- ESTADOS DISTROFICOS.</b>	<b>31</b>
3.2.1.-Gingivosis.	31
3.2.2.- Periodontesis.	32
3.2.3.- Otros tipos.	33
<b>3.3.- ESTADOS NEOPLASICOS.</b>	<b>36</b>
3.3.1.- Neoplasias benignas.	36
3.3.2.- Tipos especiales.	36
 <b>CONCLUSIONES.</b>	 <b>VII</b>
 <b>BIBLIOGRAFIA.</b>	 <b>IX</b>

## INTRODUCCION.

No haciendo a un lado a ésa enfermedad, a la que llamamos caries, y que es una causa del mayor número de extracciones dentales en la juventud, ni tampoco dejando atrás las diferentes patologías bucales que afectan en mucho al aparato estomatológico, opino, - que la enfermedad GINGIVO-PERIODONTAL, debe de estudiarse y considerarse más, tantas y tantas veces como sea necesario para reafirmar y conocer a fondo - sus bases y conceptos en los que se funda, con el - propósito de darnos seguridad y confianza para el - manejo de nuestro paciente que acude a nosotros con algún problema parodontal.

La anterior idea nació en mí, porque he visto y me he dado cuenta que muchos de nosotros sabemos vagamente sus principios y que en la práctica profesional es necesario PREVENIR, DIAGNOSTICAR y TRATAR dicho padecimiento, ya que sabemos de antemano es causa primordial en la edad adulta, del mayor número y en serie, de extracciones dentales.

Ya desde hace varios decenios ha preocupado a la humanidad ésta patología, sobre todo a los estudiosos en la materia de la PARODONCIA. En la actualidad y en México, es necesario hacer resaltar los métodos preventivos, pues la mayor parte de pacientes - que solicitan servicios dentales de operatoria y prótesis, tienen por lo general, aparte, un problema - parodontal crónico, no doloroso, que con el tiempo viene a desarrollarse en agudo, causando en nuestros pacientes molestias y preocupación al ver que sus - piezas dentales comienzan a moverse; y es cuando - quieren ver en nosotros, a la persona con rasgos - mágicos que curen y liberen de su malestar, rescaten de y salvando a sus dientes y encía.

A veces pedenos lograrlo, pero cuando la enfermedad ha llegado a su máxima destrucción, no podemos evitar el diagnosticar las extracciones seriadas de sus piezas afectadas.

Espero que las generaciones venideras, al leer estas cuantas páginas, puedan resolver en mucho, los problemas que en carne propia afronté y que resolví -- satisfactoriamente, gracias a que recordé las BASES Y CONCEPTOS DE LA ENFERMEDAD GINGIVO-PERIODONTAL; - tema tratado en la presente tesis.

## CAPITULO 1 EL PARODONTO.

**Definición.-** Etimológicamente la palabra parodonte o periodonte viene de las raíces griegas PERI que significa alrededor y ODONTOS que significa diente. Es una unidad Biológica que consta de un conjunto de tejidos orgánicos que sostienen y rodean al diente. Esta unidad funciona como un todo, y al alterarse uno de ellos, los demás sufren trastornos inmediatos o mediatos.

Los tejidos que forman al periodonte conforman cuatro elementos esenciales que son: ENCIA, LIGAMENTO PARODONTAL, CEMENTO y HUESO ALVEOLAR.

### 1.1.- ENCIA.

La encía es una parte de la mucosa bucal que rodea los cualllos de los dientes y cubre a los procesos alveolares de los maxilares.

#### 1.1.1.- División.

La encía se divide en: MARGINAL, INSERTADA, INTERDENTARIA y ALVEOLAR.

1.1.1.1.- Encía Marginal.- Esta parte de la encía está limitada hacia incisal, por el margen gingival libre y hacia apical vestibularmente, por el surco gingival. Mirando hacia el interior, el límite de la encía marginal es el principio de la inserción epitelial. El SURCO GINGIVAL es la hendidura que se forma entre el diente y la encía marginal libre su profundidad promedio es de 1.8 mm., existe en el dentro de él un líquido gingival llamado CREVICULAR que es considerado como una secreción; éste está formado por electrolitos, aminoácidos, proteínas del plasma, factores fibrinolíticos, etc. En éste líquido se han encontrado factores benéficos como es la limpieza por medio de drenaje del propio surco, así como también se lo considera antimicrobiano. Tiene factores negativos como lo son el precipitar la formación del cálculo dentario y el

establecer un medio de cultivo para los microorganismos patógenos.

**1.1.1.2.- Encía Insertada.-** Esta parte de la encía está limitada por una línea que va desde la mucosa alveolar, en su parte inferior, hasta el surco marginal libre, en donde da comienzo la encía marginal libre, en su parte superior.

**1.1.1.3.- Encía Interdentaria.-** Esta parte de la encía ocupa el NICHOS GINGIVAL, que es el espacio interproximal, situado debajo del área de contacto dentario; consta de dos papilar y el COL, siendo ésta última una depresión que las une. Esta parte de la encía se adapta al espacio que forman los dientes, al estar en contacto.

**1.1.1.4.- Encía alveolar.-** Esta parte de la encía es la que está limitada hacia incisal por el principio de la encía insertada y hacia apical por el fondo de saco vestibular. También se le da el nombre de encía PERIÓDONTICA.

### **1.1.2.- Histología.**

La encía libre y la insertada consta de un centro de TEJIDO CONECTIVO cubierto por un EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO QUERATINIZADO separados los dos por una capa BASAL.

**1.1.2.1.- Epitelio.-** El epitelio de la encía está compuesto por cuatro estratos que son/ ESTRATO BASAL; CELULAS ESPINOSAS; ESTRATO GRANULAR y CORNIFICADAS.

**1.1.2.2.- Lámina Propia.-** Es también llamada tejido conectivo y está dividida en dos capas, una llamada PAPILAR inmediatamente subyacente al epitelio que consiste en proyecciones papilares y la otra que es una capa RETICULAR contigua al periestio del hueso alveolar.



El tejido conectivo incluye células, fibras y vasos sanguíneos incluidos en una substancia fundamental, a base de mucopolisacáridos. En la encía libre encontramos a las fibras colágenas denominadas gingivales que son: DENTOGINGIVALES, ALVEOLOGINGIVALES, CIRCULARES y ACCESORIAS (TRANSEPTALES y DENTOPERIOSTICAS). Aclare, las tres primeras pueden llamarse LIGAMENTO GINGIVAL, las restantes pertenecen al LIGAMENTO PARODONTAL.

1.1.2.3.- Inserción Epitelial.- También llamada --- ADHERENCIA EPITELIAL, se encuentra en la posición apical al recubrimiento crevicular, que consiste en una banda de epitelio escamoso estratificado con un espesor de 3 a 6 células únicamente. Es la inserción inmediata de la encía a la superficie del diente, ya sea esmalte o cemento. Esta unión del tejido blando al duro que sella el surco, es verdaderamente especial y constituye una área de resistencia que se va debilitando con el ataque mecánico y bacteriano. La inserción epitelial está reforzada por las fibras gingivales las cuales aseguran que la encía marginal esté contra la superficie dentaria. La altura de la inserción epitelial varía con la edad y se va moviendo siempre hacia apical denominándose: ERUPCIÓN PASIVA; éste movimiento trae como consecuencia la altura de la corona clínica. Y así tenemos que la CORONA ANATOMICA, es la parte de la pieza dentaria cubierta por el esmalte; la CORONA CLINICA, es la parte del diente que sobresale de la inserción epitelial hacia incisal, la RAIZ ANATOMICA, es la parte del diente que está cubierta por cemento, la RAIZ CLINICA, es la parte de la pieza dentaria que se encuentra hacia apical de la inserción epitelial.

1.1.2.4.- Riego Sanguíneo.- La encía está irrigada por tres fuentes principales que son: Los vasos SUPRAPERIOSTICOS, que corren a lo largo de las superficies vestibular y lingual del hueso alveolar; -

la arterial, de la cresta del tabique interdentario que se anastomosa con los vasos del ligamento parodontal y que se extienden hacia la encía y por último los vasos del ligamento parodontal que se difunden hacia el interior de la encía. Sobre el curso de los vasos sanguíneos tienen a pasar también los nervios sensoriales.

### 1.1.3.- Características Normales.

+ COLOR.- Rosado pálido, varía según su irrigación, queratinización, pigmentación y espesor del epitelio.

+ TAMAÑO.- El agrandamiento de la encía que no esté en relación con el conjunto total de tejido -- presente, es señal de enfermedad gingival.

+ FORMA.- Varía según la forma de los dientes, su alineación, ubicación y también ubicación de los puntos de contacto y tamaño de los espacios interproximales. El festoneado es una característica -- esencial en la encía marginal.

+ TEXTURA.- Debe de verse punteada, cuando tiene un aspecto liso es señal que existe inflamación -- e enfermedad. Su examen se hace con la encía completamente seca.

+ CONSISTENCIA.- Puede ser firme y se encuentra estrechamente unida al surco subyacente, a excepción del margen libre y móvil en donde el surco gingival está situado por dentro de la encía libre. La flacidez es señal de enfermedad.

## 1.2.- LIGAMENTO PARODONTAL.

El ligamento parodontal es el elemento histológico que mantiene unido el proceso alveolar del maxilar al cemento del diente. Es de origen mesodérmico y proviene de la capa media del saco dentario. Esta formado de tejido conectivo denso.

### 1.2.1.- Histología.

Los elementos histológicos que conforman al ligamento parodontal son: FIBROBLASTOS, CEMENTOBLAS-

**TOS, OSTEOBLASTOS, OSTEOCLASTOS, RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ y NERVIOS, VASOS y LINFATICOS.**

**1.2.1.1.- Fibroblastos.-** Los fibroblastos tienen forma de huso con un núcleo central, se agrupan en haces y forman fibras que son: **FIBRAS PRINCIPALES:** se encuentran introducidas en el cemento joven no calcificado llamado cementoide, el cual se calcifica posteriormente atrapando a las fibras principales por su terminación, a esta parte calcificada se le denomina **FIBRAS DE SHARPEY.** Por su otro extremo llega al hueso alveolar. La función principal de éstas es mantener al diente dentro del alveolo. A éstas fibras se les ha dividido en ligamento gingival, ligamento interdentario y por último el **LIGAMENTO ALVEOLODENTARIO,** el cual se identifica con el ligamento parodontal. Este se divide en: **FIBRAS CRESTOALVEOLARES, FIBRAS HORIZONTALES, FIBRAS OBLICUAS, FIBRAS APICALES, y FIBRAS INTERDENTARIAS.** El otro grupo de fibras después de las principales, es el de las **FIBRAS SECUNDARIAS,** las cuales si tienen el de servir de relleno por donde pasan los elementos sensoriales y nutritivos.

**1.2.1.2.- Cementoblastos.-** Se les llaman cementoblastos al conjunto de células encargadas de formar cemento y que lo van depositando en forma de capas.

**1.2.1.3.- Osteoblastos.-** Se le denominan osteoblastos al conjunto de células localizadas en el hueso y encargadas de formarlo; depositándolo en forma de capas, el cual se denomina **HUESO LAMINAR.**

**1.2.1.4.- Osteoclastos.-** El conjunto de células que se localizan en el hueso y que se encargan de fagocitarlo a nivel de las lagunas de HOWSHIP, se les llama osteoclastos.

**1.2.1.5.- Restos epiteliales de Malassez.-** Estos restos epiteliales son restos aberrantes que tienen

su origen en la vaina de Hertwing.

**1.2.1.6.- Nervios, Vasos y Linfáticos.-** En el ligamento parodontal, encontramos un sistema nervioso que es sumamente especializado. Su irrigación proviene de la arteria dentaria que al llegar al foramen apical se bifurca llenando una a la pulpa y otra al ligamento parodontal. Los linfáticos siguen el trayecto de los vasos tanto arteriales como venosos.

**1.2.2.- Funciones.**

Las funciones que desempeña el ligamento parodontal las podemos agrupar en dos que son las Biológicas y las Mecánicas. Dentro de las biológicas encontramos a las **FORMATIVAS**, que están determinadas por esos elementos histológicos que regeneran el tejido, las **NUTRITIVAS**, que están integradas por las arterias y las **SENSORIALES** compuestas por el tejido nervioso. Entre las mecánicas encontramos a las de **SOSTEN**, que es la que se encarga de mantener al diente dentro del alveolo.

**1.3.- CEMENTO.**

El cemento es un tejido de origen mesodérmico que proviene de la capa interna del saco dentario y que puede compararse histológicamente con el hueso.

**1.3.1.- Histología.**

El cemento está formado por materia inorgánica orgánica y agua. Consiste en una matriz calcificada y fibrillas colágenas, los elementos celulares que encontramos son los cementocitos y los cementoblastos. Su color es amarillo su estructura es rugosa, por su morfología se divide en **ACELULAR** y **CELULAR**. El cemento acelular se localiza en la raíz en el tercio medio y coronario, el celular lo encontramos en el tercio apical. La función principal de los dos cementos es de formar cementoide.

### 1.3.2.- Unión Amelo-Cementaria.

Existen tres formas de unión amelo-cementaria: la primera es cuando el cemento y esmalte no se pone en contacto, la segunda es cuando el cemento y el esmalte se unen de borde a borde y la tercera forma consiste en que el cemento se sobrepone ligeramente al esmalte.

### 1.3.3.- Funciones del Cemento.

Las funciones del cemento las podemos enmarcar en dos. La primera es anclar a los dientes por medio del ligamento parodontal al alveolo y el segundo es compensar parcialmente el desgaste oclusal y la erupción fisiológica de los dientes.

## 1.4.- HUESO ALVEOLAR.

El hueso alveolar es el producto de la capa externa del saco dentario de origen mesodérmico forma y sostiene los alveolos dentarios, se desarrolla al mismo tiempo que la raíz. En la anodoncia no se forma el hueso alveolar.

### 1.4.1.- División.

El hueso alveolar lo conforman dos partes: una de ellas es el HUESO ALVEOLAR Propiamente dicho y la otra parte es el HUSO ALVEOLAR DE SOPORTE que a su vez lo constituyen el HUESO COMPACTO y el HUESO ESPONJOSO.

1.4.1.1.- El hueso alveolar propiamente dicho.- Se le denomina también LAMINA DURA o CRIBIFORME y es la pared interna del alveolo adyacente al ligamento parodontal. Posee muchas perforaciones que permiten la entrada de vasos sanguíneos y nervios.

1.4.1.2.- El hueso alveolar de soporte.- Se le denomina también de sostén el cual consiste en trabé

culas reticulares o HUESO ESPONJOSO y HUESO COMPACTO que da forma a las paredes tanto vestibulares como palatinas llamándolas tablas o LAMINAS CORTICALES.

#### 1.4.2.- Histología.

El hueso alveolar está compuesto de una matriz calcificada con OSTEOCITOS, encerrados dentro de los espacios llamados LAGUNAS; éstas células se extienden dentro de pequeños canales que se irradian de las mismas lagunas, formando entre sí un sistema anastomosado dentro de la matriz intercelular del hueso que lleva oxígeno y alimentos, así como también productos de desechos de los propios osteocitos. Estas células tienen capacidad osteoblastica así como osteoclástica. Hacia el ligamento parodontal encontramos a las células llamadas OSTEOBLASTOS encargadas de formar hueso. Los OSTEOCLASTOS son células gigantes multinucleadas encargadas de lisar el hueso. El hueso tiene la propiedad de formarse durante toda la vida activa del diente -- compensando la erupción activa y el movimiento de mesialización fisiológica. En las áreas de presión hay reabsorción de hueso, en las áreas de tensión hay formación del mismo.

#### 1.4.3.- Funciones del Hueso Alveolar.

La función que desempeña el hueso alveolar es la de una gran adaptación a las presiones fisiológicas de las piezas dentarias de manera dinámica. Su estructura es exclusivamente para soportar y sostener a los dientes dentro de él mismo, y después de las extracciones se reduce como lo hace también el hueso de soporte.

## CAPITULO 2 ETIOLOGIA.

**Definición.-** La enfermedad gingivo-periodontal es -- originada por varias causas que se relacionan entre sí y que según su origen los agrupamos en tres tipos de factores que son: FACTORES LOCALES, FACTORES GENERALES y FACTORES PSICOSOMATICOS.

### 2.1.- FACTORES LOCALES.

Se les denomina también EXTRINSECOS, y algunos son provocados por nosotres, otros por el MEDIO BUCAL y otros son resultado de las diferentes manifestaciones DENTALES.

#### 2.1.1.- Factores provocados.

Se les dá el nombre de provocados porque su -- origen viene de la MALA ODONTOLOGIA practicada, de una MALA TECNICA DE CEPILLADO y de los MALOS HABITOS adquiridos.

2.1.1.1.- Mala Odontología.- Los factores que previenen de la mala odontología pueden ser los provocados por las obturaciones altas; sin áreas de contacto, -- las coronas mal ajustadas, sin anatomía de sus curvaturas fundamentales y puentes fijos e removibles mal diseñados.

2.1.1.2.- Mala técnica de cepillado.- Cuando vemos cuellos de piezas dentarias erosionados pensamos -- luego luego, de una defectuosa TECNICA DE CEPILLADO en donde existe una hipersensibilidad y alteración de conteras así como textura. Esta alteración la podemos clasificar en AGUDA y CRONICA. Es aguda cuando existen abrasiones y laceraciones en tejidos blandos, incluyendo la encía insertada y mucosa alveolar; existe dolor difuso. Es crónica cuando -- provoca recesión gingival con pérdida de encía y -- hueso alveolar subyacente, dando por resultado la exposición de superficies radiculares.

**2.1.1.3.- Malos hábitos adquiridos.-** Los constituyen el abuso del palillo, el cortar hilo, romper cuerpos duros con los dientes, destapar refrescos, dormir con la boca abierta, tocar instrumentos, etc.- Son los responsables de los trastornos de los tejidos de soporte.

**2.1.2.- En el medio Bucal.**

Existen varios factores que se localizan en el medio bucal, que actúan irritando tanto mecánicamente como por las bacterias que hay. Entre éstos factores tenemos los RESIDUOS ALIMENTICIOS, MATERIA ALBA, PLACA BACTERIANA, PIGMENTACIONES DENTARIAS y CALCULO DENTAL.

**2.1.2.1.- Residuos Alimenticios.-** Estos son sólo alimentos retenidos y en descomposición en la boca frecuentemente contaminados con bacterias que irritan a la encía marginal, son diferentes de la placa y de la materia alba.

**2.1.2.2.- Materia Alba.-** Es un depósito blando, pegajoso, que contiene bacterias, células epiteliales descamadas, proteínas y leucocitos salivales. Es menos adhesiva que la placa bacteriana, se forma cerca del margen gingival que se puede remover mediante un chorro de agua. Carece de estructura como la placa bacteriana, pero tiene el mismo poder patológico.

**2.1.2.3.- Placa Bacteriana.-** Es un depósito dental blando que se compone de bacterias firmemente adheridas al diente. Esta no es ni residuos alimenticios, ni ciertas bacterias bucales, es en verdad un SISTEMA BACTERIANO COMPLEJO, metabólicamente interconectado, muy organizado. En concentración suficiente y con desarrollo metabólico, trastorna el equilibrio huésped-parásito produciendo caries y enfermedad gingivo-periodontal.



**2.1.2.4.- Pigmentaciones Dentarias.-** Son depósitos dentarios de color que se adhieren en la superficie de los dientes y que causan problemas estéticos, — así como también problemas de irritación gingival. Este tipo de pigmentaciones son causadas por bacterias cromógenas, alimentos, tabaco y otras sustancias. Es también el resultado de la pigmentación de la película adquirida que por lo general es incolora. Las pigmentaciones se clasifican en **PIGMENTACIONES METÁLICAS, PARDAS, NEGRAS, VERDES, ANARANJADAS y PIGMENTACIONES DE TABACO.**

**2.1.2.5.- Cálculo Dentario.-** El cálculo dentario es una masa calcificada adherente que se forma o que proviene de la placa Bacteriana y que se deposita sobre la superficie de los dientes. Por su ubicación lo clasificamos en **SUPRAGINGIVAL y SUBGINGIVAL.** Por lo general es denso y duro, pardo o negro, de consistencia petrea y que a veces se encuentra adherida a la superficie radicular de los dientes. Es un agente patógeno que tiende a mantener constante la inflamación produciendo bolsas paradontales y destrucción del tejido subyacente de soporte, esto lo logra mediante la rugosidad del mismo, que irrita la encía, la permeabilidad que permite almacenar productos tóxicos siendo lesivos, en una palabra — afecta a la encía desde un punto de vista físico y químico.

**2.1.3.- Manifestaciones dentarias.**

Los factores que clasificamos en este grupo son: **LA CARIES, las ANOMALIAS de FORMA y POSICION y las DISFUNCIONES.**

**2.1.3.1.- Caries.-** La destrucción que produce la caries en el diente, provoca la pérdida de contacto oclusal, de conterne cervical y de contacto interdentario, lo cual da como resultado la extrusión, migración patológica del diente y la pérdida

de protección tisular, permitiendo así la retención en exceso de placa bacteriana la cuál nos causa irritación de la encía. En sí la caries no nos provoca la enfermedad gingivo-periodontal, propiamente dicho, sino que establece una superficie adecuada para el depósito de irritantes que perjudican al parodonte.

2.1.3.2.- Anomalías de forma y posición.- Entre las anomalías de forma tenemos las que se ven en las coronas grandes y raíces pequeñas, en dónde las superficies masticatorias transmiten estímulos intensos que no pueden ser soportados por el aparato de sostén formado por raíces, ligamento parodontal, cemento y hueso alveolar. En las piezas donde las raíces están juntas o fusionadas actúan las fuerzas como si éstas tuvieran solamente una. Cuando existe anomalía de curvatura en las coronas de los dientes, la encía no recibe masaje natural del bolo alimenticio que es el que ayuda a mantener buena circulación en la misma, cuando existe anomalía en la curvatura de la encía se produce empaquetamiento de comida entre los dientes e irritación local en la encía marginal. El exceso o falta de curvatura podemos producirle nosotros los dentistas, al efectuar prótesis sin seguir la curvatura anatómica de los dientes, como tenemos en los incisivos anteriores en dónde el cingulo es el elemento anatómico que ayuda a desviar la comida y no empaquetarla entre los dientes, la falta de éste produciría dicho proceso patológico, en los molares las leyes de curvatura obedecen de la misma manera. Las anomalías de posición de los dientes se denominan versiones y es cuando quedan fuera del arco dentario. Esta anomalía debe de tratarse primero en Ortodoncia y posteriormente en Parodontia; mientras exista ésta anomalía, en los dientes, existirá la patología gingivo-periodontal en la encía. Cuando el frenillo no se encuentra insertado en la encía alveolar y se establece en la encía insertada, o sea

en una posición anormal, en los movimientos de fonación deglución y masticación, ejerce una tensión -- constante produciendo en la encía marginal una fisura llamada de STILLMAN, que puede compararse como -- un desgarramiento en forma de coma, que desaparece solamente con la extirpación de dicho frenillo causador.

2.1.3.3.- Disfunciones.- Las disfunciones que pueden causar patología parodontal pueden ser: la ANOCLUSION, la MALOCLUSION y la OCLUSION TRAUMATICA. -- En la anoclusión es la disfunción que consiste en -- que una pieza o varias piezas dentarias no se ponen en contacto con sus antagonistas en ninguno de los movimientos mandibulares (CENTRICO, PROTRUSION, RETRUSION y LATERALIDAD). Esto se debe en gran parte a que existen piezas atrapadas que no llegan al plano de oclusión; como lo vemos en la mala oclusión -- que es una disfunción en donde existen apiñamiento o traslape (superposición) de los dientes que por -- éste motivo se encuentran afuera del arco dentario y no hacen oclusión con sus antagonistas. Esta -- misma disfunción causa la acumulación de la placa bacteriana, que es difícil a veces para nuestros pacientes por métodos comunes y corrientes el quitarla, lo cual hace necesario que se den instrucciones especiales acerca de los cuidados caseros. Una sobremordida anterior profunda, tanto horizontal, como vertical, puede provocar también empaquetamiento de alimentos en la arcada opuesta causando con ésta -- una irritación gingival. La maloclusión puede también conducir a la oclusión traumática que es lo -- contrario a la anoclusión. La oclusión traumática se lleva a cabo cuando una pieza dentaria o varias de ellas, reciben estímulos mayores de los que ellas -- soportar al efectuarse la masticación. Cuando el parodonto resiste a ésta clase de estímulos -- exagerados, se le denomina POTENCIAL, y cuando no resiste, se le llama oclusión traumática ACTUAL.

## 2.2.- FACTORES GENERALES O SISTEMICOS.

Este tipo de factores provienen del estado general del paciente, también se les ha llamado intrínsecos y los podemos clasificar en: INSUFICIENCIAS VITAMINICAS, INSUFICIENCIAS MINERALES, TRASTORNOS HORMONALES, DISCRACIAS SANGUINEAS, ALERGIAS y FARMACOS.

### 2.2.1.- Insuficiencias Vitamínicas.

Las vitaminas son sustancias orgánicas que requiere el organismo en pequeñas cantidades para su metabolismo, la falta de ellas provoca enfermedad sistémica, según su solubilidad se dividen en hidrosolubles y liposolubles.

2.2.1.1.- Vitamina A.- Esta vitamina se encuentra en el reino animal, especialmente en aceites de hígado de peces marinos, grasas hepáticas, grasas de productos lácteos y huesos. La falta de esta vitamina produce retardo de crecimiento, alteraciones en los tejidos epiteliales y nervioso, cartílago y hueso, trastornos de la visión y la reproducción. La insuficiencia de esta vitamina en el parodonto causa agrandamiento gingival, con proliferación de los elementos histológicos de la encía.

2.2.1.2.- Vitamina B.- El complejo de la vitamina B incluye B1, B2, B6, B12, NIACINA, ACIDO PANTOTEMICO, BIOTINA, COLINA, INOSITOL, POLACINA. La falta de esta vitamina produce estados de hipersensibilidad y neuritis considerandose como una causa directa de la estomatitis herpética, la gingivitis causadas por las deficiencias de la vitamina B es inespecifica; causada por irritación local, no por deficiencia, pero está sujeta al efecto modificador de tales derivaciones de la vitamina B.

2.2.1.3.- Vitamina C.- La falta de vitamina C genera la formación y mantenimiento defectuoso del colágeno, sustancia que es fundamental macopolisacárida y cementante intercelular de los tejidos mesen-

quimatoso. El efecto que produce en el hueso se relaciona con el retardo o interrupción de la formación de osteoide, daño a la función osteoblástica, y osteoporosis. La deficiencia de vitamina C también se caracteriza por la mayor permeabilidad capilar, susceptibilidad a hemorragias traumáticas hiperactividad de los elementos contráctiles de los vasos sanguíneos periféricos y lentitud del flujo sanguíneo.

2.2.1.4.- Vitamina D.- Esta vitamina esta representada por la D2 y D3. Su fuente de obtención es en los aceites de hígado de muchos peces. Influye en gran medida en la absorción y excreción de Calcio, Fosfato, Magnesio y otros minerales y también interviene en la esificación del cartilago. La deficiencia de ésta vitamina produce el raquitismo en la gente joven y en la vieja la osteomalacia. Se forma a nivel de los tegumentos debido a la acción de los rayos del sol.

#### 2.2.2.- Insuficiencias minerales.

Es importante ingerir diversos elementos inorgánicos como el Calcio, Fósforo, Magnesio que en el organismo están en macrocantidades y otros como el Hierro, Cobre, Cobalto, Yodo, Azufre, Fluor, Sodio, Potasio y Cloro, que están en microcantidades, para el mantenimiento de la vida y de la salud. Funcionando de una manera compleja y relacionada entre sí participan en los procesos metabólicos en el organismo con nutrientes y sistemas enzimáticos como también endócrinos. La ingestión prolongada de alimentos no balanceados, deficientes e ricos en estos elementos produce defectos fisiológicos y bioquímicos, al igual que alteraciones estructurales en diversos tejidos y órganos, según sean los elementos.

#### 2.2.3.- Trastornos hormonales.

Las hormonas son sustancias orgánicas produ-

cidas por las glándulas endócrinas. Algunas son — secretadas al torrente sanguíneo las cuáles ejercen una influencia fisiológica importante de los trastornos hormonales en la producción de la enfermedad gingive-periodontal.

**2.2.3.1.- Paratiroides.-** Esta es una de las glándulas endócrinas que interviene en las anomalías del parodonto. El hipertiroidismo se manifiesta en la boca con la maloclusión, la movilidad dentaria y el ensanchamiento del espacio parodontal. En pruebas radiográficas se ve osteoporosis alveolar con trabéculas muy juntas, ausencia de la cortical alveolar y espacios radiolúcidos de aspecto quístico.

**2.2.3.2.- Gónadas.-** Estas glándulas están muy relacionadas con la mucosa bucal y el tejido de soporte y se dice que hasta es comparada con el endometrio uterino pues al faltar hormonas femeninas como la — PROGESTERONA y la FOLICULINA, existen trastornos bucales, que se describen como una estomatitis descompositiva crónica. La falta de la TESTOSTERONA en el hombre causa los mismos efectos. Durante el EMBARAZO, se ha observado una gingivitis clásica que aparece durante el segundo trimestre de la gestación; en algunos casos, se hace mas grave y se manifiesta como una proyección de tipo ovoide pediculada que algunos estudiosos denominan tumor del — embarazo. En la MENSTRUACION el tejido gingival a veces se presenta agrandamiento temporal, así — mismo se conoce que existen tendencias a la hemorragia durante éstos días, por lo que se sugiere no hacer ninguna clase de intervención quirúrgica en ésta temporada. En la etapa de la vida llamada PUEBTA en la que aparecen por el torrente sanguíneo las hormonas estrogénicas se manifiestan alteraciones tidulares temporales que afectan a los tejidos gingivales. En la MENOPAUSIA hay la cesación de las hormonas estrogénicas en la sangre, — que también se manifiestan en la encía como una —

gingivitis descamativa que produce la sensación de quemadura y sequedad en la boca.

**2.2.3.3.- Diabetes.-** Es una enfermedad en la que no se asimila el azúcar y en la cual se ha descrito una multitud de cambios bucales tales como: estomatitis diabética, periodontoclasia, sequedad de la boca, lengua roja y saburral, eritema difuso, marcada tendencia a formar abscesos paradontales, encías sensibles e inflamadas, mayor frecuencia de enfermedad gingivo-periodontal y gran pérdida ósea angular y horizontal. La enfermedad periodontal en pacientes diabéticos no sigue ningún patrón fijo. En la diabetes juvenil, se observa resequedad y abrigantamiento de las encías, agrandamiento gingival y cambios de textura de la misma. El colágeno se ve afectado y observamos grandes zonas con pérdida de hueso. En los capilares también se observa estenosis por calcificación de su pared interna. El ligamento paradontal tiene zonas hemorrágicas y necrosadas. Es muy importante saber que el paciente enfermo de diabetes es susceptible de contraer infecciones severas.

#### **2.2.4.- Discrasias sanguíneas.**

Las enfermedades que a veces existen en la sangre son procesos patológicos que deben de interesarnos, ya que en ocasiones el paciente acude a nosotros por tener hemorragias gingivales, hipertrofias de las encías e lesiones ulcerativas. En algunos casos como en la agranulocitosis el diagnóstico temprano puede salvar la vida de nuestro paciente. Entre las discrasias sanguíneas tenemos la ANEMIA, la LEUCEMIA y la AGRANULOCITOSIS.

**2.2.4.1.- Anemia.-** La anemia es una enfermedad de la sangre que consiste en una reducción por debajo de lo normal de la hemoglobina de los eritrocitos. Sus manifestaciones en la boca consisten en hemo--

ragia espontánea de la encía, petequias, palidez de la mucosa bucal, antecedentes de sangrado al cepillado, ulceraciones intensas de la boca, acompañadas de fiebre e infecciones de la mucosa bucal que no tiene resultado satisfactorio al tratamiento.

2.2.4.2.- Leucemia.- Esta enfermedad de la sangre se caracteriza por el aumento de leucocitos en la misma, y los signos que la caracterizan en la boca son: el aumento de volumen e hipertrofia de la encía, hemorragia sin causa y frecuentes ulceraciones, movilidad dentaria, odontalgias, y muchas veces necrosis de la encía y mucosa bucal.

2.2.4.3.- Agranulocitosis.- Esta enfermedad se caracteriza porque en la sangre esta disminuido el número de granulocitos y sus manifestaciones bucales son: zonas necróticas de forma irregular a veces contiguas a los tejidos gingivales.

#### 2.2.5.- Alergias.

La alergia es una alteración específica, producida por exposición previa a un agente que se manifiesta por una respuesta inmediata o tardía. La etiología de las alergias es muy variada y las más importantes son: queratitis venenata, glositis venenata y estomatitis venenata, sus manifestaciones en la boca son: sensación de quemadura, vesículas en los labios y lengua, dolor, prurito e inflamación.

#### 2.2.6.- Fármacos.

El introducir ciertos fármacos al organismo pueden originar manifestaciones que caracterizan a los siguientes padecimientos, tales como: gingivitis fibrosa; causada por dilantin sódico, estomatitis arsenical; causada por la ingestión de fármacos que contienen arsénico, estomatitis plúmbica; cau-



sada por sales de plomo, estomatitis bismútica, — causada por la ingestión de fármacos que contienen bismuto, la estomatitis mercurial; causada por la ingestión de drogas que contienen mercurio y la estomatitis fosfórica; causada por la exposición a las sales de fósforo.

### 2.3.- FACTORES PSICOSOMATICOS.

Los factores psicosomáticos son agentes causales de enfermedades que no tienen origen en causas eminentemente somáticas. Dentro del campo de la parodontia podemos citar la estomatitis de Vincent y malos hábitos como el nerviosismo de morderse las uñas, el BRUXISMO y las tensiones musculares, que traen como consecuencia, zonas de destrucción de fibras, zonas de necrosis y hemorragias en el ligamento parodontal por disminución del espacio vital. Los problemas emocionales, así como también las constantes tensiones provocadas por la vida cotidiana citadina, son factores que desencadenan tensiones y que originan algunos padecimientos parodontales.

## CAPITULO 3 CLASIFICACION Y TRATAMIENTO.

**Definición.-** La enfermedad gingive-periodontal ha tenido tantas clasificaciones, como escuelas y estudiosos interesados en ella. Yo en lo particular por motivos de una mejor exposición y por creerla, la más apropiada y razonable, he escogido la siguiente: **ESTADOS INFLAMATORIOS, ESTADOS DISTROFICOS y ESTADOS NEOPLASICOS**, ésto es considerando los diversos cambios tisulares básicos patológicos que sufre el parodonte. Per lo que respecta a su tratamiento le he incluido al final de cada tipe de patología.

### 3.1.- ESTADOS INFLAMATORIOS.

Antes de expener los estados inflamaterios del parodonte, explicaré en breve que es la inflamación. La **INFLAMACION**, es una respuesta normal de los tejidos vivos a cualquier lesión, que se caracteriza, por una evelución específica de alteraciones fisiológicas y bioquímicas que el organismo reúne en el lugar donde se presenta la lesión, como defensa contra invasores microbianos y sustancias e estímulos nocivos inanimados.

#### 3.1.1.- Gingivitis.

La **gingivitis** es la inflamación de la encía. Que se manifiesta con el aumento de volumen, debido a irritaciones locales o a trastornos generales o sistémicos.

**3.1.1.1.- Signos y Síntomas.-** Entre los principales signos y síntomas que presenta la encía tenemos los cambios de textura, la pérdida de puntilleo gingival el aspecto brillante y liso, los cambios de coloración; de rosado a magenta pasando por el rojo los cambios en la forma, en el intersticio; como son las ulceraciones del epitelio y sangrado, los cambios en el margen gingival, hendiduras y festones y la presencia del sarre.

**3.1.1.2.- Evolución y Duración.-** Cuando la gingivitis se presenta dolorosa y se instala rápidamente y es corta de duración, hablamos de una gingivitis AGUDA. Cuando está en una fase menos grave que la aguda, la denominamos gingivitis SUBAGUDA, es recurrente cuando reaparece, y por último es CRONICA, cuando se instala con lentitud, larga de duración e indolora; ésta es la más común.

**3.1.1.3.- Distribución.-** Según el lugar donde la encontramos se le denomina LOCALIZADA, GENERALIZADA, MARGINAL, PAPILAR y DIFUSA. Usando los términos anteriores, la situación de la enfermedad gingival puede ser descrita como: Gingivitis marginal localizada, gingivitis papilar, gingivitis marginal generalizada y gingivitis difusa generalizada.

**3.1.1.4.- Histología.-** En algunos casos la gingivitis muestra ulceraciones, con pequeñas soluciones de continuidad y prolongaciones en el tejido conjuntivo. De éste modo la inserción epitelial se hace más gruesa y se extiende lateralmente y hacia apical cuando se destruyen las fibras gingivales adyacentes. En el tejido de la encía inflamada encontramos una gran cantidad de células como son los PLASMOCITOS, LINFOCITOS, LEUCOCITOS, POLIMORFONUCLEARES y algunos MACROPAGOS, esparcidos entre las fibras de colágeno. En los casos graves, sólo se observan restos de los haces de fibras originales completamente rodeadas por células inflamatorias, frecuentemente todo el tejido gingival está compuesto por una infiltración de células inflamatorias, pero otras veces se encuentra un tejido conjuntivo denso, con hileras interpuestas de células inflamatorias, ya como regla general existe la acumulación de dichas células junto a la inserción epitelial.

**3.1.2.- Tipos especiales de gingivitis.**

+ GINGIVITIS CRONICA.- En éste tipo de gingi-

vitis, las papilas se ven de una coloración magenta y aparecen completamente inflamadas y brillantes la encía marginal es delgada y de color rosado pálido; presenta puntilleo gingival firme sin exudado, salvo en las papilas. En las regiones interproximales, puede observarse un depósito de sarro fino.

**TRATAMIENTO.**- El tratamiento a seguir es el raspado y curetaje, así como la enseñanza de una buena técnica de cepillado.

**+GINGIVITIS POR RESPIRACION BUCAL.**- Se presenta como una gingivitis marginal, papilar e hiperplásica, en donde los cambios tisulares se presentan más aumentados en la encía vestibular anterior. Los tratamientos locales no logran resolver un mucho, - la inflamación, hasta que no es corregida la respiración bucal mediante la eliminación de la vegetación adenoidea.

**TRATAMIENTO.**- El tratamiento a seguir es efectuar una buena odontexesis, ajuste oclusal y confección de una placa protectora bucal (para evitar la respiración bucal) de uso nocturno. El resultado del tratamiento se aprecia seis meses después.

**+GINGIVITIS AGUDA.**- También se le denomina - absceso gingival. Consiste en una lesión localizada, dolorosa, de expansión rápida, y que se instala rápidamente. Se limita al margen gingival e papilar. Los dientes vecinos suelen ser sensibles a la percusión. Es un foco purulento en el tejido conectivo, rodeado de infiltrado difuso de leucocitos polimerfoculares, tejido edematizado e hiperplasia vascular. La gingivitis aguda es la respuesta de una irritación de cuerpos extraños introducidos en la encía.

**TRATAMIENTO.**- Antes que todo desalojar el cuerpo extraño, después efectuamos una odontexesis y completamos dicha terapéutica con una buena técnica de cepillado para el paciente.

+ GINGIVITIS ESTREPTOCOCCICAS.-- Es propia de la infancia, sobre todo a la edad de doce a trece años y tiene la particularidad de ser dolorosa y contagiosa, la encía se presenta enrojecida siendo la causa el STREPTOCOCCO HEMOLITICO, se presenta -- adenitis y fiebre. Para poderla diagnosticar es -- necesario efectuar cultivos y mandarlos a analizar. TRATAMIENTO.-- Su tratamiento es a base de antibióticos, según el resultado de los análisis, analgésicos; en caso de dolor agudo y enseñar a nuestro paciente una buena técnica de cepillado.

+ GINGIVITIS HERPETICA o VIRAL.-- Es producida por el herpes zoster, puede confundirse con la gingivitis de Vincent, que tiene localización en el vértice de la papila interdientaria. Es generalizada, produce una ampolla parecida a la quemadura de un cigarro. Se presenta 48 a 72 horas después de haberse presentado una afección viral sistémica como el catarro común, faringitis o amigdalitis. -- Cuando las vesículas se rompen, originan una úlcera que es la lesión secundaria. Es altamente contagiosa y los factores que pueden modificarla con respecto al huésped son: LA LUZ SOLAR, TRAUMATISMOS MECANICOS, FATIGA, TENSION EMOCIONAL, MENSTRUACION o alguna afección VIRAL GENERALIZADA. Se le conoce con el nombre de AFTAS cuando la vemos en la mucosa bucal.

TRATAMIENTO.-- El tratamiento a seguir en ésta enfermedad grave y dolorosa frecuentemente es paliativo. Su terapéutica se enfoca hacia la reducción de la sintomatología, terapéutica general de soporte, -- tranquilización de nuestro pacientes y tratamiento periodontal mínimo que evite una complicación bacteriana secundaria.

+ GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.-- Se le ha denominado de varias maneras como son: BOCA DE TRINCHERAS, GINGIVITIS NECROTICA, GUN, ESTOMATITIS ULCERONECROSANTE MEMBRANOSA. Es una lesión inflama-

toria dolorosa con necrosis de tejido gingival, — tiene predilección por las papilas interdientarias formándose una pseudomembrana que cubre el tejido necrótico. No es contagiosa. Sus causas más probables se consideran a los irritantes, como el sarrre, higiene bucal defectuosa, aletas gingivales como la que se ven al erupcionar un diente, márgenes defectuosos de restauraciones y uso excesivo del tabaco, entre otros tenemos el cansancio físico, la tensión emocional y la desnutrición.

TRATAMIENTO.— El tratamiento a seguir es a base de antibióticos que suelen calmar la etapa aguda. La higiene bucal es indispensable.

+ GINGIVITIS INFANTIL.— La gingivitis infantil se presenta en los niños por lo general sus causas son por la mala higiene bucal y los malos hábitos. Sin embargo, no se ha establecido cuál es el posible efecto acumulativo de la inflamación gingival infantil sobre el parodonto adulto.

TRATAMIENTO.— El tratamiento a seguir es insistir en una mejor técnica de cepillado para obtener buena higiene bucal.

+ GINGIVITIS DE LA PUBERTAD.— Se ve con frecuencia que en la etapa de la vida llamada pubertad existe una respuesta exagerada de la encía para con los irritantes. Este puede deberse a los trastornos hormonales característicos de dicha etapa, que se agrava por la erupción incompleta de las piezas dentarias, la cual ayuda a la retención de los alimentos y su consecuente descomposición. Sus signos clínicos se caracterizan por agrandamiento y enrojecimiento de la encía marginal con distensión pronunciada de tejidos interdientales. La inflamación va disminuyendo poco a poco cuando va pasando la pubertad.

+ GINGIVITIS DEL EMBARAZO.— Esta clase de gin

gingivitis puede localizarse tanto en el margen como general, o presentarse con aspectos tumorales. Se aclara que no se presenta si no hay manifestaciones clínicas de irritación local. El embarazo NO PRODUCE LA LESION; el metabolismo alterado de los tejidos intensifica la respuesta a los irritantes locales. La encía se torna de un rojo brillante o magenta, blanda y friable, de superficie lisa y brillante. Sangra espontáneamente y suele presentarse después del tercer mes del embarazo, pero puede ser muy posible que aparezca antes.

**TRATAMIENTO.**- El tratamiento a seguir es eliminar por completo los irritantes locales, dictar una buena técnica de cepillado y la completa eliminación del tejido enfermo. Puede ser que al terminar el embarazo se reduzca espontáneamente el tamaño del agrandamiento gingival, pero a veces es necesario la erradicación quirúrgica del mismo, cuando interfiera en la masticación o cuando no desaparezca por completo.

### 3.1.3.- Periodontitis.

La periodontitis es la inflamación del periodonto, o sea de los tejidos más profundos que intervienen en el mecanismo de inserción, como son: el CEMENTO, HUESO ALVEOLAR y LIGAMENTO PARODONTAL. Se inicia siempre como una gingivitis y termina por atacar a las estructuras adyacentes. El tejido más importante involucrado es el hueso alveolar; que consiste en la pérdida de la altura ósea, que da como resultado un aumento en la movilidad y pérdida futura de la dentadura.

3.1.3.1.- Signos y Síntomas.- Entre los signos y síntomas de la periodontitis encontramos: la destrucción del hueso de soporte, la formación de la BOLSA PARODONTAL, recesión gingival, movilidad dentaria, una zona rojiza que se extiende a la mucosa alveolar, extrusión y migración de los dientes, ----

desarrollo de diastemas y también inflamación en la unión mucogingival.

3.1.3.2.- Distribución.- Ataca a veces a unos cuantos dientes, pero por lo general la afección se ve en todos, por tal motivo se distinguen dos tipos - de periodontitis que son: la LOCALIZADA Y LA GENERALIZADA. En la localizada se pierde el punto de contacto de las piezas, y en la generalizada existe en grosamiento del margen gingival, las encías sangran y al presionarlas se hace salir pus del intersticio gingival, el tejido óseo se atrofia.

3.1.3.3.- Patogenia.- Cuando la inflamación de la encia se introduce hacia los tejidos de soporte más profundos y se ha destruido parte del ligamento parodontal, se puede hacer el diagnóstico de la periodontitis. Su rasgo característico es la BOLSA PARODONTAL, que tiene su origen, no por el agrandamiento del margen, sino por la invasión de la misma al ligamento parodonta. Siempre, éste proceso se va acompañado de la resorción alveolar.

3.1.3.4.- Histología.- En una lesión parodontal destructiva crónica, no se observa infiltración en la médula ósea de células inflamatorias, las regiones del hueso, en las que se efectúa resorción muestran márgenes irregulares, denominados LAGUNAS DE HOW - SHIP, en las que puede o no haber osteoclastos. La destrucción ósea, es un proceso marginal que empieza primero por el excavado de la pieza, originando un cráter y luego la reabsorción lateral en donde se pierde toda la cresta. No existen normalmente bacterias, cuando ellas entran en el tejido conjuntivo, se crea una barrera de leucocitos y se desarrolla una red de fibrina circundando la zona. En las bolsas grandemente profundas se puede desarrollar un absceso. La infiltración linfocítica y plasmática, es la característica predominante en la periodontitis. Probablemente la fusión de éstos -



elementos celulares, en la reacción inflamatoria -- de defensa, es la producción de anticuerpos. La -- gran cantidad de plasmocitos en el área revela el -- esfuerzo que hace el organismo para neutralizar los efectos tóxicos de las bacterias y los productos de la necrosis tisular.

3.1.3.5.- Bolsas Paredontales.- Las bolsas paredontales son la profundización patológica del surco gingival. Está limitada en su cara lateral por la encía inflamada, y en su cara interna por la superficie del diente. Tomando en cuenta la posición relativa del ligamento epitelial, del borde gingival y de la cresta del hueso alveolar, las podemos clasificar en: BOLSAS SUPRAOSEAS y BOLSAS INFRAOSEAS.

3.1.3.6.- Tratamiento.- La terapéutica a seguir en la periodontitis es antes que todo suprimir la bolsa paradental; pues es un terreno favorable a la -- actividad bacteriana así como también depósitos de espículas calcificadas que son fuente de irritación. Eliminamos todo tipo de factores locales que producen la irritación, damos a nuestro paciente consejos para una buena higiene bucal, explicamos que ningún tratamiento paradental es definitivo, recalcamos -- que se debe de tener buena higiene bucal para prevenir, después del tratamiento, la recidiva del proceso patológico. Es necesario a veces efectuar procedimientos quirúrgicos especiales como lo es la -- gingivectomía, por último es parte importante de cualquier tratamiento paradental el raspado radicular.

### 3.1.4.- Pericoronitis.

La pericoronitis es una inflamación aguda de -- los tejidos gingivales que rodean y cubren parcialmente al diente que está en erupción. Su localización es generalmente en la zona de los terceros --

**molares inferiores, se clasifica entre las enfermedades gingivo-periodontales como AGUDA.**

**3.1.4.1.- Signos y Síntomas.-** Presenta todos los signos y síntomas clínicos de la inflamación. La presencia de eritema y exudado provoca la pérdida de tono tisular y aumento de tamaño. Sangra fácilmente con cualquier estímulo y puede haber también exudado purulento. En algunos casos puede presentarse necrosis superficial e ulceración causada por el traumatismo que ejerce la pieza antagónica. Cuando esta infección alcanza un nivel más grave afectando la región bucofaríngea y nódulos linfáticos, se le da el nombre de **ANGINA DE VINCENT**. Existe dolor muy fuerte en la región afectada que puede extenderse hasta la garganta. Es común que aparezca trismus, se puede presentar malestar general, fiebre elevada e interferencia al deglutir.

**3.1.4.2.- Etiología.-** El tejido péricoronario es un celgaje gingival móvil que descansa sobre el diente parcialmente erupcionado, que proporciona un medio excelente para el crecimiento bacteriano, agregando la falta de limpieza, por lo inaccesible de la zona, y el trauma causado por la pieza antagonista, hace que éste tejido sea presa fácil de cualquier infección aguda.

**3.1.4.3.- Tratamiento.-** El tratamiento a seguir, consiste en la irrigación del área con una solución salina tibia. Se puede administrar antibióticos por vía bucal para atacar al proceso infeccioso, y analgésicos, para el malestar y trismus. Se elimina cualquier desecho bacteriano blando o alimento impactado. Y como tratamiento definitivo, se puede eliminar el tejido blando e la extracción del diente. Este tratamiento definitivo es a criterio muy personal del dentista, pues en ocasiones, el diente afectado es de vital importancia en la arcada dentaria que se está tratando.

### 3.1.5.- Absceso Parodontal.

El absceso parodontal es una reunión purulenta en los tejidos parodontales. Y se clasifica -- también entre las enfermedades gingivo-periodontales AGUDAS.

3.1.5.1.- Signos y Síntomas.- Los abscesos parodontales por lo general son agudos, pero también los hay crónicos, el agudo se manifiesta como una elevación ovoidea, edematosa, con superficie lisa y brillante, de consistencia blanda y en la mayoría de los casos al efectuarse una ligera presión con los dedos hace que salga exudado purulento. Se acompaña de diversos síntomas como dolores pulsátiles, hipersensibles a la palpación y percusión, movilidad de las piezas afectadas, linfadenitis y en casos graves, fiebre y malestar general. En el absceso parodontal crónico se caracteriza por la presencia de una fístula -- con un orificio en forma de cráter, del cual intermitentemente sale un exudado purulento. Este tipo de absceso por lo general es asintomático.

3.1.5.2.- Etiología.- El absceso parodontal ocurre cuando la supuración de la bolsa parodontal, se localiza en la cara interna de la pared blanda y el exudado purulento desciende hacia los tejidos parodontales más profundos localizados en la cara lateral de la raíz y sin que pueda drenar a la cavidad bucal, o cuando las bolsas que describen cursos -- tortuosos alrededor de la raíz se cierran, o cuando al efectuarse un tratamiento de ODONTOXESIS mal llevado, se deja sarro dentario.

3.1.5.3.- Tratamiento.- El tratamiento quirúrgico -- es el más efectivo. Los fármacos que se prescriban solo tendrán éxito cuando se haya retirado del área afectada los irritantes que lo provocan, y el exudado purulento atrapado. En la primera visita se diagnostica si es crónico o es agudo; si es agu-

do, después de lavar con solución antiséptica y -- anestesiar se drena, se cerciora que salga la pus - que por lo regular sale mezclada con sangre, se lava con agua bidestilada y se seca, se prescriben an tibióticos y analgésicos, el primero para la infec- ción y los segundos para el dolor o fiebre si es que existe. En la segunda visita, el tratamiento es -- tanto para el agudo como para el crónico, se loca- liza el sarro, se hace un raspado radicular, y se - lava con agua bidestilada. Es necesario para efec- tuar éste tratamiento conocer la técnica de colgajo.

### 3.2.- ESTADOS DISTROPICOS.

Los estados patológicos gingivales llamados - DISTROPICOS se producen por la falta de nutrición - de los tejidos provocando mal metabolismo celular - y manifestaciones en ellos: DEGENERACION, ATROFIA e HIPERPLASIA.

#### 3.2.1.- Gingivitis.

Este es un padecimiento degenerativo caracterizado principalmente por la caída del epitelio bucal a nivel de la encía marginal y la encía insertada; no incluye al tejido conjuntivo subyacente. Se le ha denominado de varias formas como: Gingivitis Descamativa Crónica, Estomatitis Senil, Estomatitis Menopáusica; por encontrarse en mujeres en éste estado. Su causa aún no ha sido establecida definitivamente.

3.2.1.1.- Signos y Síntomas.- La gingivitis con frecuencia la encontramos en toda la mucosa bucal, clasificándola en DIFUSA GENERALIZADA, sin embargo puede ser también local. Existe descamación superficial del epitelio, en un grado variable. La superficie es de color rojo grisáceo y su color tisular va de eritema intenso a magenta, al de la cianosis-parda. El epitelio puede estar desgarrado y puede haber bastante hemorragia y dolor, pues el paciente reporta un cuadro clínico, en el que al ingerir alimentos duros, el simple roce le produce dolor.

3.2.1.2.- Histología.- Afecta primordialmente a la capa basal del tejido conjuntivo, y puede observarse que en la unión del tejido epitelial y el tejido conjuntivo, existe una línea de separación que da - por resultado que la relación entre estos dos elementos pierdan su íntima unión con el consiguiente resultado de descamación epitelial.

3.2.1.3.- Tratamiento.- El tratamiento a seguir; - debe de estar basado en los agentes causales que --

la está produciendo; al no estar determinada definitivamente su etiología, es necesario para llegar a un diagnóstico positivo, pedir la cooperación del especialista en endocrinología, el cuál nos proporcionará datos importantes. El administrar estrógenos nos puede ayudar a mejorar el cuadro patológico.

### 3.2.2.- Periodontosis.

Es el padecimiento degenerativo del ligamento parodontal, que se caracteriza por la destrucción parcial o total de los elementos de soporte, tanto de uno como de varios dientes.

3.2.2.1.- Etiología.- Su etiología es desconocida, pero sus causas esenciales son los factores generales o sistémicos, tales como la desnutrición, estados clínicos o subclínicos de avitaminosis. A veces se le relaciona con la enfermedad de la DIABETES pero no se ha demostrado nada clínicamente. -- Otros factores etiológicos que se suponen tienen relación más directa, son los factores de apertura o cierre de los vasos que alimentan al parodonto, es decir, son fenómenos tróficos de la dinámica sanguínea. La herencia juega un papel muy importante en la etiología de éste padecimiento.

3.2.2.2.- Histología.- De acuerdo con los cambios tisulares que presenta se divide en tres fases que son: Primera: Es en la que aparece destrucción de las fibras principales del ligamento parodontal, empezando a formarse tejido conjuntivo indiferenciado con fenómenos agudos de extravasación sanguínea y el consiguiente edema y aumento de volumen del espacio vital del ligamento parodontal. En la segunda fase; encontramos la destrucción de la profundidad hacia la inserción epitelial. Cuando la destrucción del ligamento parodontal y el hueso alveolar ataca la inserción existe migración; se vuelve un trastorno mixto, degenerativo e inflamatorio.

Y en la tercera fase observamos la formación de bol sas con todos los síntomas clínicos ( aposición de sarro, exudado, etc.).

3.2.2.3.- Signos y Síntomas.- Este padecimiento -- afecta más a las mujeres que a los hombres y entre las edades de 15 y 25 años. Entre los síntomas más importantes tenemos los diastemas que se forman en los incisivos superiores, que a veces afectan también a los inferiores y zonas de los molares con una movilidad de segundo y tercer grado, según sea la cantidad de tejido de soporte afectado. El aspecto gingival en ésta enfermedad es aceptable, -- puesto que no hay migración de la inserción epitelial en la primera fase, ni dolor, ni gingivorragias, solamente el paciente se queja de que sus -- dientes han emigrado y se tornan un poco flojos. Pero en la segunda fase tiene exudado, dolor, movi lidad, formación de absceso, etc.

3.2.2.4.- Tratamiento.- El tratamiento a seguir es reconocer por medio del estudio clínico y radiográ fico, cuales son las piezas que deben de salvarse -- según su estado patológico en que se encuentren. Posteriormente ya determinado el pronóstico de cada pieza, se recurre al raspado y curetaje, ferulización temporal y algunas veces técnica de colgajo, aliviando con éste la segunda fase del padecimiento, que es el proceso inflamatorio. Para resolver la tercera fase, debemos investigar con ayuda del -- medico general, que padecimiento es el que afecta a nuestro paciente e instituir la terapéutica adecuada ya que el factor directo de ésta enfermedad es de origen sistémico. El pronóstico en éste padecimiento es grave y poco favorable.

3.2.3.- Otros tipos de padecimientos distróficos.

‡ GINGIVITIS ATROPICA.- Esta afección se caracteriza por recesión gingival con pérdida ósea alveo

correspondiente, sin presentar ningún signo de patología. Es frecuente que la textura sea delgada y fina, que el color sea rosado pálido, relativamente alargadas. Puede estar relacionada con determinados factores anatómicos predisponentes. Sus causas pueden ser el mal cepillado dental, fuerzas ortodóncicas, irritantes extrínsecos, y traumatismo por --oclusión, hábitos lesivos, retenedores y barras protéticas inferiores orales y el envejecimiento.

**TRATAMIENTO.**— El tratamiento a seguir es la institución de una higiene bucal satisfactoria, así como métodos correctos de cepillado. En algunos casos -- para corregir defectos localizados o crear zonas nuevas de encía, se efectúan injertos gingivales tomando en cuenta las causas antes mencionadas, la terapéutica también se basa en los factores que la ocasionan.

+ **FIBROMATOSIS GINGIVAL HEREDITARIA.**— Este padecimiento es una proliferación progresiva de la encía, en especial, de los elementos colágenos. Su causa implica aspectos hereditarios o familiares. Existe un agrandamiento gingival difuso generalizado, con un color normal, pero existen cambios eritematosos como resultado del ataque bacteriano secundario. Los cambios hiperplásticos parecen involucrar tanto al tejido epitelial como al conectivo -- subyacente.

**TRATAMIENTO.**— El tratamiento a seguir no es definitivo, pero la extracción de los dientes puede involucrar el agrandamiento de los tejidos.

+ **GINGIVITIS POR DILANTINA.**— El ingerir DILANTINA SÓDICA, para el tratamiento de la EPILEPSIA, -- origina en la encía una reacción de proliferación -- progresiva. El grado de agrandamiento gingival parece pronunciarse más cuando existen irritantes locales. Se ve en las áreas interdenciales que tienden a expanderse, y varían de un rosado a eritemato



se y flácido. El conterno tisular puede aparecer - como lobulado o en forma de mora.

**TRATAMIENTO.**- El tratamiento a seguir es primero - prevenir la inflamación, pues puede ser un requisito para el desarrollo de la hiperplasia, enseñando una buena técnica de cepillado, para obtener una -- buena higiene bucal. Si existe la hiperplasia se - deben tomar medidas quirúrgicas, en ocasiones se pi de al médico general cambie el fármaco por otro si milar para que se obtengan los mismos resultados en la terapéutica sistémica.

+ **GINGIVITIS ESCORBUTICA** .- Este tipo de gingivitis se presenta en pacientes que presentan deficien cia de **VITAMINA C**, (**ESCORBUTO**), y se manifiesta por la inflamación tanto marginal como papilar generalizada, que se va extendiendo a la encía insertada. La encía se encuentra enrojecida, **HIPERPLASTICA**, ul cerada y a veces hemorrágica.

**TRATAMIENTO.**- El tratamiento a seguir se inicia con la prescripción de dosis altas de **VITAMINA C**, que - se van reduciendo paulatinamente. En ocasiones no se aplica ningún tratamiento local, pues tan solo al ingerir la vitamina, basta para que el padecimiento desaparezca.

### 3.3.- ESTADOS NEOPLASICOS.

Los estados neoplásicos gingivales son crecimientos nuevos de tejidos anormales llamados TUMORES, que son independientes del resto de la encía, y sin ningún propósito útil. Se clasifican en MALIGNOS y BENIGNOS, siendo éstos últimos los tratados en ésta tesis por considerarlos más relacionados al tema en cuestión y a la parodontia.

#### 3.3.1.- Neoplasias benignas del parodonto.

Las neoplasias benignas son tumores que sólo crecen por contigüidad, que están encapsulados y que por tal motivo no invaden a los tejidos vecinos. Su desarrollo es lento, y no se extienden a partir de su foco de origen, salvo por un crecimiento propio, esto quiere decir que no producen metástasis. Sólo causan la muerte cuando ocupan zonas vitales, y por último se puede decir que son indolores.

3.3.1.1.- Etiología.- Uno de los factores más frecuentes se debe, probablemente, a una irritación mecánica a la que la encía parece ser muy sensible. Esta predisposición se manifiesta por la aparición frecuente de POLIPOS del parodonto y pueden aumentar a causa de los irritantes fuertes. Estas irritaciones pueden ser producidas también por la dentición que se acompaña ordinariamente de un fuerte reblandecimiento del parodonto como lo es en la existencia de raíces dentarias cariadas, o por obturaciones que sobresalen del borde cervical.

3.3.1.2.- Tratamiento.- El tratamiento a seguir por lo general es por medio de un procedimiento quirúrgico, aunque también podemos utilizar la radioterapia. Si utilizamos la Cirugía debemos de tener en cuenta que para evitar la recidiva del tumor, debemos de estar seguros de erradicarlo completamente.

#### 3.3.2.- Tipos de Neoplasias Benignas del parodonto.

Entre las neoplasias más frecuentemente tenemos:

+ **FIBROMA.**- Son neoplasias benignas de tejido conectivo que generalmente se encuentran encapsulados. Estos provienen de tejido conectivo gingival e del ligamento paradental. Son tumores esféricos pediculados que pueden ulcerarse y sangrar. Se presentan con mayor frecuencia en la edad avanzada. Son raras las manifestaciones dolorosas.

**TRATAMIENTO.**- El tratamiento a seguir es la resección por medio de métodos quirúrgicos, abarcando una zona amplia del tejido óseo. La herida debe quedar cubierta por el desplazamiento de la mucosa por medio de la incisión extensa. Cuando no exista mucosa por quis e tal motivo, se cubrirá la superficie con un apósito quirúrgico.

+ **HEMANGIOMA.**- Es una neoplasia benigna formada por vasos sanguíneos. Generalmente es de dos tipos capilar y venoso, siendo más común el primero. Son blandos, sésiles y pediculados, indolores. Su color depende de la cantidad, tamaño y tipo de vasos que le conformen. Al presionarlos se observa signos de isquemia. Aparecen frecuentemente en la papila interdientaria y crecen lateralmente hacia los dientes adyacente. Como están a expensas a los movimientos bucales, frecuentemente sangran y ulceran.

**TRATAMIENTO.**- El tratamiento a seguir es la radioterapia o el tratamiento quirúrgico sea cual sea, su tamaño.

+ **EPULIS.**- A ésta neoplasia benigna también se le llama **GRANULOMA** reparador de células gigantes - periférico y es un crecimiento de tejido blando, solitario, localizado y que hace aparición en el espacio interproximal de la encía, y a nivel del cuello del diente. Está adherido a los tejidos por medio de un pedículo estrecho. Su aspecto varía desde una masa regular y lisa, hasta una protuberancia multileculada. Puede a llegar a cubrir varios

dientes, puede ser firmes o esponjosos y su color varía desde el rosa hasta el rojo profundo o azul púrpura. Para su diagnóstico seguro es necesario el examen microscópico. Cuando aparece en el parodonto, se denomina granuloma reparador de células gigantes periférico.

TRATAMIENTO.- El tratamiento a seguir del granuloma reparador de células gigantes periférico, debe ser eliminándolo quirúrgicamente poniendo, atención en la remoción total de su pedículo, que en algunos casos es difícil por no estar claramente delineado. Si no es eliminado completamente son frecuentes las recidivas. Otro método de tratamiento es la de usar radiaciones consecutivas.

**CONCLUSIONES.**

Para poder comprender la enfermedad gingivo-pariodontal en toda su extensión, es necesario, antes que todo conocer el lugar donde se encuentra en el organismo y después en el sitio específico donde se desarrolla. Así tenemos que dicho padecimiento se localiza en la BOCA y específicamente afecta a los cuatro elementos esenciales del parodonto que son: ENCIA, LIGAMENTO PARODONTAL, CEMENTO y HUESO ALVEOLAR, solamente.

La etiología de ésta enfermedad la podemos enmarcar según su procedencia con respecto al organismo en: **EXTRINSECAS** si las causas vienen de fuera, **INTRINSECAS** si las causas tienen un origen que previenen del organismo y **PSIQUICAS** si vienen del estado anímico del individuo.

Cuando afecta únicamente a la encía y se desarrolla un estado inflamatorio; con sus características esenciales como son: DOLOR, CALOR, RUBOR y TUMOR, se le denomina GINGIVITIS, cuando se presentan estados -distróficos; o sea con mala función en la nutrición se le llama GINGIVOSIS y cuando existe un estado -neoplásico, queriendo decir con este el aumento sin control de células, se le denomina TUMOR GINGIVAL. Cuando llega y afecta al ligamento parodontal, cemento y hueso alveolar, inflamándose se le llama: PERIODONTITIS, cuando encontramos un estado distrófico se le denomina PERIODONTOSIS y cuando hay una manifestación neoplásica se le da el nombre de PARODONTOMA.

Aclaro, cada una de las pasadas divisiones, engloba diferentes patologías gingivo-pariodontales con sus respectivos nombres y sus características individuales propias, que las distinguen unas de otras, teniendo por consiguiente su propia terapéutica.

La enfermedad gingivo-periodontal es CRONICA, cuando tarda mucho tiempo en instalarse y se dice que es AGUDA, cuando se instala rápidamente.

Con respecto a su tratamiento, vemos que se deriva de su etiología, así tenemos, que si es causada por factores FISICOS, la tratamos quitando dichos factores mecánicamente. Cuando es causada por factores QUIMICOS, su terapéutica es eliminando dichas substancias e introduciéndolas al organismo y cuando tiene como causas las PSICOLÓGICAS el tratamiento a seguir es por medio de la comprensión y orientación del Dentista.

Por último reafirmo, que la enfermedad gingivo-periodontal en la práctica clínica, es en cierto modo tan importante como la enfermedad de la caries, y que su PREVENCIÓN debe de hacerse notar a todos nuestros pacientes, enseñándoles una correcta HIGIENE BUCAL y una buena TÉCNICA DE CEPILLADO - así como también en el consultorio dental, la práctica periódica de una BIEN HECHA ODONTOXESIS.

## BIBLIOGRAFIA.

- BURKET, Lester, W.  
Medicina Bucal: Diagnostico y Tratamiento. 6a. ed.  
(tr. Dr. Robert Polch F).  
México, Interamericana, 1973, 715 p.
- BRUGUERA, Libro práctico.  
Diccionario Básico de la Lengua Castellana. 1a. ed.  
España. Editorial Bruguera, S.A., 1979,  
455 p.
- GLICKMAN, Irving.  
Periodontología Clínica. 4a. ed.  
(tr. Dra. Marina B. González).  
México, Interamericana, 1974, 999 p.
- GRANT, Daniel A. et. al.  
Periodoncia de Orban. 4a. ed.  
(tr. Dra. Marina B. González).  
México, Interamericana, 1975, 638 p.
- LEGARRETA, Reynoso Luis.  
Clínica de parodoncia. 1a. ed.  
México, La Prensa Medica Mexicana,  
1967, 161 p.
- MORRIS L. Alvin. y BOHANNAN M. Harry.  
Las especialidades Odontológicas en la práctica general. 2a. ed.  
(tr. Dr. Guillermo Mayoral H.).  
España, Editorial Labor, S.A.,  
1976, 804 p.
- SALVAT, Editores, S.A.  
Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11a. ed.  
México, Salvat Mexicana de Ediciones, S.A.  
1978, 1073 p.

SICHER, Harry, M.D.  
Histología y Embriología Bucales,  
de Orban. 1a. ed.  
(tr. Dr. Tomas Velázquez).  
México, La Prensa Médica Mexicana,  
1969, 405 p.

STONE, Stephen y KALIS J. Paul.  
Periodontología, 1a ed.  
(tr. Dra. Carmen Barona).  
México, Interamericana, 1978, 213 p.

TESIS.

CORREA, Serrano José.  
Generalidades de la enfermedad para-  
odontal. tesis profesional.  
U.N.A.M., Facultad de Odontología,  
1980, 69p.

PEREZ, G. Alberte, CANSECO, A. Enrique y  
GARCIA, S. Rafael.  
Gingivitis. tesis profesional.  
U.N.A.M., Esc. Nal. de Odontología,  
1974, 57 p.